Medicina de Familia
Andalucía

Volumen 15, número 2, suplemento 1, diciembre 2014

Publicación oficial de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria

Fundación
SAMFyC

SAMFyC**Almería**2014

"Iluminando el Presente"

23º Congreso Andaluz de Medicina Familiar y Comunitaria

23-25 de Octubre 2014

Palacio de Congresos Cabo de Gata - Ciudad de Almería

www.samfycalmeria2014.com
info@samfycalmeria2014.com

SAMFyC

Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria

Secretaría técnica:
acm agencia de congresos médicos
Apartado de correos 538 - 18080 Granada
Tfn. / Fax: 958 522 269
andaluzacongresosmedicos@andaluzacongresosmedicos.com
www.andaluzacongresosmedicos.com

Comité Organizador

Presidenta

María Pilar Delgado Pérez
Médico de Familia. UGC Alto Andarax. Almería

Vocales

Antonia Ortega Pérez
Médico de Urgencias. Hospital de Alta Resolución El Toyo. Almería

Francisco José Guerrero García
Médico de Familia. CS Gran Capitán. Distrito Sanitario Granada-Metropolitano

Beatriz Elorza Maza
Médico de Familia EBAP. Consultorio Local de Balanegra. Almería

Inmaculada Palma Sánchez
Médico de Familia. UGC Ejido Norte. Almería

Antonio Toro de Federico
Médico de Familia. UGC Puche. Almería

Manuel Moreno García
Médico de Familia. UGC Vícar. Distrito Sanitario Poniente Almería

Juan José Abad Vivas-Pérez
Médico de Familia EBAP. CS de San Leonardo. Almería-Centro

Antonio Miguel Jiménez López
Médico de Familia EBAP. UGC Mármol. AGS Norte de Almería

José-Pelayo Galindo Pelayo
Médico de Familia. Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias. Hospital Poniente de El Ejido y Complejo Hospitalario de Torrecárdenas. Almería

Francisco Javier Pérez Romera
Médico de Familia. Consultorio Venta del Viso. UGC La Mojonera. Distrito Sanitario Poniente. Almería

Manuela Zapata Martínez
Médico de Familia. Centro de Salud Retamar. UGC Almería Periferia

Francisco José Alonso García
Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad Docente De MFyC de Almería. Hospital La Inmaculada. Huércal Overa. Almería

Ana Isabel Reche Padilla
Médico Interno Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Retamar. Unidad de Gestión Clínica Almería Periferia

Nur Hachem Salas
Médico Interno Residente 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. UDMAFyC Almería

Félix del Ojo García
Médico de Atención Primaria. CS Pradollano Sierra Nevada. Granada

Comité Científico

Presidente
Juan Francisco García Masegosa
Médico de Familia. Director de la UGC de Los Vélez. Área de Gestión Sanitaria Norte. Almería

Vocales
Herminia Moreno Martos
Médico de Familia. CS Retamar. UGC Almería Periferia

Alejandro Pérez Milena
Médico de Familia. CS El Valle. Jaén

José Manuel García Aparicio
Médico de Familia. UGC Río Nacimiento. Centro de Salud Abla. Almería

Juan Manuel García Torrecillas
Médico de Familia. SCCU Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Almería

José Vázquez Villegas
Médico de Familia. Director de la UGC La Mojonera. Almería

Rosario Lujan Jiménez
Médico de Familia. UGC Puebla de Vícar. Almería

Esteban Requena Carrión
Director UGC Albox. AGSNA. Almería

José Manuel Trujillo Gómez
Médico de Familia. CS Cuevas del Almanzora. Almería

Eloisa Fernández Santiago
Médico de Familia. UGC Palmeritas. Sevilla

Jesús Torio Durántez
Médico de Familia. Colaborador Unidad Docente Medicina Familiar y Comunitaria de Jaén

Juan Manuel Parras Rejano
Médico de Familia. Consultorio Villanueva del Rey. UGC Guadiato. Área Sanitaria Norte de Córdoba

Guillermo Jesús Largaespada Pallaviccini
Médico de Familia. EBAP. UGC Luis Taracido, Bollullos Par del Condado. Huelva.
Miembro del Grupo de Trabajo de Salud Mental de SAMFyC

María Isabel Salado Natera
Médico del dispositivo de apoyo Bahía de Cádiz la Janda. DCCU (UVI móvil). Barbate. Cádiz

Miguel Pedregal González
Médico de Familia. Técnico de Salud de la Unidad Docente de MFyC de Huelva.
Profesor asociado del Departamento de Enfermería de la Universidad de Huelva

Isabel Corona Páez
Médico de Familia. CS Palma-Palmilla. Málaga

Isabel Navarro López
Médico de Familia. CS Gran Capitán. Granada

JUNTA DIRECTIVA DE LA SOCIEDAD ANDALUZA DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Presidenta
Paloma Porras Martín

Vicepresidenta Primera
Eloísa Fernández Santiago

Vicepresidente Segundo
Jesús Sepúlveda Muñoz

Vicepresidente Tercero
Alejandro Pérez Milena

Secretaria
Herminia M. Moreno Martos

Vicepresidente Económico
Francisco José Guerrero García

Coordinadora General Grupos de Trabajo SAMFyC
Amparo Ortega del Moral

Vocal de Relaciones Externas
Eloísa Fernández Santiago

Vocal de Docencia
Herminia M. Moreno Martos

Vocal de Investigación
Alejandro Pérez Milena

Vocal de Residentes
Ignacio Merino de Haro

Vocal de Jóvenes Médicos de Familia
F. Javier Castro Martínez

Vocal provincial de Almería:	Mª. Pilar Delgado Pérez	*pdelgadomedico@hotmail.com*
Vocal provincial de Cádiz:	Antonio Fernández Natera	*natera38@gmail.com*
Vocal provincial de Córdoba:	Juan Manuel Parras Rejano	*juanprj@gmail.com*
Vocal provincial de Huelva:	Jesús E. Pardo Álvarez	*jpardo.sevilla@gmail.com*
Vocal provincial de Jaén:	Justa Zafra Alcántara	*justazafra@hotmail.com*
Vocal provincial de Málaga:	Rocío E. Moreno Moreno	*roemomo@hotmail.com*
Vocal provincial de Granada:	Francisco José Guerrero García	*franguerrero72@yahoo.com*
Vocal provincial de Sevilla:	Leonor Marín Pérez	*leonorjl04@yahoo.es*

SOCIEDAD ANDALUZA DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

C/Arriola, 4, bj D – 18001 – Granada (España)
Telf: 958 804201 – Fax: 958 80 42 02
e-mail: samfyc@samfyc.es
http://www.samfyc.es

MEDICINA DE FAMILIA. ANDALUCÍA

Publicación Oficial de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria

DIRECTOR
Antonio Manteca González

SUBDIRECTOR
Francisco José Guerrero García

CONSEJO DE DIRECCIÓN:
Director de la Revista
Subdirector de la Revista
Presidente de la SAMFyC
Juan Ortiz Espinosa
Pablo García López

CONSEJO DE REDACCIÓN
Francisco Extremera Montero
Pablo García López
Francisco José Guerrero García
Francisca Leiva Fernández
Antonio Manteca González

CONSEJO EDITORIAL:
Juan de Dios Alcantara Bellón. Sevilla
José Manuel Aranda Regules. Málaga
Luis Ávila Lachica. Málaga
Emilia Bailón Muñoz. Granada
Vidal Barchilón Cohén. Cádiz
Luciano Barrios Blasco. Córdoba
Pilar Barroso García. Almería
Pablo Bonal Pitz. Sevilla
Mª Ángeles Bonillo García. Granada
Rafael Castillo Castillo. Jaén
José Antonio Castro Gómez. Granada
José Mª de la Higuera González. Sevilla
Epifanio de Serdio Romero. Sevilla
Francisco Javier Gallo Vallejo. Granada
Pablo García López. Granada
José Lapetra Peralta. Sevilla
Francisca Leiva Fernández. Málaga
José Gerardo López Castillo. Granada
Luis Andrés López Fernández. Granada
Fernando López Verde. Málaga
Manuel Lubián López. Cádiz
Joaquín Maeso Villafaña. Granada
Rafael Montoro Ruiz. Granada
Ana Moran Rodríguez. Cádiz
Guillermo Moratalla Rodríguez. Cádiz
Herminia Mª. Moreno Martos. Almería
Carolina Morcillo Rodenas. Granada
Francisca Muñoz Cobos. Málaga
Juan Ortiz Espinosa. Granada
Beatriz Pascual de la Pisa. Sevilla
Alejandro Pérez Milena. Jaén
Luis Ángel Perula de Torres. Córdoba
Miguel Ángel Prados Quel. Granada
J. Daniel Prados Torres. Málaga
Roger Ruiz Moral. Córdoba
Francisco Sánchez Legrán. Sevilla
José Luis Sánchez Ramos. Huelva
Miguel Ángel Santos Guerra. Málaga
José Manuel Santos Lozano. Sevilla
Reyes Sanz Amores. Sevilla
Pedro Schwartz Calero. Huelva
Jesús Torío Durantez. Jaén
Juan Tormo Molina. Granada
Cristobal Trillo Fernández. Málaga
Amelia Vallejo Lorencio. Almería

REPRESENTANTES INTERNACIONALES:
Manuel Bobenrieth Astete. Chile
Cesar Brandt. Venezuela
Javier Domínguez del Olmo. México
Irma Guajardo Fernández. Chile
José Manuel Mendes Nunes. Portugal
Rubén Roa. Argentina
Víctor M. Sánchez Prado. México
Sergio Solmesky. Argentina
José de Ustarán. Argentina

Medicina de Familia. Andalucía
Incluida en el Índice Médico Español
Incluida en Latindex

Título clave: Med fam Andal.

Para Correspondencia
Dirigirse a Revista Medicina de Familia. Andalucía
C/ Arriola, 4 Bajo D – 18001 Granada (España)

Disponible en formato electrónico en la web de la SAMFyC:
http://www.samfyc.es/Revista/portada.html

E-mail: revista@samfyc.es

Secretaría
A cargo de Encarnación Figueredo
C/ Arriola, 4 Bajo D – 18001 Granada (España).
Telf. 958 80 42 01
Fax 958 80 42 02

ISSN-e: 2173-5573
ISSN: 1576-4524

Depósito Legal: Gr-368-2000

Copyright: Revista Medicina de Familia. Andalucía

Fundación SAMFyC
C.I.F.: G – 18449413

Reservados todos los derechos.
Se prohíbe la reproducción total o parcial por ningún medio, electrónico o mecánico, incluyendo fotocopias, grabaciones o cualquier otro sistema, de los artículos aparecidos en este número sin la autorización expresa por escrito del titular del copyright.

Esta publicación utilizará siempre materiales ecológicos en su confección, con papeles libres de cloro con un mínimo de pulpa de tala de árboles de explotaciones madereras sostenibles y controladas: tintas, barnices, películas y plastificados totalmente biodegradables.

Produced in Spain

Maqueta: Antonio J. García Cruz

Publicación Oficial de la
Sociedad Andaluza de Medicina
Familiar y Comunitaria

MEDICINA DE FAMILIA. ANDALUCÍA

Med fam Andal Vol. 15, nº. 2, suplemento 1
diciembre 2014

La revista Medicina de Familia Andalucía edita el presente suplemento, tras la celebración del XXIII Congreso de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria, donde se incluyen resúmenes de ponencias, talleres y comunicaciones (proyectos de investigación -orales y póster-, resultados de investigación -orales y póster- y casos clínicos -orales y póster-), que han sido aceptados y defendidos. No están todos los que son.

Gracias por vuestra colaboración.

Sumario

10 Prólogo

12 Mesas-ponencias

23 Talleres

41 Comunicaciones. Resultados de investigación:

42 · Resultados de investigación orales

78 · Resultados de investigación tipo póster

173 Comunicaciones. Proyectos de investigación:

174 · Proyectos de investigación orales

196 · Proyectos de investigación tipo póster

229 Comunicaciones. Casos clínicos:

230 · Casos clínicos orales

242 · Casos clínicos tipo póster

Prólogo

Mesas-ponencias

Talleres

PRÓLOGO

García Torrecillas JM

Medicina Familiar y Comunitaria. Coordinador de la Sección de Investigación. Adjunto a la Jefatura de Estudios. SCCU del CH Torrecárdenas. Almería

Comité Científico

Si se me permite la expresión, la Medicina de Familia en tiempos de crisis ha de ser aún más Medicina de Familia y sobre todo, aún más Comunitaria, sin olvidar las múltiples vertientes y aspectos que hacen de ella la especialidad fundamental que es.

El 23º Congreso SAMFyC, celebrado en Almería, ha conseguido mostrar que frente a la adversidad social que envuelve tanto a los profesionales como a la industria y a la sociedad, los médicos de familia han sabido afrontar los nuevos retos de una manera eficiente. Nada ha detenido la carestía de recursos en que nos encontramos envueltos y ha quedado taxativamente demostrado que es posible afrontar nuevos retos y mantener una elevadísima calidad congresual, gracias al esfuerzo, imaginación y buen hacer de la Sociedad Científica, los Comités Organizador y Científico y especialmente de los miembros que la componen. En consecuencia, el lema de este congreso "Iluminando el Presente" se ha convertido en una auténtica realidad palpable.

El trabajo desarrollado en este Congreso bajo el hándicap que supone la actual crisis, no sólo social sino también sanitaria, no ha sido el único pilar que ha caracterizado este importantísimo evento.

El desarrollo de aspectos particulares y muy importantes de nuestra especialidad como la vertiente comunitaria (a veces algo olvidada pero crucial), la atención a las urgencias en ámbitos distintos al Centro de Salud pero donde el profesional clave sigue siendo el médico de familia (urgencias de todos los niveles), el afrontamiento de la patología importada (tan relevante recientemente tras la desgraciada epidemia de Ébola que nos ha hecho despertar del ensueño de un terror tan sólo aparentemente ficticio) han sido sólo algunos de los puntos fuertes de este plato que se ha degustado con raciones iguales de esfuerzo y éxito.

La medicina de familia es una especialidad nuclear en el sistema sanitario público español. Los médicos de familia somos especialistas en personas, quizá una de las aspiraciones más hermosas de la Medicina con mayúsculas. Paradójica y sistemáticamente relegada de los principales escenarios de salud y salud pública por las diferentes administraciones, castigada en ocasiones por el hospitalocentrismo imperante, la medicina de familia debe emerger como la especialidad de la población, y desvincularse en cierto modo del lugar donde se ejerce.

En un mundo cada vez más holístico y mejor comunicado no tiene sentido que la especialidad se encuentre vinculada de un modo tan insistente con el lugar donde se ejerce, esto sería en palabras de otro autor, confundir el mapa con el territorio. La gran virtud y el gran capital de esta especialidad reside en que el médico de familia es capaz de trasladar su conocimiento, su metodología de trabajo, sus técnicas de afrontamiento del paciente y la incertidumbre, etc. a cualquier ámbito en el cual desarrolle su labor.

Sin perder de vista su emplazamiento natural y originario en el Centro de Salud, que siempre será su lugar preeminente, hemos comenzado el viaje que nos lleva a que el desarrollo de la especialidad se dé en cualquier lugar donde uno de nuestros médicos desempeñe su trabajo según el espíritu de la especialidad. Allá donde haya "especialistas en personas" habrá no sólo Medicina de Familia, sino un gran equipo de colaboradores dispuestos a aunar esfuerzos y colaborar, tal como se ha evidenciado en este Congreso.

En este sentido hemos disfrutado de un Congreso en el que ese espíritu integral ha enlazado la medicina de familia desde cualquier nivel. Hemos comprobado la excepcional integración de los médicos de familia que desarrollan su actividad en centros de salud, servicios de cuidados críticos, emergencias extrahospitalarias… El espíritu de trabajo en equipo, la ilusión, la facilidad para el intercambio de opiniones y el fluir de las ideas ha sido una constante en este cometido congresual. Desde el primer día hasta el último minuto hemos sido equipo y hemos ido todos a una, iluminando el presente.

Somos quienes somos y disponemos de un potencial que reside en nosotros mismos y no en las paredes que nos envuelven.

El desarrollo de las actividades congresuales ha estado continuamente marcado por el marchamo del "lleno completo" o casi... De nuevo el interés por el aprendizaje y la mejora continua de los médicos de familia han llenado a partes iguales salas destinadas al debate de las terapias complementarias, la ecografía clínica, la radiología y un sinfín de puntos clave que encontraréis detallados en el seno de este número.

No es posible ser médico sin curiosidad científica, y tampoco lo es ser médico de familia sin sentir una curiosidad muy por encima de lo habitual, una curiosidad que no resta esfuerzos a las nuevas tecnologías ni a la discusión de los más candentes temas de la actualidad científica.

Si bien hay que dar las gracias a la Directiva de la Sociedad y muy especialmente a los Comités Organizador y Científico por un trabajo arduo pero hecho con pulcritud, exhaustividad y sobre todo ilusión, no podemos olvidar que el auténtico motor de la medicina lo constituyen las nuevas generaciones de médicos de familia que han aportado un número vertiginoso de contribuciones en todos los formatos, aportándonos a todos no sólo más saber científico, sino también ilusión. El balance de este congreso puede resumirse en un aserto que es difícil errar: el motor de la medicina de familia reside en cómo se hacen las cosas (más que dónde se hacen) y en los médicos en formación, que han sabido transmitirnos a los más veteranos una ilusión y un derroche de "querer hacer" del todo punto envidiable.

Enhorabuena a todos los que han hecho posible este 23º Congreso SAMFyC y nuestros mejores deseos para quienes toman el relevo el año próximo. Necesitarán una gran dosis de paciencia y trabajo, la ilusión ya la tienen, precisamente por eso son médicos de familia.

MESA: ¿Qué debe saber el médico de familia sobre patología importada?

Ponencia: Riesgo de nuevas enfermedades importadas en nuestro medio

Salas Coronas J

Médico especialista en Medicina Interna. Director de la Unidad de Medicina Tropical. Hospital de Poniente. El Ejido (Almería)

Las enfermedades importadas se definen como aquellas que han sido adquiridas en un país donde son frecuentes pero se manifiestan en otro donde no existen o son muy infrecuentes. Entre los ejemplos clásicos se encuentran el paludismo o malaria, la esquistosomiasis, el Dengue o el Chikungunya.

Entre los colectivos que presentan un mayor riesgo de padecer enfermedades importadas se encuentran los inmigrantes, turistas, cooperantes, misioneros, militares y hombres de negocios. Un grupo de especial riesgo son los llamados VFR (Visiting Friends and Relatives). Se trata de inmigrantes que, tras llevar varios años fuera de su país de origen, deciden volver a visitar a sus amigos y familiares. Realizan viajes que suelen durar varios meses, visitan zonas rurales en muchas ocasiones, tiene un contacto estrecho con la población local y por regla general no realizan un consejo previaje o si lo hacen presentan una muy deficiente adherencia a la profilaxis antimalárica.

Desde el punto de vista de Salud Pública, las enfermedades importadas se han dividido clásicamente en:

• Enfermedades sin riesgo para la Salud Pública del país receptor, que son aquellas en las que no existe el vector que posibilita la transmisión de la enfermedad (p.e. paludismo, Dengue, Chikungunya, esquistosomiasis).

• Enfermedades con riesgo potencial para la Salud Pública del país receptor. Son aquellas en las que se mantienen las condiciones higiénico sanitarias no se producirá dicha transmisión. Un ejemplo son los geohelmintos (p.e. *Strongyloides*).

• Enfermedades con riesgo para la Salud Pública del país receptor. Se trata de aquellas que se transmiten por vía aérea o por contacto interpersonal (tuberculosis, VIH, VHB, VHC, virus hemorrágicos).

En relación con las enfermedades vectoriales, tenemos numerosos ejemplos en los últimos años de transmisión en zonas no endémicas, entre ellas España. La razón se debe a la expansión progresiva de los vectores por zonas donde antes no existían, o bien a la transmisión no vectorial de las mismas.

En el primer caso, tenemos el ejemplo de la expansión del mosquito tigre (*Aedes albopictus*), que ocupa ya grandes zonas del sur de Europa y en España todo el arco mediterráneo y varias provincias andaluzas. Este mosquito ha sido el responsable del brote de Chikungunya que recientemente ha tenido lugar en el norte de Italia (casi 200 casos de transmisión autóctona). Otro ejemplo es la presencia del *Aedes aegypti* en Madeira, responsable de un brote de más de 2.000 casos de Dengue en estas islas entre la población autóctona y turistas.

El paludismo, enfermedad en retrocesoa nivel mundial, experimenta sin embargo un aumento muy importante en países occidentales. En la mayoría de los casos se trata de casos importados, pero debido a la presencia de mosquitos en Europa que potencialmente pueden transmitir la enfermedad (*Anophelesatroparvus*), actualmente existe transmisión autóctona de *Plasmodiumvivax* en Grecia y en España se ha descrito el primer caso desde su erradicación en 1964 en la provincia de Huesca.

Un ejemplo de enfermedad importada que se transmite de otras formas además de la vectorial es la enfermedad de Chagas. España y Estados Unidos son los países que mayor número de pacientes con esta enfermedad fuera de área endémica. La transmisión en estos casos puede ser vertical (madres a hijos), por transfusiones de hemoderivados o trasplantes o accidental en el laboratorio. Actualmente es prioritario el cribado de la enfermedad en mujeres en edad fértil y gestantes procedentes de estas zonas con objeto de diagnosticar precozmente a los recién nacidos y tratarlos dentro del primer año de vida, donde las tasas de curación son cercanas al 100%.

Dentro del grupo de enfermedades potencialmente transmisibles está la estrongiloidiasis, con aparición de casos autóctonos en Francia y posiblemente en Grecia.

Por último, entre las enfermedades consideradas con riesgo para la Salud Pública para el país receptor, además de la transmisión de enfermedades cosmopolitas como hepatitis virales, VIH o tuberculosis, el caso actual del brote de fiebre hemorrágica por virus Ébola es un ejemplo claro de expansión fuera de las zonas endémicas, aunque por el momento limitado a personal sanitario que ha atendido a los pacientes afectos.

En resumen, la transmisión por diferentes vías (vectorial, vertical, transfusiones, trasplantes o contacto interpersonal) de enfermedades importadas en nuestro medio es un hecho, y los profesionales sanitarios deben estar formados en el diagnóstico y en ocasiones tratamiento de las mismas. Las autoridades sanitarias deben implantar todas las medidas necesarias para evitar la extensión por zonas no endémicas, controlando fundamentalmente la expansión de los vectores y evitando la transmisión de las enfermedades con riesgo para la Salud Pública.

MESA: ¿Qué debe saber el médico de familia sobre patología importada?

Ponencia: Globalización de las enfermedades infecciosas. Enfoque desde Atención Primaria

Del Moral Hernández B

Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Jefe de Servicio Sanidad Exterior. Centro de Vacunación Internacional Almería

El término globalización se define como la tendencia de los mercados y de las empresas a extenderse, alcanzando una dimensión mundial que sobrepasa las fronteras nacionales.

Desde el punto de vista de la salud, interesan las consecuencias del intercambio comercial entre países geográficamente ubicados a miles de kilómetros de distancia, lo que ha provocado un incremento en el número de viajes internacionales de las personas y del transporte a distancia de mercadería o productos sin manufacturar.

En la historia de la humanidad la movilidad de las poblaciones ha tenido un papel crítico en la diseminación de las enfermedades infecciosas: desde la diseminación del cólera en la edad media hasta el SARS, Fiebre chikungunya… en la edad moderna.

Ejemplos recientes no faltan: -Asociados a viajes en barcos y cruceros: los brotes de gripe, Legionella, Norovirus. Asociados a vectores y migraciones de poblaciones como el brote de Chikungunya de África e India que se extendió a Italia en 2007, por la colonización del mosquito Aedes albopictus tras la importación en el comercio de neumáticos y productos de jardinería desde el Sudeste Asiático. La epidemia de West Nile en EE.UU. que comenzó en Nueva York en 1999 y hasta el 2013 se habían producido 39.557 casos, 1.668 fallecimientos y que fue importado desde Oriente próximo o Europa del Este. Asociados a vuelos internacionales de larga duración: brotes de gripe, meningitis, sarampión, SARS o tuberculosis.

En la actualidad en España, 12-13 millones de españoles viajan al extranjero cada año, de los que un millón lo hacen hacia zonas tropicales.

La patología infecciosa importada viene altamente condicionada por las costumbres de los viajeros en cuanto a destinos turísticos y por las actividades de riesgo realizadas durante el viaje. Estudios realizados refieren que las infecciones representan la primera causa de morbilidad al regreso de un viaje al trópico y un 2-3% de la mortalidad, además, muchas de estas infecciones son prevenibles.

Existen varios tipos de viajero, el turista, el que viaja por trabajo, por motivos religiosos y los VFR´s (Visiting Friends and Relatives) inmigrantes que viajan a sus países de origen. Tienen un elevado riesgo de enfermar ya que viajan a países en vías de desarrollo, zona rural, con difícil acceso a servicios sanitarios y sin conciencia del riesgo de enfermar. Según un estudio del 2012 sobre datos de +Redivi, solo solicitan consejo previaje el 11,6% de los VFR-inmigrantes y el 37,5% de los VFR-viajeros.

Es fundamental la colaboración de atención primaria en la información y captación de todos los viajeros, pero especialmente de los VFR´s para que acudan al Centro de Vacunación Internacional con una antelación de al menos 6 semanas. En el CVI se valora el riesgo del viaje, se administran vacunas recomendadas y obligatorias, se recomienda quimioprofilaxis antipalúdica y se da consejo sanitario sobre alimentación, agua, prevención picaduras mosquito, etc.

Pudiéndose consultar el listado de centros con sus direcciones y teléfonos de cita previa en la página del Ministerio de Sanidad.

MESA: DES-CONECTAD@S o CONECTAD@S. Importancia del uso de nuevas tecnologías en Medicina de Familia

Carbajo Martín L

Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital de Alta Resolución Utrera. Utrera (Sevilla)
Grupo de Trabajo de Nuevas Tecnologías de SAMFyC (eSAMFyC)

¿Desconectad@s? ¿Conectad@s? ¿Cómo se encuentra el médico de familia en relación al uso de nuevas tecnologías, redes sociales y cómo las aplicamos para mejorar nuestro trabajo?

El modelo de trabajo, de comunicación y de gestión de nuestra consulta está cambiando y los médicos de familia tenemos que sumarnos a ese cambio. Pero no sólo en relación a la consulta diaria y la comunicación con el paciente sino para nuestra propia formación continuada.

Por eso surge esta mesa de actualización, para innovar en medicina de familia sin necesidad de alta tecnología.

Web 2.0, twitter, facebook, correos, nubes... ¿por dónde empezar?

La medicina 2.0 y la e-salud son ya una realidad a la que nos enfrentamos a diario. Pacientes que consultan antes en internet que a su médico de familia. Cursos gestionados íntegramente on line. Nuevas aplicaciones para nuestros móviles... ¿cómo no acabar perdidos en las redes?

A veces parece que la mejor innovación viene dada por nuevo aparataje electrónico o nueva maquinaria de última generación. Sin embargo, la innovación puede ser simplemente crear nuevas vías de comunicación y cambiar la forma de trabajo.

Qué mejor marco que el 23º Congreso Andaluz de Medicina Familiar y Comunitaria para este encuentro donde contamos con la colaboración de especialistas en redes sociales y medicina 2.0. Este encuentro nos servirá para poner sobre la mesa mejoras activas y ejemplos concretos en relación a nuevas tecnologías y redes sociales en 3 ámbitos de actuación fundamentalmente.

- Nuevas tecnologías centradas en el paciente. Contamos con el doctor Salvador Casado que nos hablará de consejo ampliado y uso de enlaces para pacientes.

- Nuevas tecnologías aplicadas en la consulta. Para ello el doctor Félix del Ojo se centrará en proporcionarnos herramientas y aplicaciones donde ir deshaciendo muros.

- Herramientas de formación y plataformas e-learning. El doctor Francisco Sendra nos ofrecerá la oportunidad de formarnos de forma virtual.

Los objetivos que nos marcamos con esta mesa son muy concretos:

- Buscar fórmulas de comunicación con el paciente basadas en redes sociales y nuevas tecnologías.

- Integrar las redes sociales en nuestra consulta.

- Proporcionar herramientas concretas para mejorar la formación del médico de familia con plataformas de e-learning.

- Enseñar a gestionar tu tiempo en la red.

Por eso, ¿Desconectad@s o conectad@s? ¿Cómo quieres estar a partir de ahora? Esta es la oportunidad de conectarte a la e-salud, un modelo de gestión sanitaria que se impone en todos los ámbitos y en medicina de familia mucho más.

A partir de ahora, conectad@s.

MESA: DES-CONECTAD@S o CONECTAD@S. Importancia del uso de nuevas tecnologías en Medicina de Familia

Ponencia: Desarrollo de contenidos, consejo ampliado y uso de enlaces semánticos para pacientes

Casado Buendía S

Médico de Familia, EAP Collado Villalba (Madrid)

En los últimos años se han desarrollado muchas Tecnologías de la Información y la Comunicación (TICs) que junto a la explosión de blogs y redes sociales han convertido internet en una plataforma de participación para muchos. La revolución social de la web no puede dejar fuera a los profesionales sanitarios, estos han de ocupar su lugar en el mundo virtual que es una imagen especular de la sociedad que nos contiene.

Para los médicos estos cambios son complejos por varias razones. Su formación clásica en estructuras de conocimiento piramidal, la educación basada en el papel (revistas científicas y libros) y la inercia para evitar la exposición pública, hacen que haya muchas resistencias a la hora de usar las herramientas y medios digitales que nuestro tiempo nos presenta.

El reto es pasar de producir contenido para otros profesionales sanitarios en forma de investigación, revisiones, casos clínicos… a contenidos para pacientes. Los ciudadanos cada vez buscan más información sobre salud en internet y esta suele ser producida por periodistas, industria, corporaciones… pero en pocas ocasiones por profesionales independientes.

El uso de TICs por profesionales sanitarios para pacientes es técnicamente sencillo. La mayor dificultad estriba en tomar conciencia de su importancia y plantear una estrategia personal profesional de visibilización progresiva. Una de las formas más sencillas para tener presencia digital es tener un blog o bitácora. Por medio de plataformas gratuitas (Blogger, Worpress, Tumblr…) podemos diseñar y hospedar en la web un blog que no deja de ser más que una página web automantenida que no requiere de intermediarios ni de conocimientos informáticos. Permite publicar contenido con la periodicidad que deseemos en forma de texto, presentaciones, imágenes, sonido ó vídeo. Es posible confeccionarlo a nivel personal o colectivo con la línea editorial que deseemos, el horizonte de público que queramos y la calidad, cuidado y trabajo que cada cual considere. Hay muchos buenos ejemplos de blogs sanitarios en nuestro medio https://wikisanidad.wikispaces.com/Blogosfera+Sanitaria. Antes de empezar un proyecto de este tipo conviene seguir alguno. Dado que los blogs dan opción a comentarios de los lectores pueden servir si lo deseamos de canal de comunicación con estos.

A nivel de comunicación es posible usar medios telemáticos como el correo electrónico con pacientes para dar una opción asíncrona a la consulta presencial. Conviene en este caso diseñar bien cómo establecer el protocolo de comunicación, sus indicaciones y sus formas, así como la información para el paciente.

Las redes sociales también permiten a los profesionales sanitarios construir repositorios de contenido y de conversación. Es otra forma de visibilizar contenidos y permitir o no que estos contenidos se comenten.

En internet cada vez tiene más importancia el lenguaje audiovisual, permitiendo los dispositivos portátiles y las conexiones a internet con mayor banda ancha la visualización de vídeos. El uso de este lenguaje por profesionales sanitarios abre un enorme horizonte de posibilidades a la hora de dar consejos o recomendaciones. La iniciativa www.videosysalud.es es un ejemplo de buen uso de esta posibilidad.

Producir contenidos para pacientes nos permite ampliar nuestro consejo fuera de la consulta, dando al paciente el enlace a un recurso en internet que podrá visualizar cuando lo desee. La mejor forma de dar un enlace es semántica, dando al paciente tres o cuatro palabras para que el buscador de páginas le oriente al recurso deseado. Prescribir enlaces, tanto de contenidos propios como ajenos, es una manera excelente de mejorar la información del paciente. De este modo ayudaremos a nuestros pacientes y familias a encontrar información de calidad en internet, dado que cuando un usuario no experimentado busca por su cuenta suele perderse o recibir una sobrecarga que tenderá a aumentar su incertidumbre.

MESA: DES-CONECTAD@S o CONECTAD@S. Importancia del uso de nuevas tecnologías en Medicina de Familia

Ponencia: Formación y plataformas e-learning: las oportunidades de la presencia virtual

Sendra Portero F

Especialista en Radiodiagnóstico. Profesor Titular de la Universidad de Málaga. Departamento de Radiología y Medicina Física, Facultad de Medicina

En líneas generales, Internet permite dos modelos de formación diferentes: uno pasivo, visitando páginas Web, cuyos contenidos están diseñados para cubrir objetivos docentes, en el que no suele haber control de la actividad del sujeto en formación, y otro activo en el que se utilizan recursos técnicos que permiten tutorizar y supervisar las actividades de aprendizaje y mantener comunicación entre profesor y alumno.

- Las plataformas e-learning: ventajas y limitaciones. Son sistemas de gestión del aprendizaje (conocidos como LMS, de learning management systems) que permiten acciones formativas diversas, desde repositorios de contenidos, hasta eventos más complejos y organizados, incluyendo tareas a realizar como subir un documento con resultados, responder un cuestionario, realizar una evaluación, etc. Una de las plataformas de e-learning más conocidas es Moodle, actualmente utilizada por numerosas universidades y sociedades científicas. La conectividad entre docente y discente en las plataformas de e-learning es asincrónica y suele mantenerse mediante foros de discusión o mensajes personalizados. Con frecuencia se emplea el correo electrónico como formato adicional de contacto y avisos de las actividades formativas. La principal ventaja es el ahorro en desplazamientos, haciendo que el impacto educativo tenga mayor cobertura territorial. El principal inconveniente de este modelo formativo es la asincronía del contacto y el consiguiente retraso entre consultas o preguntas y respuestas.

- Recursos e-learning de presencia sincrónica. Son sistemas que permiten que profesor y alumno estén conectados al mismo tiempo, pudiendo interactuar en tiempo real mediante audio, chat, webcam, y compartir presentaciones, los contenidos del escritorio u otros documentos. Hay diversos productos que soportan esta tecnología como Adobe Connect®, Elluminate live®, Webex®, Lync Online®, entre otros, con diferentes prestaciones técnicas. Los recursos de presencia sincrónica también suponen un importante ahorro en costes de desplazamiento y alojamiento de ponentes y asistentes.

- Entornos inmersivos en la formación médica. Un entorno inmersivo es también un recurso que permite actividades de presencia sincrónica. Se trata de un mundo tridimensional que se muestra en el ordenador mediante un visor, en el que el usuario interacciona con objetos diversos y con otros usuarios mediante un avatar. El formato de actividades posibles es muy variado, incluyendo conferencias, coloquios, tutorías, grupos de trabajo, etc. Uno de los entornos inmersivos más conocidos y versátil es Second Life (Linden Labs, San Francisco), aunque existen otros como OpenSim, de software libre. En Second Life pueden encontrarse actividades diversas desarrolladas por los propios usuarios, lúdicas, culturales y también educativas. Entre los lugares dedicados a la formación médica, desarrollados en español destaca la Isla de la Salud.

- Nuestra experiencia en Second Life. Desde 2011 estamos desarrollando en la Universidad de Málaga un proyecto de valoración de la formación de radiología en entornos inmersivos. Durante estos años han participado más de 150 usuarios de pregrado y postgrado en actividades formativas diversas como seminarios o talleres de interpretación radiológica o encuentros de sesiones clínicas de residentes. Continuamos estudiando que posibilidades reales ofrece Second Life y cuál es el impacto en la formación médica y la percepción de los usuarios. Para el próximo año pretendemos desarrollar cursos prácticos de interpretación de radiología simple para diferentes grupos de usuarios.

Los entornos inmersivos favorecen la comunicación personal, con una gran sensación de presencialidad, permitiendo combinar actividades sincrónicas y tareas diferidas. Los principales inconvenientes son de adaptación de algunos usuarios, por vergüenza o desconocimiento, y técnicos, pues se necesitan mínimos requisitos de CPU. RAM, tarjeta gráfica, ancho de banda, etc. para reproducir adecuadamente el mundo 3D.

A partir de ahora, conectad@s.

MESA: Terapias complementarias a la luz de la evidencia

Ponencia: Papel del médico de familia ante las terapias complementarias, ¿verdaderamente hay otras medicinas?

Casado Buendía S

Médico de Familia, EAP Collado Villalba (Madrid)

Cada sociedad tiene una base cultural que incluye una antropología, una idea del hombre. Esta delimita para dicho grupo humano lo que es salud, enfermedad y su abordaje. Pese a que un síntoma pueda ser el mismo, su interpretación y su vivencia pueden ser muy distintos según la cultura de origen. Hay por lo tanto muchas medicinas según la concepción del ser humano y el abordaje de la patología que se haga.

El hecho de que un 40% de los pacientes de un médico de familia recurra a terapias alternativas ilustra que el nivel de respuesta a los problemas de salud que ofrece el sistema sanitario no es suficiente para muchos ciudadanos. La medicina científica moderna tiene elementos muy positivos pero también un lado oscuro. El paradigma hiperbiologicista que defiende genera mucha polimedicación e hipermedicalización, la prisa y la falta de tiempo en consulta impiden una escucha suficiente y el ejercicio de una medicina humanizada. Los pacientes se dan cuenta de que no todo se soluciona con pastillas y que no son suficientemente escuchados por sistemas sanitarios cada vez más cortados y recortados.

Si analizamos las terapias complementarias también veremos que tienen puntos positivos y su correspondiente lado oscuro. Encontramos en muchos casos falta de rigor, intrusismo, poco profesionalismo, ausencia de evidencia científica y fraude. En situaciones de crisis social, sistemas sanitarios limitados e incertidumbre, hay más posibilidades de que un paciente consulte a un terapeuta alternativo. Hay enfoques y terapias para todos los gustos, estas suelen centrarse en el paciente priorizando su necesidad y cuidando la escucha y la comunicación. Es verdad que hay casos de profesionales dudosos no sometidos a ningún control ni supervisión pero también encontramos muchos terapeutas serios con sólida formación en terapias manuales, medicina tradicional china u otras disciplinas. Es importante no generalizar ni quedarnos bloqueados en un prejuicio, lo prudente es interesarnos en cada caso concreto que nos presente un paciente.

El médico de familia se enfrenta a los siguientes retos: los prejuicios (yo de lo alternativo no quiero saber nada), el desconocimiento (hay tantas terapias que no puedo conocerlas todas...) y el problema de la autoridad (me ha dicho mi quiropráctico...).

¿Cómo atender al paciente que sigue una terapia complementaria?

En primer lugar tenerlas en cuenta (anamnesis), en segundo evaluar la indicación, y en tercero aportar nuestro criterio para favorecer la decisión del paciente.

En patología crónica es sensato preguntar ¿ha usado usted alguna vez terapias alternativas para su problema? A la hora de exponer los cursos de acción terapéuticos dejar abierta la posibilidad de hablar del tema en dicha consulta o en sucesivas. Informar sobre qué pueden hacer las terapias alternativas por el paciente y qué no. Más allá de nuestra opinión personal es nuestra obligación dar la información objetiva que consideremos y dejar siempre abierta la posibilidad de hablar del tema. Finalmente respetar la opinión del paciente y solo intervenir si detectamos peligro, evidentes problemas de seguridad o algún problema destacable.

MESA: Salud y Medio Ambiente

Ponencia: Productos OSMAN

Ballesteros Arjona V

Técnica de salud ambiental. Observatorio de Salud y Medio Ambiente de Andalucía. Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada

El Observatorio de Salud y Medio Ambiente de Andalucía fue creado en el año 2007 a instancias del Plan Andaluz de Salud Ambiental, que en su Anexo III recoge las funciones y objetivos del OSMAN. Definido como un centro de referencia a nivel autonómico para la recopilación y divulgación de la información existente sobre medio ambiente y salud y para la promoción de la salud ambiental, sus objetivos principales son la generación de evidencia científica en salud ambiental para profesionales del SSPA (Sistema sanitario público andaluz), la información y conocimiento básicos en salud ambiental para los profesionales sanitarios del SSPA y otros sectores y grupos de interés.

Desde la puesta en marcha del Observatorio, se han llevado a cabo varias iniciativas para dar cumplimiento a los objetivos establecidos. El trabajo producido por el Osman es de varios tipos:

- La creación del portal www.osman.es con una doble función. Por una parte es el soporte de la evidencia científica más reciente sobre salud ambiental generada por otros organismos científicos y divulgativos así como por el propio Osman, y sirve de canal de comunicación con el público interesado. En el último año ha recibido más de 300.000 visitas.

- Bibliografía en formato de guías profesionales y miniguías divulgativas sobre los siguientes temas: Calidad del aire interior, Ruido y salud, Urbanismo, Productos químicos de uso doméstico, Cambio climático I: mortalidad y morbilidad, Cambio climático II: fauna y vectores, Diseño, mantenimiento y uso de piscinas: Seguridad e higiene, 10 cuestiones de interés en salud ambiental, Agentes Oficiales de Control: Cuestiones prácticas a considerar en las inspecciones y supervisiones respecto a productos químicos, Aguas de consumo I: Compuestos químicos y Aguas de consumo II: Contaminación Biológica. Desinfectantes y efectos sobre la salud.

Las miniguías divulgativas son un resumen para personas sin formación específica sobre los mismos temas, además de otras dos sobre Disruptores endocrinos y Prevención y control de chinches.

La elaboración de guías se lleva a cabo realizando una revisión sistemática de la bibliografía publicada en los últimos años sobre el tema de salud ambiental que se va a desarrollar. Para ellos se consultan las bases bibliográficas Pubmed y Embase, y también se busca documentación publicada por organismos nacionales (ministerios, consejerías, fundaciones, etc.) e internacionales (World Health Organization, US Environmental .

Tanto las guías como las miniguías están disponibles en la web en los apartados Profesionales / Guías profesionales/ Guías Osman http://www.osman.es/guias_profesionales/osman, y Divulgación/Guías y miniguías/Miniguías Osman http://www.osman.es/guias/osman

En los últimos años el uso de las redes sociales en todos los ámbitos se ha multiplicado exponencialmente y es por ello, que también juegan un importante papel en la labor divulgadora del OSMAN, habiéndose integrado en Facebook, Twitter (@osman_salud) y Youtube. Estas además constituyen un medio excelente para el diálogo y debate con ciudadanía interesada y otros profesionales, además de constituir una plataforma adicional para la divulgación.

La página web se actualiza semanalmente, se editan unas 3 guías anualmente junto con sus correspondientes miniguías y las redes sociales se actualizan varias veces por semana. Además, el Observatorio produce mensualmente un boletín de noticias y novedades que recoge una entrevista con un profesional invitado, un artículo firmado por un colaborador, noticias relevantes publicadas en prensa, consejos, datos curiosos, agenda de eventos, enlaces a sitios web de interés y bibliografía recomendada. El boletín llega por mail a los suscriptores pero también queda recogido en un histórico en la web, apartado Divulgación/ Boletín http://www.osman.es/boletin

MESA: Salud y medio ambiente

Ponencia: Contaminación atmosférica y salud respiratoria infantil

Praena-Crespo M[1], Pablo-Romero M2, Román-Collado R[2]

[1] *Pediatra Centro de Salud La Candelaria. Sevilla*

[2] *Cátedra de la Energía y el Medio Ambiente. Universidad de Sevilla*

La contaminación del aire es un proceso que se inicia con las emisiones al aire por parte de los diferentes focos emisores, niveles de emisión, de contaminantes a la atmósfera. Estas sustancias en la atmósfera sufren diferentes efectos de transporte y/o transformación. Como resultado de estos procesos, en un punto determinado se da una determinada concentración de cada contaminante que se conoce como nivel de inmisión. Los niveles de inmisión determinan el efecto de un contaminante sobre la salud o el medio ambiente.

La Organización Mundial de la Salud propone unos niveles de contaminación "tolerables" para la salud humana, pero posiblemente incluso por debajo de dichos niveles se producen efectos perjudiciales para las vías respiratorias de las personas y especialmente los niños que son los más vulnerables por ser organismos en crecimiento y maduración.

Un reciente proyecto, liderado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en Europa, Review of evidenceonhealthaspects of air pollution - REVIHAAP, revisa los estudios que analizan el impacto de la contaminación del aire sobre la salud entre 2005 y 2012. Concluye que en el caso de las partículas en suspensión, el ozono y el dióxido de nitrógeno, los efectos nocivos para la salud aparecen incluso para niveles de concentración más bajos de los límites fijados por la OMS.

Aunque hay muchas pruebas de que la contaminación del aire exacerba el asma ya existente no está bien establecida su vinculación con el desarrollo del asma. Sin embargo en los últimos años, algunos datos limitados han surgido para apoyar la asociación entre la contaminación del aire y la incidencia de asma. Los contaminantes del aire estudiados han sido material de partículas (PM), dióxido de nitrógeno (NO2), dióxido de azufre (SO2) y ozono (O3).

En un estudio reciente realizado por nuestro grupo en Sevilla, la incidencia de ingresos por enfermedades respiratorias de los menores de 14 años se relaciona con la elevación de la concentración media de las PM2.5 diaria en el área urbana de Sevilla, lo que nos permite concluir que las PM2.5 tienen un posible efecto negativo sobre la salud de la población infantil en Sevilla. En concreto puede concluirse que las concentraciones elevadas de PM2.5 tienen efectos negativos sobre bronquiolitis, neumonía, asma y bronquitis. Una reducción de la concentración media de PM 2,5 desde los niveles existentes hasta el nivel objetivo propuesto por la OMS (2006), supondría una reducción media anual de ingresos hospitalarios por enfermedades respiratorias de 0.09 casos, que en ciudades más contaminadas la reducción sería mayor. El mayor número de casos se corresponden con ingresos hospitalarios por bronquiolitis, seguido por neumonías y bronquitis.Estos ingresos hospitalarios debidos a la contaminación generan un coste. El coste medio diario por ingresos hospitalarios infantiles por motivos respiratorios en Sevilla ciudad, que se puede asociar a emisiones de PM2.5 superiores a las recomendadas por la OMS, durante el periodo analizado, ha sido de casi 200€, lo que supone que al año este coste asciende a 72.869€. Durante el periodo analizado, de 2007 a 2011, su valor ascendió a 364.345€. Esta cifra recoge tan sólo una parte (el del ingreso hospitalario) del coste derivado de un contaminante. Futuros trabajos pueden ampliar este análisis a la valoración económica de otros contaminantes y de otros costes generados fuera del hospital, tales como visitas médicas en ambulatorios, gasto farmacéutico y otros costes asociados al tiempo empleado por padres y cuidadores.

MESA: Salud y medio ambiente

Ponencia: Medio ambiente construido y obesidad

Daponte Codina A, Ballesteros Arjona V, Rueda de la Puerta MªP

Observatorio de Salud y Medio Ambiente de Andalucía (OSMAN), Escuela Andaluza de Salud Pública, Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Granada

La obesidad es uno de los grandes problemas de salud pública de nuestro tiempo. Las tasas cada vez mayores en los países desarrollados y en nuestro entorno cercano y los graves efectos que tiene sobre la salud en términos de morbilidad y mortalidad han hecho que algunos autores lo definan como una epidemia.

Las condiciones de vida actuales favorecen la obesidad porque no facilitan llevar una vida saludable que permita mantener un peso adecuado a buena parte de la población. Uno de los factores que resulta determinante es el lugar en el que vivimos. La Organización Mundial de la Salud define la vivienda de forma amplia e inclusiva, con cuatro dimensiones interrelacionadas: la estructura física de la casa como un refugio, el constructo mental de hogar como un lugar seguro y un refugio, así como el lugar donde transcurre la vida familiar, la calidad e infraestructuras del vecindario y el ambiente inmediato y la comunidad y sus residentes, lo que conforma un clima social.

Es lo que se conocemos como medio ambiente construido (MAC) o built environment, el lugar donde transcurre nuestra vida y determina nuestra salud. Los factores que lo caracterizan impactan directamente en ella: características del medio físico como la calidad del aire y la presencia de contaminantes químicos o físicos (ruido), la configuración urbana que puede favorecer la aparición de islas de calor, aumentar la vulnerabilidad frente al cambio climático e influir sobre la actividad física que realiza la población.

La dieta y la actividad física que se realiza tienen un impacto claro sobre la salud y existe una evidente relación entre ellas y las características del entorno construido. Numerosos estudios señalan como factores clave la peatonalización (walkability), la mezcla de usos del suelo (residencial, comercial, recreativos, etc.), la conectividad de calles, el acceso a tiendas y servicios, la disponibilidad de transporte público, la existencia de instalaciones de recreo e infraestructuras específicas para caminar/ciclistas, la seguridad en general, en el tráfico, y frente a la delincuencia, la estética, la pendiente, la calidad general y la percepción de la calidad que tiene la población son algunos de los factores que caracterizan al Medio Ambiente Construido y tienen una relación directa con la salud, y en concreto con la obesidad.

La realización de actividad física en la vida diaria, es una de las recomendaciones sanitarias con mayor respaldo científico, pues aumenta la esperanza de vida, reduce la obesidad y la diabetes, previene el cáncer, o mejora la salud cardiovascular entre otros beneficios. Entre los niños, conseguir que una parte importante de su desplazamiento diario al colegio se hiciera andando o en bicicleta sería clave para reducir la obesidad infantil, una de las amenazas más graves para la salud poblacional del futuro y la viabilidad de los sistemas sanitarios públicos. Las ciudades y barrios bien diseñados hacen atractivo pasear y caminar cotidianamente. Y esto, según estudios científicos, multiplica las relaciones interpersonales, que constituyen un factor clave en la salud mental de las personas. Entre las personas mayores, las relaciones con otras personas además de prevenir la depresión, promueven el mantenimiento de su capacidad funcional evitando la dependencia, el caminar fortalece la musculatura de forma que se reducen las caídas, y en consecuencia las temidas fracturas de cadera.

La configuración urbana amable está asociada con una red de movilidad urbana eficiente que incluya los desplazamientos cortos a pie, en transporte público y bicicleta de forma segura, lo que a su vez incide sobre la contaminación del aire y retroalimenta la cadena de efectos positivos en la salud.

Las características del medio urbano en el que vivimos determinan nuestra salud, y por tanto, mejorándolas promovemos la salud de la población.

MESA: Salud y medio ambiente

Ponencia: Espacios urbanos: espacios sostenibles

Hidalgo Villodres MªC

Profesora Titular Psicología Ambiental. Departamento de Psicología Social, Antropología y S. S. Facultad de Psicología. Universidad de Málaga

Existe una amplia evidencia empírica de que hay una relación muy estrecha entre el ambiente en el que vivimos y la calidad de vida. Hoy en día la mayoría de la población mundial habita en entornos urbanos. Sin embargo, se ha comprobado en numerosos estudios que la falta de contacto con la naturaleza de los habitantes urbanos se relaciona con algunos trastornos psicológicos como el Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDHA), agresividad, estrés y numerosos problemas de salud, así como otros efectos como el analfabetismo natural.

Por el contrario, los seres humanos tienen una preferencia por los ambientes naturales frente a los ambientes urbanos. Esta afinidad por la naturaleza se conoce como hipótesis de la biofilia, y se han comprobado los numerosos beneficios psicológicos y físicos del contacto con elementos naturales, tanto fuera como dentro de las ciudades: reducción del estrés, recuperación de capacidades cognitivas como la atención y concentración, aumento de la satisfacción y la calidad de vida, e incluso la pronta recuperación de pacientes hospitalizados, cuando éstos tienen acceso a una zona natural como un parque o jardín. Estos beneficios se han observado tanto en adultos como en niños, a pesar de lo cual, su aplicación al diseño urbano (calles y plazas, hospitales, escuelas, residencias, etc.) ha sido muy escasa hasta el momento. Se discute la necesidad de modificar nuestras ciudades de acuerdo con estos principios, de forma que se conviertan en ambientes más sostenibles, amigables y disfrutables.

TALLER

Enfermedades raras. ¿Pacientes raros o médicos incómodos? Protocolo DICE-APER

Esteban Bueno G[1], Ruano García M[2]

[1] Médico de Familia. Unidad de Gestión Clínica Garrucha (AGSNA). Almería.
Miembro del Grupo de Trabajo de Genética Clínica-Enfermedades Raras de semFYC. Presidenta de la Asociación Española para la Investigación y Ayuda al Síndrome de Wolfram-Almería. Delegada en Andalucía de la Federación Española de Enfermedades Raras- Sevilla.

[2] Médico de Familia. Unidad de Gestión Clínica Garrucha (AGSNA). Almería
Miembro del Grupo de Trabajo de Genética Clínica-Enfermedades Raras de semFYC

Este taller sumerge al asistente durante 3 horas en un recorrido interactivo en el que descubriremos la realidad cotidiana de los pacientes con Enfermedades Raras (ER), así como lo cerca que los tenemos en nuestra vida real, hasta descubrir quiénes son y porque son así, aprendiendo en primera persona por qué nuestra práctica diaria con ellos a veces se vuelve complicada y por qué ellos nos ven a menudo tan complicados.

¿Quién es más raro, el médico o el paciente? Unos y otros debatirán y tendrán que trabajar juntos para diseñar como debería ser la consulta perfecta del paciente con ER, paradigma del paciente crónico.

Describimos a continuación los puntos básicos de nuestro taller:

1- Las enfermedades raras son un conjunto de patologías crónicas muy diversas que se caracterizan por su baja prevalencia (menos de 5 casos por cada 10.000 habitantes) elevada morbilidad y mortalidad precoz, lo que determina en muchos casos unas necesidades especiales.

2- Cada médico de familia tiene en su cupo una media de 15-20 pacientes al año con una ER.

3- Tres millones de españoles están afectados por una de estas patologías.

4- El objetivo del taller es mejorar el diagnóstico y la información, así como la coordinación entre los diferentes especialistas y facilitar datos epidemiológicos que justifiquen la necesidad de investigar más en estas enfermedades. Para este fin en el año 2010, semFYC puso en marcha el protocolo http://dice-aper.semfyc.es, en colaboración con el Instituto de Investigación en Enfermedades Raras (IIER), perteneciente al Instituto de Salud Carlos III (ISCIII).

5- En las enfermedades raras no hay que descuidar los aspectos psicosociales.

6- El médico de familia debe cubrir las necesidades fundamentales del paciente con una ER y su familia, acompañarle durante todo el proceso de diagnóstico y seguimiento, así como coordinarse con el resto de los profesionales que lo atienden.

7- Existe en Andalucía un plan estratégico de atención a personas afectadas por enfermedades raras de la Consejería de Salud de Andalucía en el que uno de sus fines es facilitar información a los profesionales de la sanidad, a los investigadores y a las personas afectadas directa o indirectamente por estas enfermedades.

Qué aporta el protocolo DICER-APER

1.- Un completo buscador de ER, con resúmenes actualizados de cada una de las patologías, la mayoría en castellano.

2.- Una herramienta de diagnóstico diferencial introduciendo síntomas y signos del paciente.

3.- Un sistema de consulta on-line con los profesionales del IIER para orientar el diagnóstico.

4.- Un listado de recursos de utilidad para profesionales y pacientes relacionados con las ER con un listado actualizado de los Centros de Referencia Nacionales a donde derivar en caso de sospecha diagnóstica además de recursos psicosociales como son entidades/asociaciones que les pueden orientar (FEDER, CREER).

5.- Un acceso directo al Registro Nacional de Pacientes con ER.

6.- Un enlace al Biobanco Nacional de Muestras de Pacientes con ER, desde el cuál se informa del procedimiento a seguir en caso de que el paciente estuviera interesado en colaborar donando una muestra de sangre.

7.- Una herramienta para coordinar la atención de los pacientes con el resto de médicos especialistas que se encargan de su caso pues Una de las principales demandas de estos pacientes es la falta de coordinación entre los profesionales. En este sentido, el protocolo DICE-APER busca mejorar la colaboración asistencial, estableciendo los lazos oportunos con el servicio médico especialista al que ha sido derivado cada paciente.

TALLER

Intervención comunitaria práctica, construyendo salud con la ciudadanía

Sepúlveda Muñoz J[1], Caurcel Gómez R[2]

[1] *Doctor en Medicina. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Director UGC Alameda Perchel (Málaga). Responsable PACAP Andalucía. Vicepresidente SAMFyC*

[2] *Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Dispositivo Apoyo Área Sanitaria Serranía Ronda. Miembro del PACAP Andalucía*

El segundo apellido de nuestra especialidad (Comunitaria) suele ser el más olvidado y cuestionado, no sólo por nuestros gestores que no dedican tiempo normalmente en nuestras agendas semanales a estas actividades, o se dedican, pero por parte de otros profesionales del equipo… En cambio la experiencia nos dice que la visión del médico de familia es esencial y ha sido parte imprescindible para "desmedicalizar" las actividades de la vida diaria, descentralizar nuestro trabajo incorporando a la comunidad como corresponsables de su salud, y haciendo que esos otros profesionales cobren protagonismo dentro del sistema sanitario. Pero como decíamos la situación actual es que no sólo por parte de los gestores se dedica poca importancia a que los médicos de familia trabajemos con la comunidad, sino que muchos de los propios médicos de familia, y desgraciadamente muchos de nuestros residentes se ven más cómodos dentro del centro de salud, evitando si pueden tanto la atención domiciliaria, como el trabajo directo con asociaciones, ongs de nuestro entorno…

En una parte motivado por la falta de tiempo en las agendas, pero en otras ocasiones en que sí se dispone de ese tiempo, no se pone el empeño en algunos casos amparándose en la falta de formación en estos aspectos. Es por ello, que desde la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria de forma pionera se inició el Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria (PACAP), como marco de referencia para todo lo relacionado con el trabajo con la comunidad en atención primaria.

En cada federada se trabaja en dicho programa, y en concreto en la Sociedad Andaluza, disponemos de un grupo de personas implicadas, y hay una Red de Actividades Comunitarias donde se comparten experiencias de trabajo con la comunidad. También hay una Red de Actividades Formativas en Atención Comunitaria con el objetivo de que el posible déficit formativo(teniendo en cuenta que al contrario de lo que pasa en algunas patologías en las que la industria está especialmente interesada por el motivo evidente de que hay un fármaco detrás y por tanto hay facilidad para formación, jornadas…) desde los propios residentes (de ahí el objetivo prioritario que la formación en el primer año de residencia cumpla los objetivos del programa nacional de la especialidad y se aborde el tema de la atención e intervención comunitaria) hasta los propios tutores, y médicos de familia en general por lo que nos planteamos desde el grupo de Andalucía que debemos estar presentes ofertando formación de tipo taller sobre lo que significa la atención comunitaria tanto a nivel teórico como práctico realizando simulacros de proyectos de intervención comunitaria en todos los congresos de nuestra sociedad. Esta percepción cuenta con la inestimable colaboración y aprobación por parte de la Junta Permanente de la SAMFyC, especialmente sensible a todos estos temas.

Trabajaremos no sólo sobre los aspectos teóricos de qué significa la atención comunitaria, prestaremos atención a cómo los determinantes sociales influyen en la salud de la población, la importancia de contextualizar nuestra actuación prestando atención a aspectos biopsicosociales, conoceremos la evidencia científica que sustenta toda la intervención…y lo que es más importante, juntos diseñaremos mapeos de activos en salud, y cómo iniciar la intervención comunitaria. También conoceremos algunos de los proyectos incluidos en la Red de Atención Comunitaria de Andalucía.

TALLER

Interpretación de la radiografía de tórax para médicos de familia

Navarrete Espinosa C[1], Vico Ramírez F[2], Valverde Bolívar FJ[3]

[1] *Médico de Familia. Técnico de Salud UD MFyC de Jaén. ZBS Mancha Real (Jaén)*

[2] *Médico de Familia. Director ZBS Mancha Real. Médico del Trabajo (Jaén)*

[3] *Médico de Familia. Jefe de Estudios UD MFyC de Jaén. ZBS Jaén*

La radiología simple de tórax supone una herramienta útil para el médico de familia en el abordaje de patología torácica principalmente respiratoria y cardíaca. El entrenamiento y la formación adecuada en la interpretación de imágenes radiológicas junto con un acceso rápido a la prueba, permite fomentar la autonomía del médico de familia. En el taller se plantean como objetivos principales:

• Mejorar la sistemática, y la interpretación de la radiografía de tórax como prueba de imagen básica en la cartera de servicios de atención primaria.

• Mejorar la correlación clínico-radiológica, para el diagnóstico precoz de patología infecciosa, tumoral con importante prevalencia en nuestro medio.

• Realizar el seguimiento de las patologías crónicas principalmente respiratorias, EPOC Y ASMA y otras cardíacas como la insuficiencia cardíaca.

• Optimizar los recursos disponibles. Indicaciones, limitaciones y seguridad del paciente en las pruebas complementarias.

Y como objetivos específicos:

• Reconocer las estructuras anatómicas normales en la radiografía de tórax.

• Conocer los principales signos radiológicos.

• Reconocer los patrones radiológicos: alveolar, intersticial o mixto.

• Localizar lesiones: parénquima, pleura, mediastino (división de Felson).

• Descubrir las lesiones mediastínicas.

• Identificar nódulo y masa pulmonar: características de malignidad.

• Localización y tratamiento de neumonías.

• Reconocer y tratar patología pleural: neumotórax.

• Favorecer el trabajo en equipo.

El taller se realizará mediante la exposición de radiografías de tórax en soporte informático, alternando la parte expositiva realizada por el docente con otra donde los discentes leerán de forma sistemática las placas, informando la misma a través de la correlación clínico-radiológica. De esa forma se favorece la participación y el debate entre los asistentes al taller, mediante un puntero que ira circulando por la sala para identificar las estructuras y las lesiones. Las radiografías se proyectarán por grupos patológicos, comenzando por la radiografía de tórax posteroanterior y lateral sin alteración (normal).

Finalmente cada bloque o sesión concluirá con dos casos clínicos a modo de repaso que se resolverán en el aula.

TALLER

Actualización en métodos anticonceptivos. URM

Trillo Fernández C[1], Navarro Martín JA[2]

[1] Médico de Familia. Cs Puerta Blanca. Málaga. Miembro del Grupo de Trabajo de Salud Reproductiva de las Mujeres de SAMFyC

[2] Médico de Familia. CS Arroyo de la Miel. Benalmádena (Málaga). Miembro del Grupo de Trabajo de Salud Reproductiva de las Mujeres de SAMFyC

En nuestro medio, en la mayoría de los casos, el consejo contraceptivo lo llevan a cabo los médicos de familia en los centros de salud. Consideramos que la anticoncepción y la salud sexual pueden abordarse en la consulta a demanda en los centros de salud, no necesariamente desde una consulta específica. Esto quiere decir que desde la consulta a demanda se puede realizar el consejo contraceptivo e indicar un método anticonceptivo y hacer el seguimiento del mismo, no siendo imprescindible la derivación sistemática a una consulta específica de planificación familiar, aunque debemos tener una consulta de referencia en el centro de salud para determinados casos, como para la toma de una citología, para hacer una ecografía o para la inserción de un implante subdérmico o un DIU.

En la elección de los distintos métodos anticonceptivos combinados (orales, parche cutáneo o anillo vaginal) debemos valorar aspectos como el riesgo de aparición de trombosis venosa profunda, la dosis de estrógeno más adecuada, otras indicaciones distintas de la anticoncepción como el tratamiento de la dismenorrea, el acné y la hipermenorrea o las características de las mujeres que condicionan su elección.

Dentro de la anticoncepción hormonal, disponemos de los anticonceptivos que solo contienen gestágenos, con una eficacia similar o mayor la de los combinados y que pueden ser utilizados cuando éstos están contraindicados por su contenido estrogénico (lactancia, mujeres fumadoras de más de 35 años, diabéticas con afectación vascular, etc.), aunque no es necesario que se den estas circunstancias para ser utilizados, ya que cualquier mujer puede beneficiarse de ellos.

En mujeres de especial riesgo en las que es muy probable que fallen los métodos mas comúnmente utilizados por la dependencia que tienen de un buen uso por parte de la mujer o de su pareja (en muchos casos con antecedentes de IVEs repetidas), conviene asegurar el cumplimento con métodos que no dependan de la mujer en su uso correcto, como es el caso de el implante subcutáneo o el dispositivo intrauterino. Ambos métodos pueden ser indicados, insertados y extraídos por el médico de familia y, por supuesto, pueden ser utilizados en cualquier mujer en la que no estén contraindicados sin necesidad de que se den en ellas estas circunstancias.

Dentro de los DIU disponibles encontramos los de cobre y el medicado con levonorgestrel. Este último presenta una serie de indicaciones y beneficios específicos, como el tratamiento de la menorragia idiopática. Recientemente se ha comercializado un DIU de levonorgestrel más pequeño y con indicación específica anticonceptiva.

La contracepción de urgencia (postcoital) es solicitada con frecuencia. Aunque actualmente las pautas de actuación están bien definidas, sigue existiendo controversia y variabilidad en su prescripción.

En el taller intentaremos aportar la información disponible en relación con estos u otros aspectos que puedan surgir.

Por último, decir, que como apoyo al taller disponemos de nuestra "Guía de Anticoncepción y Salud Sexual en Atención Primaria", que será entregada a todos los asistentes.

TALLER

Abordaje integral de los problemas del hombro

García Aparicio JM[1], Morillas Arqués P[2]

[1] *Médico de Familia. CS Abla. Abla (Almería). Miembro de los Grupos de Trabajo de Aparato Locomotor y de Ecografía de SAMFyC*

[2] *Médico Residente de 4º año MFyC. Especialista en Reumatología. CS de Guadix. Guadix (Granada). Miembro del Grupo de Trabajo de Aparato Locomotor de SAMFyC*

Objetivos del taller

Proporcionar al alumno conocimientos y habilidades para el manejo integral de la patología dolorosa del hombro de origen no traumática más frecuente en atención primaria.

Repaso anatómico y funcional de hombro

La articulación funcional de hombro comprende las articulaciones glenohumeral, acromioclavicular, esternoclavicular, y escapulotorácica. La articulación glenohumeral posee un gran rango de movilidad debido sobre todo a lo reducido del contacto entre cabeza humeral y cavidad glenoidea. Esto facilita la inestabilidad de la articulación, por lo que entran en juego sistemas de estabilización y sujeción, entre los que destaca el manguito de los rotadores, el labrum glenoideo y los ligamentos articulares. El manguito de los rotadores está formado por los tendones de los músculos subescapular, supraespinoso, infraespinoso y redondo menor.

Anamnesis y exploración clínica

Una buena historia es fundamental averiguando antecedentes laborales y deportivos, anamnesis rigurosa del síntoma dolor, y la existencia de otros síntomas acompañantes que puedan ser de alarma (fiebre, sospecha de neoplasia, trauma previo). Iniciamos la exploración con la inspección de hombros, y zona cervical y dorsal. Seguimos con palpación de puntos dolorosos (troquín, troquiter, corredera del bicipital y articulación acromiclavicular). Finalmente exploraremos movilidad activa, pasiva y contrarresistencia, en los distintos arcos de movimientos del hombro.

Ecografía de hombro.

La ecografía del hombro es la prueba de elección, inicialmente, para el estudio de la patología no traumática del hombro doloroso. El médico de familia, con acceso a un ecógrafo, debe entrenarse en la realización básica de la ecografía de hombro, complementando así la historia clínica y la exploración, a la búsqueda de un diagnostico más preciso.

Radiología simple de hombro

La realización de radiología simple de hombro no está indicada inicialmente en el estudio del hombro doloroso, salvo en aquello casos con antecedente traumático.

Cuadros clínicos

Las causas más frecuente de hombro doloroso, que además pueden coexistir hasta en un 77% de los casos, son:

Tendinopatía del manguito de los rotadores: es el diagnóstico más frecuente (85%). El tendón generalmente afectado es el del supraespinoso, siendo la causa principal la degenerativa, en el contexto de un pinzamiento acromiclaviuclar (impingement). Existen distintas fases de afectación desde la tendinopatía simple hasta la rotura completa. Aparece dolor con la movilización en cara externa de hombro. En la exploración destaca abducción contrarresistencia dolorosa. La ecografía aporta datos importante sobre todo en el diagnostico de las roturas.

Artrosis acromioclavicular: aparece hasta en 24 % de los casos. Produce dolor en cara anterior del hombro, con arco doloroso pasivo por encima de 100 º. La palpación de la articulación es dolorosa, y es fácil ver los signos degenerativos tanto con radiología como con ecografía.

Hombro congelado: su causa es desconocida, siendo más frecuente en mujeres de mas de 60 años, y también en pacientes con enfermedades como DM, EPOC, Parkinson, Ictus, e hipofunción tiroidea. La inmovilización prolongada puede actuar como desencadenante. Existe una primera fase de dolor seguida de limitación de movilidad, y una tercera de recuperación antes de los 24 meses.

Tratamiento del hombro doloroso

Aunque el tratamiento puede variar en función de la patología de base, incluye como primera elección reposo y AINEs, junto con un tratamiento rehabilitador básico precoz. En los casos que no responden al tratamiento conservador utilizaremos como segunda elección la infiltración con corticoides. El diagnostico preciso nos ayudará a elegir la mejor vía para la infiltración: vía posterior o lateral para patología glenohumeral y vía específica para artrosis acromiclavicular y tendinopatía del tendón largo del bíceps. En casos seleccionados deberemos derivar al traumatólogo para valorar tratamiento quirúrgico.

TALLER

Movilización e inmovilización del paciente politraumatizado

Rodríguez González MªJ[1], Barberán Morales C[2]

[1] *Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Responsable de formación de la UGC Cádiz Bahía La Janda. Médico de Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias en Puerto de Santa María (Cádiz)*

[2] *Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Médico de Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias en Chiclana (Cádiz)*

Objetivos

• Correcto manejo de técnicas de inmovilización y movilización de pacientes politraumatizados.

• Adquirir conocimientos y destreza necesaria para estabilizar lesiones existentes y evitar lesiones secundarias que agravarían aún más el estado del paciente y dificultarían su posterior recuperación.

• Utilización de dispositivos y técnicas de inmovilización: Collarín cervical. Inmovilizador tetracameral. Corsé espinal de Kendrick. Férulas de extremidades. Colchón de vacío.

• Utilización de dispositivos y técnicas de movilización: Volteo del paciente en decúbito prono. Técnicas para el levantamiento del paciente y movilización hasta la camilla de transporte. Tabla espinal larga. Extracción del paciente interior del automóvil. Retirada de casco integral. Camilla de cuchara.

• Cuidados durante el traslado.

El adecuado conocimiento de técnicas y material de inmovilización y movilización en estos pacientes es fundamental para el correcto manejo de las lesiones que puedan presentar. Así como reconocer la importancia del trabajo en equipo.

Cuando tenemos conocimiento de la presencia de un paciente politraumatizado lo primero son las Medidas de Seguridad, las cuales deben mantenerse hasta la realización de la transferencia del paciente en el hospital. Estas medidas son: aproximación y acceso a los accidentados (uniformidad, autoprotección, inspección, estacionamiento, y 3 que se encargaría el técnico en transporte sanitario: balizamiento, señalización y sectorización).

Estas irían seguidas del Rescate en el cual es fundamental la colaboración y coordinación entre los equipos. Abarcaría triage primario (valoración de víctimas para utilizar adecuadamente los recursos), soporte vital in situ y liberación (extricación) si fuera necesario. Los equipos para inmovilización del paciente deben ser ligeros, de fácil almacenamiento y colocación. Deben permitir realizar técnicas de soporte vital.

Disponemos para la inmovilización

-*Collarines cervicales*: deben tener cuatro apoyos, acceso anterior para vía quirúrgica y toma de pulso carotídeo, y ser rígido. Utilizamos el tipo Philadelphia, el más eficaz, el que mejor consigue la inmovilización de la columna cervical en el movimiento de flexoextensión.

Inmovilizador Tetracameral: utilizado para la completa inmovilización de cabeza y cuello junto con el tablero espinal.

-*Corsé espinal de Kendrick*: utilizado para extraer personas sentadas en el interior del coche. Complementa la función del collarín.

-*Férula de extremidades*: muchos tipos, las más utilizadas en el medio extrahospitalario, las de vacío. Pueden colocarse en posiciones diferentes a las anatómicas para cuando no se pueda reducir la fractura, no comprimen miembro y permiten inmovlizar luxaciones.

-*Colchón de vacío*: Imprescindible para inmovilización y transporte de pacientes traumatizados.

Material y técnicas para la movilización

-*Camilla de cuchara o de palas*: soporte metálico o de plástico formado longitudinalmente por dos ramas simétricas, ligeramente cóncavas, con sistema telescópico que permite variar su longitud. Recoge al paciente con suavidad.

-*Tablero espinal largo*: tablas de material rígido, longitud 180-190cm, pueden cargar hasta 300kg. Tienen orificios laterales para cinturones de seguridad y asideros. Finalidad es el traslado de pacientes.

-*Volteo del paciente en decúbito prono*: primero elegir hacia donde girar al paciente dependiendo de las lesiones y después intentar alinear los miembros inferiores. Un rescatador sujeta la cabeza y los otros rescatadores se colocan sobre el lado hacia donde se va a realizar el giro. Se gira de forma lenta, se coloca el miembro superior alineado y pegado al tronco.

-*Levantamiento del paciente y movilización hasta camilla de transporte*: en bandeja si no disponemos de material o con tablero espinal largo (con el paciente ya en decúbito supino se puede colocar lateralizando al paciente o mediante el puente holandés.

-*Extracción del paciente sin material del coche mediante la Maniobra de Reuttek*, utilizada cuando por la situación clínica del paciente o porque hay peligro para paciente y rescatador hay que realizar una extracción rápida.

-*Retirada del casco integral*. Imprescindibles dos rescatadores.

TALLER

Diagnóstico precoz del cáncer: manejo de síntomas de alarma y marcadores tumorales

Mateos Vázquez AM[1], Bernal Bernal R[2], López Verde F[3]

[1] *Doctor en Medicina. Médico de Familia SESCAM. CS de Almadén (Ciudad Real)*

[2] *Doctor en Medicina. Médico de Familia SAS. CS Puerto Real (Cádiz)*

[3] *Doctor en Medicina. Médico de familia SAS. CS Las Maravillas. Málaga*

Grupo trabajo de atención oncología de SAMFyC

Una cuarta parte de la población de los países desarrollados fallece de cáncer. La mayoría de los afectados consultan en atención primaria, pero sus síntomas pueden también corresponder a enfermedades benignas y aquí está la dificultad para el médico de familia que debe saber cuándo sospechar un proceso maligno. El médico de familia interviene de una forma u otra en el ochenta por ciento de casos de cáncer. Es el profesional con mayor capacidad para reconocer la aparición de nuevos síntomas, la persistencia de los mismos o cambios en las características de un síntoma antiguo.

Existen una serie de signos y síntomas que deben considerarse como sugestivos de un posible cáncer. Es importante que los pacientes consulten ante estos síntomas, por ello la importancia de la educación para la salud. Destacamos como síntomas de alarma: tos crónica, esputos con sangre, ronquera de larga duración, perdida injustificada de peso, bulto en la mama, secreciones anómalas por un solo pezón, sangrado rectal, sangre en la orina, sangrado vaginal tras la menopausia, lesiones cutáneas que crecen o cambian de color. El médico de familia debe valorar en su justa importancia la presencia de estos signos y otros datos, decidiendo de forma justificada la necesidad de proceder a más estudios con carácter normal, preferente o urgente. El correcto conocimiento de los síntomas de alarma por los pacientes, la adecuada interpretación por el médico de familia y el acceso de este a las pruebas diagnósticas necesarias, evitando las demoras en las consultas con otros especialistas, permiten disminuir los tiempos de demora diagnóstica (tiempo que tarda en diagnosticarse un cáncer desde la primera manifestación clínica del mismo). El uso de nuevas herramientas como la dermatoscopia ayudan notablemente en el diagnostico precoz. La correcta indicación de las diferentes pruebas complementarias en cada caso según los síntomas de los pacientes evitan costos innecesarios y angustia en los pacientes; he aquí la necesidad de racionalizar la utilización de pruebas como la mamografía cuya utilidad si se utiliza de forma indiscriminada sin atender a las características clínicas y los antecedentes personales pueden provocan mas perjuicios que beneficios.

Los marcadores tumorales son sustancias producidas por el propio tumor o por los tejidos de órganos en los que asientan y que se presentan en concentraciones más altas en los pacientes con cáncer. En general presentan una relación entre los valores del marcador y la extensión de la enfermedad lo que confiere utilidad variable en diagnostico, estadiaje y pronóstico. Su aplicación fundamental es para seguimiento, recidiva temprana o efectividad del tratamiento. Son poco específicos y poco sensibles. Pueden elevarse en muchos tumores y enfermedades benignas y su mal uso implica elevado coste y carga ansiosa para el paciente. Solo unos pocos marcadores son útiles en el diagnóstico de pacientes con síntomas sugerentes y prácticamente ninguno son de utilidad en el despistaje en población general asintomática. En el momento actual ni siquiera el PSA se recomienda en el despistaje del cáncer de próstata en pacientes sin síntomas.

TALLER

Atención integral al adolescente

Palenzuela Paniagua SM[1*], Mesa Gallardo MI[2*]

[1] *Médico de Familia. CS Otero (Ceuta). Unidad Docente Medicina Familiar y Comunitaria de Ceuta*

[2] *Médico de Familia. Unidad de Formación, Investigación y Calidad del Distrito Sanitario Condado-Campiña. Huelva*

[*] *GdT SAMFyC del Adolescente*

La Adolescencia es un grupo poblacional que requiere una atención especial por parte del médico de familia debido a sus características peculiares. La entrada a la adolescencia está marcada por un cambio físico (la pubertad), mientras que el final de este periodo lo determina un cambio psicosocial (asumir un rol de adulto). Los cambios que experimenta el adolescente suponen crecimiento y maduración, de forma global en todos los aspectos de la vida, y su finalidad es alcanzar su identidad, su integridad y la independencia psicológica y física. En la relación clínica con el adolescente no sólo se establece un trabajo técnico sino que abarca una atención comprehensiva, transcendiendo más allá del modelo profesional para adaptarse a los cambios que experimenta el menor. El médico debe constatar lo preparado que está el adolescente para su autocuidado y cambiar su forma de trabajo conforme a dicha evolución. Es por ello que el Programa de la Especialidad de Medicina de Familia y Comunitaria integra la adolescencia dentro de los grupos poblacionales con factores de riesgo, con un cuerpo de conocimientos y habilidades propio.

La salud del adolescente suele ser buena en general: aunque puede padecer cualquier enfermedad, hay una serie de patologías típicas de esta etapa ligadas al crecimiento físico y psíquico que experimentan y a determinadas conductas de riesgo habituales entre los menores. Pese a la baja frecuentación de este colectivo, los cambios corporales y psicosociales del adolescente lo hacen especialmente vulnerable. Esto provoca además numerosos conflictos familiares derivados del cambio de ciclo vital, lo que se traduce en síntomas que desconciertan al médico que atiende al adolescente y a su familia. Además, esta etapa de la vida precisa de la puesta en práctica de las actividades de prevención y promoción de la salud, teniendo en cuenta que es el momento donde más eficiente es su realización. A todo lo anterior se suma el hecho de que el entorno del adolescente pasa de ser su familia a ser el instituto, lugar donde aprende unas materias formales y, al tiempo, conforma un currículo oculto que orienta sus habilidades sociales y sus comportamientos en salud.

Así mismo, la incorporación en la vida de los adolescentes de las tecnologías de la información como herramientas de interacción, socialización, trabajo y diversión dentro de su contexto social y educativo no está exentas de riesgo; el sexting, el grooming y el ciberbulling son algunos de estos peligros, sin olvidar la influencia que pueden tener las redes sociales en los trastornos de la conducta alimentaria.

Estas dificultades, que surgen de forma habitual en la consulta de Atención Primaria, mejoran cuando se da una respuesta integral a los distintos problemas que surgen en el adolescente y su entorno. El nuevo enfoque que implementa el clásico modelo biomédico consta de varios pun- tos muy importantes como son la Atención Familiar (como área de conocimiento específica), el Estudio Integral de los Casos Clínicos y la Resolución de Problemas basada en la realización de Tareas, como técnica terapéutica específica.

Para el abordaje integral del adolescente debemos tener en cuenta todos estos aspectos así como las evidencias disponibles sobre las actividades preventivas y de promoción de la salud, así como otras actividades de tipo comunitario, sin olvidar el papel del médico en los equipos multidisciplinares, la valoración de los aspectos bioéticos en la atención a los menores de edad y las características específicas de la comunicación con los adolescentes.

Todos estos conocimientos y habilidades, de forma conjunta, nos permiten valorar y tratar más eficientemente los problemas que los adolescentes y su familia presentan en el día a día.

TALLER

Básico de ecografía en atención primaria

Cristóbal Trillo Fernández C[1], García Aparicio JM[2], Gutiérrez Molina D[3], Jiménez Ortega S[4]

[1] *Médico de Familia. CS Puerta Blanca. Málaga. Coordinador del Grupo de Trabajo de Ecografía de SAMFyC*

[2] *Médico de Familia. CS Abla (Almería). Miembro del Grupo de Trabajo de Ecografía de SAMFyC*

[3] *Médico de Familia. CS Virgen del Gavellar. Úbeda (Jaén). Miembro del Grupo de Trabajo de Ecografía de SAMFyC*

[4] *Médico de Familia. CS Virgen del Valle. Écija. Área Sanitaria de Osuna. Miembro del Grupo de Trabajo de Ecografía de la SAMFyC*

La ecografía es una técnica diagnóstica de gran utilidad en medicina. En los últimos años han ido aumentando el número de médicos de familia que utilizan esta técnica diagnóstica en su práctica habitual como medio diagnóstico complementario a los datos clínicos del paciente, lo que aumenta su capacidad de resolución. Tanto en los centros de salud como en los servicios de urgencias; por ello, posiblemente en un futuro próximo se generalice su uso en estos ámbitos.

El objetivo de este taller es enseñar al médico de familia el manejo del ecógrafo y la interpretación básica de las imágenes con él obtenidas, tanto en el centro de salud como en los servicios de urgencias.

Como documentación bibliográfica disponemos de nuestra "Guía SAMFyC de Ecografía en Atención Primaria", recientemente publicada, elaborada por el Grupo de Trabajo de Ecografía de la SAMFyC. Se trata de una guía eminentemente práctica en la que se detallan de forma didáctica los principios básicos de la ecografía y la ecografía de las diversas regiones anatómicas: cuello, tórax, corazón, abdomen, escroto, aparato genital femenino, musculo- esquelética y vascular, así como la ecografía en urgencias y emergencias.

La estructura del taller que vamos a llevar a cabo en el 23º Congreso de Medicina Familiar y Comunitaria de Almería es la siguiente:

1.- Manejo del ecógrafo: breve repaso de los principios físicos de la ecografía, tipos de ecógrafos, tipos de sondas y aplicaciones de cada una de ellas, artefactos más comunes, aplicaciones y limitaciones.

2.- Recuerdo anatómico abdominal y pélvico: fundamental para entender las imágenes ecográficas.

3.- Patrones y medidas normales en ecografía abdominal y pélvica.

4.- Ecografía ginecológica y dispositivo intrauterino (DIU).

5.- Principales hallazgos patológicos en ecografía abdominal y pélvica.

6.- Ecografía en urgencias y emergencias: el protocolo FAST (FocussedAssessmentwithSonography in Trauma) constituye una exploración básica dentro del ámbito de la ecografía de urgencias; su objetivo es detectar líquido libre intraperitoneal, pleural y pericárdico en el contexto de un paciente politraumatizado.

7.- Exposición de distintas imágenes ecográficas normales y patológicas: se expondrán distintas imágenes ecográficas que los asistentes deben resolver dentro de un contexto clínico.

8.- Prácticas con ecógrafos: disponemos de 5 ecógrafos con los que los alumnos podrán practicar en modelos la ecografía abdominal y pélvica. Se prevé que con cada modelo y ecógrafo haya un docente y seis alumnos.

Esperamos que aquellos asistentes al taller que aún no han tenido contacto con la ecografía adquieran los conocimientos básicos para iniciar su práctica, y que aquellos que ya han manejado el ecógrafo en su práctica clínica, puedan ampliar conocimientos. En cualquier caso, que el taller sirva de estímulo al médico de familia para que utilice, dentro de sus posibilidades, esta técnica diagnóstica tan útil en el ámbito de la atención primaria.

TALLER

El paciente con diabetes, un reto en la consulta. URM

Martín Manzano JL[1], Garrido Redondo N[2]

[1] *Médico de Familia. CS Salvador Caballero. Granada*
[2] *Médico de Familia. CS Nuestra Señora del Gavellar. Úbeda (Jaén)*

Realmente la diabetes tipo 2 es un reto en nuestra consulta por múltiples y variadas razones: la gran prevalencia de personas con diabetes, las patologías asociadas que puede conllevar, el abordaje multidisciplinar que necesita, la modificación en el estilo de vida que lleva aparejada, como parte consustancial del tratamiento (que suele ser de difícil cumplimiento por parte de estas personas), las medidas terapéuticas que pueden ser variadas y, a veces, complejas y el prevenir o tratar las complicaciones que, incluso al diagnóstico, es frecuente se presenten en algunas personas con diabetes. Si a esto le añadimos la presión asistencial existente en Atención Primaria hace que en muchas ocasiones nos veamos desbordados ante la necesidad de modificar tratamientos, ante la falta de control en nuestros pacientes, y tengamos que hacerlo en un tiempo limitado donde haya que instruir al paciente sobre los nuevos fármacos, algunos complejos de utilizar y no digamos si hemos de comenzar con la insulinización.

Este taller pretende hacer un repaso amplio de los últimos criterios diagnósticos de la diabetes tipo 2 y sus objetivos de control, teniendo en cuenta su abordaje integral (control glucémico, objetivo de presión arterial, de lípidos, antiagregación, abordaje del hábito tabáquico, etc.). De forma somera se tratará la modificación del estilo de vida, algo que las distintas Guías de Práctica Clínica contemplan de forma inicial y a todo lo largo de la historia natural de la diabetes complementando los distintos tratamientos con fármacos orales, combinaciones oral-oral, oral-insulina o insulinización en sus distintas pautas, como parte fundamental del abordaje terapéutico y sin la cual disminuyen las expectativas de éxito del tratamiento.

Se hablará de las distintas familias de fármacos orales: metformina, sulfonilureas, pioglitazona, inhibidores de la DPP-4 e inhibidores del cotransportador sodio-glucosa SGLT2; otros inyectables como los agonistas del GLP-1 y los distintos tipos de insulinas: humanas (rápidas y lentas) y los análogos de insulinas (ultrarrápidos y lentos) así como de las insulinas premezcladas con distintas proporciones de rápida y lenta. Pormenorizadamente comentaremos las características farmacocinéticas y farmacodinámicas de los distintos fármacos orales así como su utilización individualizada atendiendo a las características del paciente como su edad, comorbilidades asociadas, afectación renal, hepática, etc. Se hablará de las distintas combinaciones de fármacos orales en la doble terapia o incluso triple terapia para conseguir alcanzar los objetivos de control glucémico, atendiendo y comentando las distintas Guías de Práctica Clínica y teniendo en cuenta siempre el conseguir la normoglucemia sin aumentar el riesgo de hipoglucemia, como parte fundamental de los objetivos en el tratamiento.

En cuanto a la insulinización se hará un repaso extenso a los distintos tipos de insulina atendiendo a sus comentadas características, analizando las distintas pautas: cuándo comenzar la introducción de la insulina basal asociada a 1-2 fármacos orales individualizando para cada paciente, se indicarán dosis aconsejadas, horario en su administración, qué tipo de insulina usar y qué controles hacer para titular la dosis adecuada. Se comentará cuándo es necesario pasar a las distintas terapias de insulinización definitiva como son la terapia basal plus, bolo-basal o utilización de insulinas premezcladas, en qué pacientes está indicada cada una de ellas con indicación de los controles adecuados para encontrar las dosis pertinentes de insulina lenta y/o rápida.

De forma somera se comentarán las distintas complicaciones de la diabetes tanto agudas como crónicas en sus dos vertientes, micro y macrovasculares haciendo énfasis en que la mejor forma de prevenirlas, retrasarlas o evitarlas es mantener un correcto control metabólico atendiendo a un abordaje integral de la misma como parte de un tratamiento proactivo minimizando al máximo la inercia terapéutica.

Toda la parte teórica está complementada con casos clínicos de las distintas pautas de tratamiento, criterios diagnósticos, etc. para provocar debate y feed-back entre los discentes-docentes.

TALLER

Psicofarmacología Aplicada en Atención Primaria. URM

Domínguez Domínguez JA[1], Largaespada Pallaviccini GJ[2]

[1] *Médico Especialista en MFyC. Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias. Distrito Sur. Sevilla*

[2] *Médico Especialista en MFyC. CS de Bollullos Par del Condado (Huelva)*

Debido a la alta prevalencia de trastornos del estado de ánimo en atención primaria y a las necesidades requeridas por el actual plan de salud (Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2008-2012), se plantea necesario actualizar los conocimientos sobre psicofarmacología que permitan un correcto manejo del amplio arsenal de psicofármacos que disponemos actualmente, aumentando la eficacia de nuestras prescripciones.

Para dar respuesta a estas necesidades se presenta el presente taller desarrollado por los Dres Guillermo Jesús Largaespada Pallaviccini y José Antonio Domínguez Domínguez; el cual se pretende que sea eminentemente práctico y con aplicabilidad a la consulta de Atención Primaria.

Para ello la metodología que proponemos es aquella con la que nos enfrentamos cada día en nuestros centros de salud: "los casos clínicos" y el tratamiento, como en la mayoría de las patologías que atendemos día a día, será sintomático.

Como punto de partida, tomaremos los síntomas que componen los principales trastornos incluidos dentro de la esfera de la Salud Mental. Una vez identificados, los relacionaremos a circuitos cerebrales malfuncionantes y veremos los mecanismos de neurotransmisión que actúan en los distintos niveles. Una vez sabemos lo que falla en las conexiones, sólo nos queda explicar cómo los diferentes fármacos actúan sobre determinados circuitos o, lo que es lo mismo, construiremos un esquema que nos permita seleccionar el fármaco adecuado según el perfi1 sintomatológico.

Para ello dividiremos el taller en cuatro partes. En la primera introduciremos muy sucintamente algunos conceptos de neurotransmisión que serán básicos para entender el resto de los apartados. Las otras tres irán encaminadas a comentar los tratamientos farmacológicos que disponemos en la actualidad para tratar los trastornos depresivos, ansiosos y psicóticos.

Con todo esto lo que pretendemos finalmente es dar a conocer los fundamentos básicos de la neurotransmisión y las teorías vigentes en cuanto a los principales neurotransmisores implicados en la psicopatología; aprendiendo a relacionar la fisiología cerebral con el amplio espectro de síntomas que aparecen en dichas enfermedades, pudiendo orientar así las prescripciones de los psicofármacos.

TALLER

La enfermedad de Alzheimer: sospecha y abordaje inicial en atención primaria. URM

Gómez Salado MªJ, Rosano Duarte L

Médicos Especialistas en MFyC. UGC Loreto-Puntales. Cádiz. Grupo Demencias semFYC

La Enfermedad de Alzheimer (EA) es el tipo de demencia más frecuente. Se estima que existen alrededor de 3,5 millones de personas afectadas en España por esta enfermedad, entre quienes la padecen directamente y sus familiares/cuidadores.

La población está cada vez más sensibilizada y posee mayor grado de información sobre esta enfermedad debido, entre otras razones, al incremento de su prevalencia relacionado con el envejecimiento poblacional. Este hecho repercute directamente en los profesionales de Atención Primaria (AP). Las familias e incluso las personas afectas consultan más precozmente por síntomas que pueden hacer sospechar el inicio de la enfermedad.

El diagnóstico temprano de la EA está recomendado por multitud de organismos nacionales e internacionales. El Médico de Familia (MF) debe realizar una correcta evaluación ante un caso de sospecha de EA de inicio que permita confirmar o descartar esta sospecha, a la vez que realiza el diagnóstico diferencial con los dos cuadros nosológicos de mayor trascendencia: la depresión y el Deterioro Cognitivo Ligero. Teniendo en consideración, que las herramientas psicométricas de uso más frecuentes en AP, además de estar influenciadas por la edad y el nivel cultural, no poseen una elevada capacidad discriminativa del deterioro cognitivo en fases iníciales, se hace necesario en aras de mejorar el diagnóstico temprano, el conocimiento y uso por los MF de los test neuropsicológicos breves desarrollados más recientemente que tienen estos inconvenientes en menor medida. Estas herramientas ayudaran a definir los pacientes que deben ser remitidos para evaluaciones más detalladas en Atención Hospitalaria.

Tras el diagnóstico de una persona afecta de EA se hace necesario un proceso de información y formación en el manejo de la enfermedad que permita a la familia un mejor afrontamiento y habilidades de cuidado. Las medidas de tratamiento farmacológicas (tratamiento farmacológico específico y tratamiento de síntomas psicológicos y conductuales) y no farmacológicas más eficientes en esta fase, así como los recursos sociales de ayuda son elementos a trabajar con la persona afecta y la familia.

Cómo se ha dicho anteriormente, la elevada prevalencia de la EA, y su manejo principalmente extra hospitalario hacen que el ámbito sanitario natural de esta enfermedad sea la atención primaria. Nuestros profesionales son los mejor situados para ofrecer una atención sanitaria integral a los pacientes con EA y a sus cuidadores. El abordaje será por todo el equipo de atención primaria, pero nosotros, como Médicos de Familia, debemos estar preparados para liderar la atención al enfermo y a sus cuidadores, ya que en la mayor parte de los casos seremos la primera persona a quien se reclame ayuda ante necesidades concretas. Pero creemos que nuestro papel no debe ser meramente pasivo, sino que debemos tomar iniciativas para ir cambiando el manejo del paciente y su entorno conforme las necesidades vayan cambiando.

El diagnóstico en fases tempranas, cuando el paciente tiene capacidad de decisión, pone sobre la mesa cuestiones hasta hace pocos años poco planteadas en esta enfermedad. El comunicar el diagnóstico al paciente permite su adaptación a través del conocimiento y compresión de la enfermedad, y el trabajo a favor de su autonomía. Además, permite la participación en la toma de decisiones con una planificación anticipada de cuestiones que atañan a su propia salud presente y futura, y su propia vida (decidir sobre su patrimonio, designar a la persona que tomará las decisiones en su nombre, cuando a ella no le sea posible, etc.), y la posibilidad de redactar la Declaración de Voluntades Vitales Anticipadas.

TALLER

Espirometría en AP: diagnostico y seguimiento del Asma y EPOC. URM

Barchilón Cohen V

Especialista en MFyC. Miembro del grupo de trabajo de Respiratorio de SAMFyC. CS Rodríguez Arias-San Fernando (Cádiz)

La Espirometría forzada mide flujos y volúmenes pulmonares. Podemos medir qué volúmenes pueden movilizar los pulmones de una persona y la rapidez con que se realiza dicha maniobra.

En Atención Primaria, nos van a servir fundamentalmente para el diagnostico y seguimiento de Asma y EPOC.

Un aspecto importante es la realización de la prueba, ya que si no está bien realizada invalida los resultados de la misma. El paciente deberá estar confortable y sentado para evitar posibles mareos o desvanecimientos, es recomendable colocarle una pinza nasal. El sujeto debe realizar una inspiración máxima de forma relajada, e inmediatamente una espiración de inicio brusco y con el máximo esfuerzo posible y mantenerla durante el tiempo que nosotros le indiquemos, que no será menor a 6 segundos. Durante la prueba el técnico debe animar y acompañar con la voz en todo momento, además de ir comprobando la curva. Entre las instrucciones previas destacan, no utilice medicación broncodilatadora en las horas previas (6 h para los Beta-2 de vida media corta; 12 h para los Beta-2 de larga duración y teofilinas retard). No fumar ni beber bebidas con cafeína en las horas previas.

Con la espirometría podemos obtener una serie de variables. Nos interesan fundamentalmente la Capacidad Vital Forzada (volumen total que moviliza el paciente desde la inspiración máxima hasta la espiración máxima) (FVC) y el Volumen espirado en el primer segundo de la espiración forzada (FEV1) así como el cociente entre ambos (FEV1/FVC). El espirómetro nos proporciona tanto los valores reales (valor medido, en litros) como su comparación con los valores teóricos (porcentaje del teórico).

Con los parámetros descritos anteriormente (FEV1, FVC y FEV1%) se puede establecer los llamados patrones espirométricos:

- Normal: El FEV1% es igual o mayor del 70% y los valores de la FVC y del FEV1 son iguales o superiores al 80% del valor de referencia.

- Alteración ventilatoria obstructiva: La obstrucción determina una disminución de la velocidad de salida del aire, pero no afecta a la capacidad pulmonar. Por lo tanto la FVC será normal, pero el FEV1 estará disminuido (menor del 80%) y en consecuencia el cociente FEV1/FVC también estará disminuido (menor del 70%).

- Alteración ventilatoria no obstructiva (restrictiva). Existe una disminución de la capacidad pulmonar que podría ser debida o bien a una patología del parénquima pulmonar o a una alteración que limite su expansión (parálisis muscular, derrame pleural, cifoescoliosis severa, etc.). Ello determina que la FVC esté disminuida (menor del 80%). Esta reducción de la FVC y la disminución de la fuerza elástica provocada por la menor expansión pulmonar, determinan una disminución del FEV1. Al estar estos 2 parámetros disminuidos, el FEV1% será normal (mayor o igual al 70%).

- Alteración ventilatoria mixta: En este patrón observamos una disminución de FEV1, de la FVC y del FEV1%. Aparece en aquellos procesos en los que se combinan obstrucción y restricción, aunque también podemos encontrarlo en pacientes con obstrucción importante sin restricción asociada. Esto se debe a la presencia de atrapamiento aéreo (espiración incompleta con aumento del volumen residual) que provoca una disminución de la capacidad vital sin afectar a la capacidad pulmonar total.

Antes de analizar la prueba es imprescindible que se valoren las curvas, ya que ellas nos informaran sobre la validez de la misma. Son dos diferentes una de volumen-tiempo, y la otra de flujo-volumen. En la espirometría normal, la primera debe tener un ascenso rápido y terminar en una meseta y la segunda un ascenso rápido, un pico y un descenso gradual hasta alcanzar la línea de volumen.

TALLER

Atención a la interculturalidad en Atención Primaria. Salud, migraciones y minorías étnicas

López Ruiz MªV[1], Ramírez Robles R[2]

[1] *Médica de MFyC. Eventual SAS. Red ISIR*

[2] *Médica de MFyC.HAR El Toyo. Almería*

"No quiero que mi casa tenga muros por todas partes y que mis ventanas estén tapiadas. Quiero que las culturas de todas las tierras recorran mi casa con tanta libertad como sea posible" (Gandhi).

Según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE)[1], la población inmigrante en España supone el 12,7% del total, siendo Andalucía una de las comunidades autónomas con mayor número de migrantes (la séptima en España). Vivimos y ejercemos en comunidades multiculturales, donde tanto las personas migrantes como las minorías étnicas están cada vez más presentes.

El objetivo de este taller es dotar de **competencia intercultural** a los/as profesionales de Atención Primaria, así como familiarizarlos con estas experiencias culturales diversas. Definimos competencia intercultural como capacidad de un individuo, organización o sistema para ofrecer una respuesta asistencial que tiene en cuenta los aspectos culturales que pueden estar en juego[2].

Para ello proponemos abordar la cultura con actitud de tolerancia y compresión hacia la persona culturalmente diferente[3]. Las diferencias de poder y privilegio, los prejuicios, la contratransferencia y los valores implícitos pueden tener un gran impacto en todo el proceso asistencial. De esta manera la autoexploración, el confrontarse a sí mismo, con el propósito de poder superar las barreras autoimpuestas y ampliar la "empatía etnocultural" permite tener una base desde la que aplicar las habilidades y conocimientos profesionales.

Para adquirir estas competencias, el/la profesional deberá conocer varias cosas:

1. Los **recursos existentes** en nuestra comunidad para facilitar la comunicación con la persona culturalmente diversa: desde los recursos digitales y en papel hasta el papel de la mediación intercultural.

2. Los **modelos de prácticas intercultural y los métodos** para llegar a ella: la evaluación cultural de el/la profesional (modelo ASKED o R. Spector)[4]; "Explanatory Models" (EMS) de Arthur Kleinman[5] que se compone de seis pasos por los que el clínico puede apoyar en la construcción de la narrativa del paciente cuando éste es de una cultura distinta a la propia; los itinerarios terapeúticos de Angel Martinez[6], etc.

Aunque nos centremos en un **enfoque cultural**, consideramos otras maneras de abordar las migraciones y las minorías étnicas como complementarias Por lo que remarcaremos la importancia de identificar los determinantes sociales que intervienen en la población migrante (**enfoque sociopolítico**), así como sus patologías más frecuentes (**enfoque epidemiológico**). Para ello, dividimos las patologías de la población migrante en tres grandes grupos:

1. **General**: Es lo más frecuente. Tener en cuenta los factores psicosociales: somatizaciones, depresiones, "multiduelo migratorio", traumatismos, salud reproductiva

2. **Infecciosa universal**: TBC, HIV, VHB, VHC, ITS. Tratable y transmisible. Importante para el individuo y la comunidad

3. **Exótica – Tropical**.

La práctica intercultural en salud se convierte así en una práctica compleja con la que ampliar nuestra cosmovisión y entender la vivencia de los procesos salud-enfermedad desde la diversidad.

[1] INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. 2007. Instituto Nacional de estadística [sitio web]. Madrid: INE. Disponible en: http://www.ine.es/

[2] Betancourt JR. Cultural competence-marginal or mainstream movement? N Engl J Med. 2004 Sep 2;351(10):953-5.

[3] Betancourt JR, Green AR, Carrillo JE, Ananeh-Firempong O. Defining Cultural Competence: A practical framework for addressing racial/ ethnic disparities in health and health care. Public Health Reports 2003;118:293-302.

[4] Campinha-Bacote, Josepha; A model and instrument for addressing cultural competence in health care. Journal of Nursing Education; Thorofare; May 199. [En línea] http://www.nursingworld.org/ojin/topic20/tpc20_2.htm

[5] Kleinman A, Benson P. Anthropology in the clinic: the problem of cultural competency and how to fix it. PLoS Med. 2006 Oct;3(10):e294.

[6] Martinez- HA. Itinerarios terapéuticos y relación médico-paciente. Universitat Rovira i Virgili. 2006.

TALLER

Manejo del consumo de alcohol en Atención Primaria de Salud. URM

Boxó Cifuentes JR[1], Domínguez Pinos MªD[2]

[1] *Médico de Familia. UGC Puerta Blanca. Distrito Sanitario Málaga*

[2] *Médica de Familia. UGC Las Delicias. Distrito Sanitario Málaga*

Introducción

Un varón de 39 años acude a su consulta manifestándole que desde hace 4 meses frecuentemente tiene deposiciones diarreicas. Se trata de deposiciones líquidas, marrones, sin productos patológicos acompañadas de abundantes gases. Tiene una o dos al día aunque los fines de semana se incrementan a cuatro o cinco veces. No le duele el abdomen. Por lo demás se encuentra bien de salud, ha ganado un par de kilos. No refiere otros síntomas digestivos ni recuerda haber tomado antibióticos este año. Su dieta es la habitual y no ha realizado viajes al extranjero. ¿Cuál le parece la opción más adecuada en este momento?

1. Derivarlo al especialista para realizar una colonoscopia.

2. Realizar un coprocultivo y búsqueda de parásitos.

3. Indagar su consumo de alcohol.

4. Realizar un estudio de enfermedad celíaca.

Respuesta correcta 3. El consumo perjudicial de alcohol tiene una alta prevalencia en atención primaria y su presencia incrementa el riesgo de desarrollar hasta 60 enfermedades distintas dentro de las que las gastrointestinales son frecuentes. El consumo de alcohol está en la base de muchos problemas de salud frecuentes en atención primaria bien provocando directamente la patología, o bien siendo un factor de riesgo importante asociado a las mismas. Los patrones de consumo son diversos y cada uno entraña una modalidad de detección y una forma de intervención pertinente.

Es necesario tener conciencia de que los problemas de salud no se dan solamente en el grado de dependencia sino que patrones de consumo menos evidentes son capaces de generar idénticas patologías.

Este taller le ayudará a mejorar sus conocimientos sobre las características y consecuencias del consumo de alcohol entre sus pacientes. El taller permite un recorrido a través de las mejores Guías de Práctica Clínica de forma ordenada mediante tres escenarios clínicos configurados a partir de la práctica clínica del docente. Cada escenario incorpora los problemas de diagnóstico e intervención en forma de escalones formativos.

Objetivos

Estimular a los médicos de Atención Primaria a tener en cuenta el consumo de alcohol en su anamnesis rutinaria y ayudar en su capacitación para valorar de forma integral al paciente bebedor y en la orientación terapéutica.

Contenidos

I. Escenario clínico nº 1: Consumo enólico de riesgo. Diagnóstico. Problemas de salud asociados. La intervención breve.

II. Escenario clínico nº 2: Consumo perjudicial de alcohol. Diagnóstico. Problemas físicos asociados. Utilidad de marcadores biológicos. La terapia breve.

III. Escenario clínico nº 3: Dependencia alcohólica. Diagnóstico. Problemas psíquicos y físicos asociados. Valoración del grado de adicción y de la intensidad de la abstinencia. Papel de la Atención Primaria.

Referencias bibliográficas

1. Alcohol-use disorders. NICE 2011 GPC 115.

2. Alcoholismo. Socidrogalcohol GPC 2007.

3. Alcohol-use disorders: diagnosis and clinical management of alcohol-related physical complications. NICE 2010 GPC 100.

4. The management of harmful drinking and alcohol dependence in primary care. SIGN 2003 GPC 74.

5. Manual de intervención en el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol. OMS 2001.

6. Guía clínica para el abordaje de trastornos relacionados con el consumo de alcohol. Consejería de Igualdad y Bienestar Social. (Guía Andaluza 2007) Junta de Andalucía 2007.

TALLER

Salud mental en la adolescencia. URM

Moreno Fontiveros MªA[1], Pérez Milena R[2]

[1] *Médico de Familia y comunitaria. CS Estepa (Sevilla)*
[2] *Orientador Escolar. IES Albayzín. Granada*

La adolescencia es un periodo de aprendizaje y autodescubrimiento, donde no sólo se producen cambios físicos sino también cambios cognitivos, emocionales y morales.

Muchos de los adultos con trastornos mentales que detectamos en nuestra consulta, ya presentaban señales de enfermedad en la adolescencia. Dada la complejidad de esta etapa, se requiere un abordaje y tratamiento diferente de estos pacientes, siendo necesario desarrollar actuaciones transversales de promoción de la salud, detección e intervención precoz de las patologías más prevalentes y graves. Es imprescindible una comunicación fluida y colaboración entre la comunidad educativa, los padres y el personal sanitario que atiende al paciente.

La depresión-ansiedad, los trastornos de la conducta alimentaria y el trastorno de déficit de atención y/o hiperactividad son patologías prevalentes en la consulta del médico de Familia. La depresión y la ansiedad en el adolescente suele tener una expresión clínica distinta que en el adulto, predominando la anhedonia, desesperanza e hipersomnia; con un índice de suicidio mayor. Frecuentemente se acompaña de alteración conductual (delitos, agresividad, consumo de tóxicos), disminución del rendimiento escolar y somatizaciones. La psicoterapia es la primera opción de tratamiento en todos los casos, reservando el uso de fármacos a los casos más graves y resistentes. En niños y adolescentes, los fármacos de elección son los ISRS.

Los trastornos de conducta alimentaria se inician frecuentemente en la adolescencia. El diagnostico y tratamiento precoz de estas enfermedades es crucial para lograr una mejor evolución y respuesta al tratamiento. Para el diagnostico tenemos que basarnos en la detección de los síntomas físicos y psicológicos durante la entrevista clínica tanto del paciente como de su familia, siendo el resto de pruebas complementarias en la mayoría de casos normales. Ante desnutrición grave (IMC<16), graves desequilibrios electrolíticos, complicaciones orgánicas importantes, vómitos repetidos o intratables, comorbilidad psiquiátrica con ideas autolíticas o síntomas psicóticos, necesidad de aislamiento familiar o fallo del tratamiento ambulatorio debemos derivar a Psiquiatría.

El Trastorno de déficit de Atención con/sin Hiperactividad (TDAH) es la patología neuropsiquiatrica más prevalente en pediatría (4-12%), de los cuales dos tercios continuaran con sintomatología en la edad adulta. La eficacia general de los tratamientos actuales y la repercusión de esta enfermedad sobre el paciente y su entorno, no ofrece duda sobre la necesidad de realizar un abordaje correcto de la enfermedad. No existe ningún marcador biológico o prueba/test patognomónico de TDAH, siendo imprescindible una completa entrevista clínica del paciente y su entorno, apoyándonos en diferentes escalas como la escala cuantitativa SNAP-IV, Adult Self-Report Scale (ASSRS),… En la última actualización del DSM (DSM V) ya se recoge la posibilidad del diagnostico de esta enfermedad en la edad adulta. Puntos clave para el diagnostico de TDAH son: Indispensable una historia clara de síntomas desde la infancia, síntomas en diferentes ámbitos, hay que descartar otros trastornos psiquiátricos o médicos que expliquen los síntomas y es imprescindible que los síntomas repercutan en su funcionamiento diario. Tenemos que tener en cuenta que la clínica de TDAH varía con la edad: la hiperactividad disminuye con la edad, predominando la inatención. En estos pacientes es frecuente encontrar trastornos comorbidos: drogodependencias, trastornos de personalidad,… que tenemos que detectar. El objetivo principal del tratamiento de este trastorno es mejorar la calidad de vida del paciente, siendo imprescindible el abordaje psicológico, y reservaremos el tratamiento farmacológico a aquellos pacientes en los que la patología repercuta negativamente en sus actividades diarias. Los fármacos psicoestimulantes son la primera opción terapéutica, siendo el metilfenidato el de elección. Desde abril del 2014, en España se comercializa la Lisdexanfetamina, única anfetamina en nuestro país. La atomoxetina es la segunda opción, seguida de otros no estimulantes.

TALLER

Abordaje farmacológico del tabaquismo. URM

Barchilón Cohen V[1], Mora Luque MªJ[2]

[1] *Especialista en MFyC. Coordinador del Grupo de Abordaje al Tabaquismo de SAMFyC. CS Rodríguez Arias-San Fernando (Cádiz)*

[2] *Farmacéutica Comunitaria especialista en Tabaquismo. Miembro del Grupo de Abordaje al Tabaquismo de SAMFyC y de la Red de Formadores del Plan Integral de Tabaquismo en Andalucía*

El tabaquismo es la principal causa evitable de enfermedad y muerte en el mundo desarrollado. Se debe considerar como una enfermedad crónica recidivante. La atención primaria por sus características es uno de los ámbitos sanitarios más adecuado para el abordaje de este importante problema de salud pública.

El médico de familia dispone de herramientas farmacológicas de probada eficacia y costo efectividad para el tratamiento para dejar de fumar.

Diferentes guías nacionales e internacionales recomiendan que los médicos deben animar a sus pacientes fumadores a realizar un intento para dejar de fumar utilizando tratamiento farmacológico, excepto en determinados grupos en que no exista suficiente evidencia.

En la actualidad disponemos como tratamiento de primera línea a la Nicotina en sus diferentes presentaciones, Bupropion y Vareniclina.

La Nicotina es el principal componente psicoactivo que buscan los consumidores de tabaco.

La Terapia Sustitutiva con Nicotina (TSN) consiste en administrar nicotina a quienes desean dejar de fumar por una vía distinta a la del consumo de cigarrillos y en cantidad suficiente para disminuir los síntomas del síndrome de abstinencia y no producir dependencia.

Su elevada velocidad de absorción es responsable de su altísima capacidad adictiva. Por ello en la TSN se emplean compuestos con una vía de absorción distinta a la inhalada y por tanto más lenta, como son: Parches transdérmicos, chicles, comprimidos y spray bucal.

La duración del tratamiento es aproximadamente 8 semanas. Está indicado en todas aquellas personas que deseen dejar de fumar.

Contraindicado en: infarto agudo de miocardio reciente (menos de 4 semanas), arritmias cardiacas severas, angor inestable, hipertensión arterial no controlada y ulcus gastroduodenal activo.

La administración combinada de dos formas de TSN como parches de absorción lenta y continuada con comprimidos, etc. de absorción más rápida y puntual nos permite picos de nicotinemia elevados en el momento del craving.

El Bupropion inhibe de forma selectiva la recaptación de dopamina y noradrenalina. Actúa sobre los sistemas de recompensa del encéfalo de forma parecida a la nicotina, actúa por tanto sobre el síndrome de abstinencia reduciendo el craving, y está asociado a una menor ganancia de peso al final del tratamiento.

El tratamiento se inicia 6 o 7 días antes de dejar de fumar a mitad de dosis y a partir del 7 día se puede dar a dosis completa (150 mg dos veces al día). También tiene eficacia si se mantiene a mitad de dosis si aparecieran efectos secundarios.

Sus efectos secundarios principales son insomnio, cefaleas y sequedad, de boca y son dosis dependientes.

Entre sus principales contraindicaciones están entre otras, antecedentes de convulsiones, deshabituación alcohólica o embarazo.

La Vareniclina es un agonista parcial del receptor nicotínico $\alpha 4\beta 2$ cerebrales. Por ser agonista estimula al receptor nicotínico y es capaz de disminuir al craving y síndrome de abstinencia. Por ser antagonista bloquea los efectos que la nicotina produce sobre el receptor, disminuyendo la sensación placentera.

El tratamiento comienza una semana antes de dejar de fumar. Los tres primeros días a una dosis de 0,5 mg/24 horas; los cuatro días restantes 0,5 mg/ 12 horas y desde el día D 1mg/12 horas durante 12 semanas.

Efectos adversos: nauseas, insomnio, cefaleas sueños anormales. La mayor parte de estos efectos se eliminan al reducir la dosis a 1 mg/24 horas.

Para decidir qué fármaco utilizar se debería tener en cuenta: contraindicaciones y efectos adversos potenciales, circunstancias del paciente, la adherencia al tratamiento que pueda tener el paciente, preferencias sugeridas por el paciente, experiencias previas y la posibilidad de apoyo y consejo apropiado.

TALLER

Actividades Preventivas y programas de screening de patologías tumorales

López Verde F[1], Fernández-Nieto Fernández P[2]

[1] Médico de Familia. CS Delicias. Málaga. Coordinador del Grupo de Trabajo SAMFyC en Atención al paciente Oncológico

[2] Médico de familia. Disp. Apoyo UGC Luis Taracido. Bollullos Par del Condado. Huelva. Grupo de Trabajo SAMFyC en Atención al paciente Oncológico

El cáncer es un problema de salud de primera magnitud. Presenta alta incidencia y mortalidad (segunda causa de muerte global y primera en varones) y una prevalencia en aumento. Una adecuada estrategia de prevención primaria puede hacer descender su incidencia. La aplicación de actividades de prevención secundaria puede contribuir al descenso de la morbimortalidad.

Sólo existen determinantes de riesgo conocidos para la mitad de los cánceres. El 35 % de las muertes por cáncer son atribuibles a nueve factores de riesgo potencialmente modificables: tabaco, obesidad, sedentarismo, dieta, exposición solar, determinados agentes infecciosos (VHB, VHC, VIH, VPH, Epstein-Barr, Helicobacter pylori), factores reproductivos, factores hormonales y exposición a tóxicos laborales y ambientales. Entre las medidas de prevención primaria, además de cambios en estilos de vida, hay que considerar la administración de vacunas (VHB y VPH). No existe por ahora indicación para ninguna medida de quirnioprofilaxis.

La realización de actividades de prevención secundaria (cribados) a personas sanas implica trabajar con poblaciones con bajo riesgo de enfermedad. Por tanto, el test ha de tener sensibilidad muy alta (evitar falsos negativos), y alta especificidad para reducir los falsos positivos. Un test de cribado positivo exige siempre una confirmación del diagnóstico.

La mayoría de personas a las que se les realiza no recibirán ningún beneficio y por el contrario pueden estar expuestas a riesgos para su salud: efectos adversos de la prueba en sí, pruebas de confirmación innecesarias, falsa seguridad, efectos psicológicos y sobrediagnóstico (cánceres con pronóstico bueno en los que su detección no beneficia al paciente).

Al valorar la utilidad de las pruebas de cribado también hay que tener en cuenta aspectos corno los sesgos de adelanto diagnóstico y el de duración de la enfermedad.

En el momento actual se admite, no sin discusión, la eficacia en la prevención secundaria del cáncer mediante cribados en mama, cérvix y colorrectal. En relación al uso del PSA en el cribado de cáncer de próstata, dado el riesgo de sobrediagnóstico y la falta de impacto significativo en mortalidad global y específica, no se recomienda su uso en población de riesgo medio (varón mayor de 50 años, raza caucásica y sin antecedentes familiares). De realizarse debe ser tras una información exhaustiva de riesgos y beneficios.

Existen menos dudas en la eficacia de estrategias de prevención en poblaciones de alto riesgo, pero sin embargo su implementación está mucho menos desarrollada.

Sería deseable que en las consultas de Atención Primaria se facilitase la difusión y aplicación del *Código Europeo contra el cáncer (2003)*:

• No fume; si fuma, déjelo lo antes posible. Si no puede dejar de fumar, nunca fume en presencia de no fumadores.

• Evite la obesidad.

• Realice alguna actividad física de intensidad moderada todos los días.

• Aumente el consumo de frutas, verduras y hortalizas variadas. Limite el consumo de alimentos que contienen grasas de origen animal.

• Si bebe alcohol modere el consumo a un máximo de dos unidades diarias si es varón, o una si es mujer.

• Evite la exposición excesiva al sol.

• Aplique estrictamente la legislación destinada a prevenir cualquier exposición a sustancias que pueden producir cáncer.

• Las mujeres a partir de 25 años deberían someterse a pruebas de detección precoz del cáncer de cuello uterino.

• Las mujeres a partir de 50 años deberían someterse a una mamografía para la detección precoz del cáncer de mama.

• Tanto varones como mujeres a partir de 50 años deberían someterse a pruebas de detección precoz del cáncer de colon.

• Participe en programas de vacunación contra el virus de la hepatitis B.

Resultados de investigación orales
Resultados de investigación tipo póster

RESULTADO DE INVESTIGACIÓN ORAL

¿Es la situación basal deteriorada un condicionante para el uso de la Ventilación Mecánica no invasiva?

Fernández Romero E, Guerrero Carmona AMª, Recio Ramírez JM, Galán Doval CJ, Romero de Castilla Gil R, Aguilera Peña M

Médico de urgencias. Hospital de Montilla (Córdoba)

Objetivos: nos planteamos conocer la supervivencia de pacientes con deterioro físico avanzado tratados con ventilación mecánica no invasiva (VMNI) en situación de fallo respiratorio agudo.

Diseño: estudio observacional, descriptivo.

Emplazamiento: servicio de urgencias y observación de un hospital comarcal.

Material y Método:

Sujetos: 48

Variables independientes: demográficas, establecimiento de Limitación de esfuerzo terapéutico (LET), grado de dependencia (escala de Barthel).

Variables dependientes: mortalidad, supervivencia a 6 meses.

Comparación de proporciones y medias.

Resultados:

Dependencia moderada/grave: 58%. Alguna LET: 37,5%.

Mortalidad en ingresados: 12,5%. No existen diferencias significativas: edad media (fallecidos: 78,4+/-2,93; no fallecidos: 77+/-8,45), género, Barthel. Existe significación estadística: "mejoría gasométrica en 2 horas" (0% de mortalidad frente al 21,43%; p: 0,02) y "establecimiento de LET" (LET: 27,78%, No LET: 3,33%; p: 0,04).

70,83% sobreviven a los 6 meses. Sin diferencias significativas: género, Barthel. Variables con diferencias significativas: edad (77+/-8,36 años en los que sobreviven frente a 80,28+/-6 en los que no; p: 0,03), "mejoría gasométrica en 2h" (80% frente al 50%; p: 0,034), "establecimiento de LET" (LET: 44,44%, No LET: 86,67%; p: 0,005).

Conclusiones: la situación basal deteriorada (LET al ingreso) se asocia a mayor mortalidad y menor supervivencia. La edad no se relaciona con la muerte durante el ingreso, sí con la supervivencia posterior. No se ha encontrado asociación con respecto al Barthel. La VMNI podría utilizarse en pacientes con patología crónica evolucionada o deterioro físico que sufran un fallo respiratorio agudo como patología intercurrente. Una mala respuesta inicial podría determinar la supresión del a VMNI.

Palabras clave: Ventilación mecánica no invasiva, Índice de Barthel, Cuidados paliativos.

RESULTADO DE INVESTIGACIÓN ORAL

Tromboembolismo pulmonar en urgencias de un hospital comarcal

Moreno Osuna F, Díaz Aguilar CMª, Guerrero Carmona AMª, Vega Romero MªM, Molina Martos Á

Médico adjunto de urgencias. Hospital Alto Guadalquivir. Montilla (Córdoba)

Objetivos: analizar hallazgos analíticos, clínicos, electrocardiográficos, radiológicos de pacientes diagnosticados de tromboembolismo pulmonar (TEP) en urgencias para compararlos con estudios previos.

Diseño: estudio observacional retrospectivo.

Emplazamiento: Urgencias de un Hospital Comarcal.

Material y Método: se realizó una revisión con carácter retrospectivo de informes de alta hospitalaria que ingresaron con sospecha de TEP desde el 1 de enero 2012 hasta 1 de enero del 2014 en urgencias de un hospital comarcal.

Resultados:

Se confirmó el diagnóstico en 42 pacientes. La edad promedio fue de 73,4 ± 15 años. Un 78.5% tenían más de 65 años. Un 66.6% mujeres.

Historia previa de TEP o (TVP) 16,6%, de neoplasia activa el 4,7%, de inmovilización el 21,4%, de dolor torácico 26,19%, de disnea súbita el 38,09%, de sincope 38,09%, hemoptisis 4,76%.

ECG : S1 Qt T3 en el 19,04%, bloqueo de rama derecha en el 14,28%, fibrilación auricular 7,14%.

Radiografía de tórax derrame pleural 30,9%, atelectasias basales 2,38%.

Gasometría existía PaO2 ≤ 60 en el 28,5%, PaCO2 ≤ 35 en el 61,9%.

Angiotomografía afectación de vasos pulmonares centrales un 47,6%, y en un 57,1% la localización fue bilateral y múltiple.

Conclusiones: nuestros pacientes presentan características diferentes con respecto a series previas. Destacando, su mayor edad, la alta tasa de disnea súbita y cuadros sincopales, así como escaso número de hemoptisis y la baja tasa de TEP masivos, no requiriendo en ninguno de ellos tratamiento fibrinolítico.

Palabras clave: Tromboembolismo pulmonar, Urgencias.

RESULTADO DE INVESTIGACIÓN ORAL

Curva de aprendizaje para el diagnóstico de la trombosis venosa profunda de DE MMII en el servicio de urgencias

Recio Ramírez JM[1], Sánchez Sánchez MªP[2], Fernández Romero E[1], Aguilera Peña M[1], Romero de Castilla y Gil RJ[1], Vega Romero MªM[1]

[1] *Médico de Familia. Hospital de Montilla (Córdoba)*

[2] *Enfermera. Hospital de Montilla (Córdoba)*

Objetivos: evaluar la curva de aprendizaje para el diagnóstico de trombosis venosa profunda en miembros inferiores (MMII) de los médicos de urgencias hospitalarias durante un periodo de formación electivo.

Diseño: estudio prospectivo de los médicos de urgencias hospitalarias que participan en un programa de formación electivo, para el diagnóstico mediante ecografía compresiva de la trombosis venosa profunda (MMII).

Emplazamiento. Urgencias Hospitalarias. Hospital Comarcal.

Material y Método:

•Sujetos de estudio: 6 médicos de urgencias voluntarios.

•Población del estudio: mayores de 18 años que se les realiza Ecografía de MMII en el Servicio de Radiología durante el periodo de formación para el despistaje de trombosis venosa profunda de MMII.

•Programa de formación:

1. Curso "Manejo experto de ecografía abdominal" por IAVANTE. Curso "Ecografía práctica en Urgencias" por el Servicio de Radiodiagnóstico del Hospital.

2. Rotación por el Servicio de Radiología (10 días) para la realización de ecografías supervisadas por especialistas de Radiología.

•Variables: lecturas de las exploraciones ecográficas de forma estandarizada.

•Análisis estadístico: análisis de concordancia de las lecturas de las exploraciones ecográficas realizadas por los médicos de urgencias vs radiólogos.

Resultados: el grado de concordancia de las exploraciones realizadas (n = 25) obtuvo un índice Kappa de 0.81 (muy buena).

Conclusiones: el entrenamiento de los médicos de urgencias hospitalarios es capaz de evaluar con precisión la trombosis venosa profunda después de 25 exámenes.

Palabras clave: Ecografía, Urgencias, Trombosis venosa profunda.

RESULTADO DE INVESTIGACIÓN ORAL

Bioinformática en el diagnóstico de esclerosis múltiple

Luna Calcaño IMª1, Gomariz García JJ2, García Estañ López J3, Cadeliere Merlico A4, Fernández Carbajal C[2], Peña Peña JF[5]

[1] *Médico Residente de 4º año de MFyC. Hospital Rafael Méndez. Murcia*

[2] *Médico de Familia. CS Lorca Sur. Murcia*

[3] *Catedrático Fisiología Universidad de Murcia*

[4] *FEA Neurología. Hospital Rafael Méndez. Murcia*

[5] *Médico de Familia. Lorca (Murcia)*

Objetivos: determinar la utilidad de un software para orientar el diagnostico de Esclerosis Múltiple mediante la información de las proteínas del líquido cefalorraquídeo (LCR).

Diseño: se ha realizado un estudio retrospectivo, descriptivo, epidemiológico y de corte transversal con las muestras de LCR de 128 pacientes con sospecha de esclerosis múltiple.

Emplazamiento: se ha utilizado el software Protein Statistic in CSF Analysis with Reibergrams, Version 4.17 para determinar síntesis intratecal de IgG en los pacientes de la serie.

Material y Método: serie de 128 pacientes a los que se les realizó punción lumbar bajo la sospecha de esclerosis múltiple. Se utiliza el software antes mencionado para determinar o descartar síntesis intratecal de IgG.

Resultados: el Software Protein Statistic in CSF Analysis permite corroborar el diagnostico clínico en la mayoría de los pacientes con esclerosis múltiple (EM), así como descartar la misma en los pacientes no afectados. La sensibilidad del software para diagnosticar EM en esta serie fue de 95% y la especificidad de 96%, con un valor predictivo positivo de 96% con un IC al 95% (0,9256-1,0000), p= <0,0001.

Conclusiones: el Software Protein Statistic in CSF Analysis with Reibergrams, como prueba basada en bioinformática permite al médico tratante (neurólogo) dirigir su curso de acción teniendo una orientación diagnóstica objetiva y al médico de familia le permite monitorizar en el tiempo la enfermedad de su paciente.

Palabras clave: Esclerosis Múltiple, Reibergrama, síntesis intratecal de IgG, Líquido cefalorraquídeo (LCR).

RESULTADO DE INVESTIGACIÓN ORAL

Relación asma y obesidad en la población adolescente

Moreno Fontiveros MªÁ[1], García Martín MªP[2], Vázquez Cruz I[1], Abdulkadir Salisu M[1], Rodríguez Acosta MªV[3]

[1] *Médico de familia. CS Estepa. Málaga*

[2] *Enfermera. CS Estepa. Málaga*

[3] *Bióloga. Hospital Regional Universitario Málaga*

Objetivos: relación obesidad/sobrepeso y asma en la población adolescente de 11-12 años.

Diseño: descriptivo.

Emplazamiento: Centro de Salud.

Material y Método: toma de medidas antropométricas (talla, peso) a los alumnos de 6º Educación Primaria de nuestro municipio (128). Se detectan 32 con sobrepeso/obesidad (O/SP). Seleccionamos aleatoriamente una muestra de igual tamaño con normopeso. Revisamos historia clínica de ambas muestras recogiendo patologías asociadas, consultas realizadas en el último año a Servicios Sanitarios y motivos de éstas.

Resultados: la prevalencia de asma entre las dos muestras estudiadas es igual (28). No hay relación significativa entre obesidad/sobrepeso y la demanda de atención médica (p >0.05). En cambio, si se observa de forma significativa (p 0.012) un aumento de la demanda sanitaria entre los pacientes asmáticos obesos con respecto a los no obesos.

Conclusiones: el asma es una de las complicaciones descritas de la O/SP, sin embargo nosotros no detectamos diferencias significativas, probablemente por un insuficiente tamaño muestral. Si podemos afirmar que los pacientes asmáticos con O/SP demandan asistencia sanitaria con más frecuencia, seguramente debido a la peor respuesta al tratamiento ya observada en textos previos. Tenemos previsto repetir este estudio en una población mayor para confirmar los resultados obtenidos. La O/SP en el paciente asmático disminuye su calidad de vida y aumenta los costes socioeconómico, directos e indirectos (medicación, frecuentación en la consulta, absentismo escolar, absentismo laboral...). Por ello sería especialmente eficiente dirigir sobre estos pacientes programas para promocionar la alimentación saludable y la actividad física.

Palabras clave: asma, obesidad, asthma, obesity.

RESULTADO DE INVESTIGACIÓN ORAL

Calidad y Seguridad del Paciente en Cirugía Menor e Infiltraciones

López Ríos CM[a1], Ubiña Carbonero A[2], Vílchez Jaime M[a1], Narbona Carrión G[3], Aycart Valdés G[3], Domínguez Santaella M[3]

[1] Médico Residente de 4º año de MFyC. CS Victoria. Distrito Sanitario Málaga-Guadalhorce

[2] Médico Residente de 3er año de MFyC. CS Victoria. Distrito Sanitario Málaga-Guadalhorce

[3] Médico de Familia. CS Victoria. Distrito Sanitario Málaga-Guadalhorce

Objetivos: valorar el uso del Consentimiento Informado en Cirugía Menor (CM) e Infiltraciones (IF) y evaluar la seguridad del paciente siguiendo el check-list de CM recomendado por el Observatorio de Seguridad del Paciente.

Diseño: descriptivo transversal, auditoría interna.

Emplazamiento: Atención Primaria.

Material y Método:

Criterios de selección: Pacientes que se han realizado cirugía menor o infiltraciones en 2013 en nuestro Centro de Salud. Se escogieron 40 pacientes de IF y 42 de CM, eligiendo de cada día del programa, al primer paciente con cita pasada.

Variables: registro en historia de salud de: localización de la lesión, diagnóstico de la patología a intervenir o infiltrar, procedimiento de intervención, alergias del paciente y firma de CI en historia de salud y papel e identificación y firma del profesional.

Resultados:

IF: registro de CI en historia 100% (89,6%-101,7%) firma de CI en papel 92,5% (79,4%-98,1%), identificación y firma del profesional 92,5% (79,4%-98,1%), localización de la lesión 100% (89,6%-101,7%), del diagnóstico 100% (89,6%-101,7%), procedimiento 95% (82,6%-99,5%), alergias 82,5% (67,7%-91,6%).

CM: registro de CI en historia 92,9% (80,3%-98,2%), firma de CI en papel 88,1% (74,5-95,3%), identificación y firma del profesional 88,1%(74,5-95,3%), localización de zona de intervención 95,2% (83,4%-99,5%), diagnóstico 50% (35,5%-64,5%), procedimiento 71,4% (56,3%-81.9%) y alergias 64,3% (49,1%-77,1%).

Conclusiones:

• El check-list de CM puede ser una herramienta útil para garantizar la seguridad del paciente en el programa de CM e IF al sistematizar la actuación.

• Existe margen de mejora en el registro del diagnóstico en CM y en las alergias.

• La utilización del CI en ambos programas es una práctica habitual.

Palabras clave: seguridad del paciente, infiltraciones, cirugía menor.

RESULTADO DE INVESTIGACIÓN ORAL

¿Tenemos bien anticoagulados a nuestros pacientes? Pilotaje de un proyecto multicéntrico

Carrera Robles J[1], Fuentes García V[1], Ruiz del Álamo I[2], Ramón Soria JA[2], Tomás Muñoz JJ[1], Concha López MªP[3]

[1] Médico Residente de 4º año de MFyC. CS Salvador Caballero. Granada

[2] Médico Residente de 1er año de MFyC. CS Salvador Caballero. Granada

[3] Médico de Familia. CS Salvador Caballero. Granada

Objetivos: conocer la adecuación de la prescripción de anticoagulantes orales (ACO) mediante escalas de riesgo embolígeno y hemorrágico.

Diseño: estudio observacional descriptivo transversal.

Emplazamiento: Centro de Salud Urbano (CSU).

Material y Método:

Población: Pacientes registrados en BDU del Centro de Salud Urbano (13.109).

Criterios de inclusión: Mayores de 18 años con fibrilación auricular (FA) con prescripción de ACO (N= 249, 1.89%).

Tamaño muestral: Para intervalo de confianza del 95% y precisión del 3%, obtenemos una muestra de 77 pacientes (n).

Variables y métodos de medición: Calculamos riesgo embolígeno (CHA2DS2-VASC) (Insuficiencia cardíaca, disfunción ventricular izquierda, hipertensión arterial, edad, Diabetes, embolias previas, vasculopatía y sexo) y hemorrágico (HasBled) (edad, alcohol, ictus, sangrado, hipertensión arterial, insuficiencia renal, INR lábil, fármacos, hepatopatía).

Análisis estadístico: descriptivo mediante SPSS 15.1.

Resultados:

El 64.9% son mayores de 75 años, 29.9% entre 75 y 65 y 5.2% menores de 65. El 46.8% son mujeres. El 89.6% utilizan acenocumarol, 5.2% dabigatrán, 3.9% warfarina y 1.3% apixabán. El 44.2% presentan insuficiencia cardíaca, 80.5% hipertensos, 31.2% diabéticos, 26% ictus previos, 14.3% sangrados previos. El 89.6% presentó INR estable. El 96.1% no utiliza fármacos que aumenten el riesgo hemorrágico. El 6.5% no tienen indicación clara de anticoagulación (CHA2DS2-VASC menor de 2). El 28.6% presentan riesgo hemorrágico elevado y el 66.2% riesgo intermedio.

Conclusiones:

El 6.5% no tienen indicación clara de anticoagulación y un 28.6% deberían estar monitorizados por riesgo elevado de sangrado.

Ante un paciente con FA evaluaremos de forma individualizada la indicación de anticoagular (riesgo embolígeno) y estratificaremos el riesgo hemorrágico al inicio y con reevaluaciones periódicas.

Palabras clave: anticoagulants, embolism, hemorrhage.

RESULTADO DE INVESTIGACIÓN ORAL

Feedback en resultados. ¿Mejoramos nuestras historias?

Fuentes García V[1], Carrera Robles J[1], López Ruiz-Chena J[2], Arenas Puga MªJ[3], Valenzuela López MªI[4], Concha López MªP[4]

[1] *Médico Residente de 4º año de MFyC. CS Salvador Caballero. Granada*

[2] *Médico de Familia. CS Albuñol. Granada*

[3] *Médico de Familia. CS Fortuny Velluti. Granada*

[4] *Médico de Familia. CS Salvador Caballero. Granada*

Objetivos: potenciar la calidad de las historias clínicas mediante el feedback en resultados a profesionales de un Centro de Salud.

Diseño: estudio descriptivo.

Emplazamiento: Centro de Salud Urbano.

Material y Método:

Muestreo sistemático estratificado en consultas de médicos de familia y pediatría durante 2011-2013 con dos puntos de corte en cada año. Se utiliza la agenda a demanda. Se excluyen las visitas administrativas. Se analizan 220 historias. Los resultados de cada semestre son expuestos en sesión clínica.

Variables: administrativa, anamnesis, exploración, codificación diagnóstica, problemas activos, alergias, hábitos tóxicos, plan de actuación.

Se utiliza SPSS 15.0.

Resultados: se realiza un mínimo de 2 sesiones-año para conocer resultados y consensuar las variables de mejora por periodo. En más del 85% de las historias analizadas en 2011 y 2013 estaban registrados los datos administrativos, los problemas activos y la codificación diagnóstica. El registro de las alergias supera el 90% de las historias en todos los semestres. Empeora el registro en 2013 de la anamnesis (del 92% en 2011 al 76% en 2013, siendo la diferencia estadísticamente significativa p=0.002) y los hábitos tóxicos, del 72% al 47%, p=0.038. Sin embargo, mejora la calidad de las historias clínicas en cuanto al registro de la exploración (del 51% en 2011 al 72% en 2013) y en el plan de actuación, del 29% al 46%.

Conclusiones: dar a conocer de forma regular y periódica los resultados de los registros de las historias clínicas permite potenciar la calidad de las mismas y consensuar las variables de mejora.

Palabras clave: medical record, data quality, feedback.

RESULTADO DE INVESTIGACIÓN ORAL

Uso de hipolipemiantes como prevención primaria de mayores de 75 años en atención primaria

Sánchez Parody AE[1], Casas Reyes P[2], Rubio Belmonte S[3], Guerrero Vargas I[1], Aguilar García A[3], Ortega Bueno I[3]

[1] Médico Residente de 2º año de MFyC. CS Zaidín Sur. Granada

[2] Médico Residente de 4º año de MFyC. CS Zaidín Sur. Granada

[3] Médico Residente de 1er año de MFyC. CS Zaidín Sur. Granada

Objetivos: analizar el perfil de pacientes mayores de 75 años en tratamiento con hipolipemiantes en el último año, objetivando su uso como prevención primaria o secundaria.

Diseño: estudio transversal y descriptivo.

Emplazamiento: UGC de Atención Primaria.

Material y Método: la población consta de 1923 pacientes, mayores de 75 años que realizan tratamiento con algún hipolipemiante en el último año. Se realiza un muestreo aleatorio estratificado, obteniéndose un tamaño de muestra de 223 pacientes (n=223). Se realiza análisis descriptivo y univariante en base de datos SPSS 13.0 mediante tablas de frecuencias, media, mediana y desviación típica.

Resultados: el 55.6% de los pacientes son mujeres con una media de 80 años de edad (mínimo de 75 y máximo de 96 años). El 60.5% están con simvastatina como fármaco de elección, frente a un 30.5% que toma atorvastatina y un 5.4% pravastatina sódica. En un 86.5% de los casos el médico prescriptor es el médico de familia, en un 9.9% el cardiólogo y en un 1.3% neurólogo e internista. El 40.8% de los pacientes realizan el tratamiento como prevención secundaria, frente al 59.2% restante que lo realiza como prevención primaria.

Conclusiones: en base a una de las Recomendaciones NO HACER de semFYC, en casi un 60% de nuestros pacientes mayores de 75 años, sería recomendable valorar la conveniencia de interrumpir el tratamiento hipolipemiante en función de la esperanza y calidad de vida del paciente, dada la evidencia muy limitada de esta terapéutica en prevención primaria en pacientes ancianos.

Palabras clave: hipolipemiantes, hipercolesterolemia.

RESULTADO DE INVESTIGACIÓN ORAL

Determinar factores que influencian la prescripción antibiótica en pacientes y profesionales sanitarios, y utilidad de guías terapéuticas en una Zona Básica de Salud (ZBS) Urbana

Ventura Ventura MªM[1], de la Torre Marín AJ[2], Jiménez Lorente CP[2], Contreras Ruiz I[2], Sánchez Parody AE[3], Rosales Rodríguez M[4]

[1] *Médico Residente de 4º año de MFyC. CS Zaidín Sur. Granada*

[2] *Médico de Familia. CS Zaidín Sur. Granada*

[3] *Médico Residente de 2º año de MFyC. CS Zaidín Sur. Granada*

[4] *Médico Adjunto del Servicio de Medicina Preventiva. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada*

Objetivos:

- Conocer variables que influyen en la prescripción antibiótica en pacientes y en médicos prescriptores.

- Identificar tipo de guía conocida y utilización en patología infecciosa.

Diseño: descriptivo y transversal.

Emplazamiento: ZBS urbana.

Material y Método:

- Muestreo aleatorio simple (confianza 95%, precisión 5%), a pacientes y totalidad de profesionales médicos de la ZBS.

- Datos mediante el sistema de facturación de recetas del servicio Andaluz de Salud y mediante encuesta ad hoc para conocer el uso de guías.

- Análisis: Univariante y bivariante en SPSS 21,0. Las variables asociadas a la prescripción mediante la estimación de la odds ratio (OR) a partir del ajuste de modelos de regresión logística multinivel.

Resultados:

De enero-marzo de 2014, se estudian 789 pacientes y encuestados 34 médicos (50% formación MIR).

Mayor prescripción en menores de 44 años y mayores de 81, mujeres (OR=1,5) y en mayor frecuentación (usuarios con más de 5 visitas-año) con OR=10,8.

La guía más conocida es semFYC (88,2%), consultada un 52,9%. Usada en patología menos habitual 29,4%. La más consultada fue la neumonía 55,9%.

Solicitan antibiograma en infecciones genitales (82.4%) y urinarias (91,2%); en un 70.6% por médicos con formación MIR.

La adecuación no coincide con el uso de guías, con sólo un 17,5% de 789 pacientes y, un 22,8% no tienen registro de prescripción en historia.

Conclusiones:

- Reciben más antibióticos las mujeres, jóvenes, mayores e hiperfrecuentadores.

- Influye la formación para pedir antibiogramas.

- Conocen y utilizan las guías, aunque con escasa adecuación según registro en historia.

Palabras clave: antibióticos, determinantes de prescripción, uso guías.

RESULTADO DE INVESTIGACIÓN ORAL

Calidad de indicadores de proceso en pacientes de riesgo vascular en prevención secundaria

Sánchez Sánchez C[1], Castillo Jimena M[1], Fernández Vargas FJ[2], Ubiña Carbonero A[3], Ramos Díaz de la Rocha M[1], Bujalance Zafra M[a]J[4]

[1] *Médica Residente de 1er año de MFyC. CS Victoria. Málaga*

[2] *Enfermera Comunitaria. CS Victoria. Málaga*

[3] *Médico Residente de 3er año de MFyC. CS Victoria. Málaga*

[4] *Médica de Familia. CS Victoria. Málaga*

Objetivos: valorar la calidad de la asistencia prestada a los pacientes de riesgo vascular en prevención secundaria. Identificar áreas de mejora.

Diseño: descriptivo transversal.

Emplazamiento: atención primaria. Centro de Salud Urbano.

Material y Método:

Población de estudio: usuarios que se les ha recogido en su Historia de Salud el diagnóstico Cardiopatía Isquémica según códigos CIE9 410-414 e ICTUS CIE9 433-437 durante el periodo de tiempo analizado enero-abril 2014. N1=81 N2=31.

Variables: edad, sexo, registro de hábito tabáquico, registro de tensión arterial (TA), registro de índice de masa corporal (IMC), tratamiento antitrombótico, prevención secundaria con estatinas. Análisis estadístico descriptivo.

Resultados:

- Cardiopatía Isquémica: Edad media 68±13, varones 58%, mujeres 42%, 4 exitus; registro de hábito tabáquico 74% (63,2%-82,6%); registro de TA en el último año 66,2% (55,1%-75,8%); registro de IMC 24,6% (16,3%-35,4%); tratamiento antitrombótico 90,9% (82,1%-95,8%); estatinas 72,8% (62,2%-81,4%).

- Ictus: Edad media 68±15, varones 58%, mujeres 42%, 2 exitus; registro de hábito tabáquico 63% (44,2%-78,5%); registro de TA en el último año 70% (51,3%-84,3%); registro de IMC 14,8% (5,3-33,1%); tratamiento antitrombótico 92,5% (75,5%-99%); estatinas 41,9% (26,4%-59,3%).

Conclusiones: la distribución por edad y sexo es similar en ambas patologías. Los resultados sugieren una mayor tendencia a registrar el hábito tabáquico en cardiopatía isquémica y la TA en ictus; deficiente registro de IMC en ambas patologías. Se realiza tratamiento antitrombótico de forma similar en ambas patologías, sin embargo, hay diferencias en el empleo de estatinas. Sería necesario profundizar en otras variables para explicar las diferencias halladas.

Palabras clave: evaluación de la calidad asistencial (Healthcare Quality Assessment), prevención secundaria (Secondary Prevention), enfermedad vascular (Vascular Disease).

RESULTADO DE INVESTIGACIÓN ORAL

Continuamos mejorando la atención a los pacientes con EPOC

Ubiña Carbonero A[1], Sánchez Sánchez C[2], Domínguez Santaella M[3], Vílchez Jaime M[a4], Sánchez Gaudéns P[5], Bujalance Zafra M[a]J[3]

[1] *Médico Residente de 3er año de MFyC. CS Victoria. Málaga*

[2] *Médica Residente de 1er año de MFyC. CS Victoria. Málaga*

[3] *Médico de Familia. CS Victoria. Málaga*

[4] *Médica Residente de 4º año de MFyC. CS Victoria. Málaga*

[5] *Enfermera Comunitaria. CS Victoria. Málaga*

Objetivos: describir la evolución de la calidad del Proceso Asistencial EPOC (PAI-EPOC) en nuestro Centro de Salud. Identificar áreas de mejora.

Diseño: estudio descriptivo longitudinal. Auditoría interna, 6 evaluaciones.

Emplazamiento: Centro de Salud urbano. Periodo estudiado: 2007-2013. Población atendida 23000 habitantes. Población estimada EPOC 1084 pacientes.

Material y Método: pacientes incluidos en PAI-EPOC. Criterios de selección: muestreo aleatorio sistemático. Tamaño muestral: 10% pacientes incluidos. Variables: 8 de los 28 indicadores del proceso: 6 de proceso y 2 de resultados. Métodos de evaluación: cumplimiento registrado del criterio en historia clínica digital. Análisis estadístico descriptivo. Se realizaron intervenciones de mejora entre las evaluaciones.

Resultados: presentamos datos de seis evaluaciones (septiembre-2007 a diciembre-2013). Pacientes incluidos desde 345 a 430. Tamaño muestral de 34, 47, 54, 46, 144 y 43. Captación: pacientes incluidos aumentó de 345 a 463. Cumplimiento de indicadores: Aumento de los indicadores de proceso: Diagnóstico correcto: 6.1% al 60.4%, registro hábito tabáquico: 12.1% al 88.4%; espirometría anual de 36.4% a 27.9%, grado EPOC: 15.2% al 60.4% y vacunación antigripal anual: 36.4% al 41.8%. El registro de reagudizaciones se mantiene (30.3%-27.9%) y los Ingresos hospitalarios varían (6.1%,27.6%,3.7%,4.3%,8.1 y 2.79).

Conclusiones: el aumento de los pacientes captados y el nivel de cumplimiento de indicadores como "Diagnóstico correcto" y "Grado de EPOC" suponen notables mejoras en la implantación del proceso. Indicadores a mejorar: "Vacunación Antigripal Anual", registro de "Reagudizaciones" e "ingresos hospitalarios". La calidad global del Proceso EPOC ha aumentado durante el periodo estudiado.

Palabras clave: enfermedad pulmonar obstructiva crónica (Chronic Obstructive Pulmonary Disease), Calidad asistencial (Health Care Quality), Mejora de Calidad (Quality Improvement).

RESULTADO DE INVESTIGACIÓN ORAL

Evaluación de pacientes a los que se les pautó tratamiento con inhibidores de DPP4

Manzanares Rodríguez LM[1], Calderón Nieto R[1], De Juan Roldán JI[2], Matas López A[3], Moral Moya MªT[1], Cheng Lee NC[4]

[1] Médico Residente de 4º año de MFyC. CS Palma-Palmilla. Málaga

[2] Médico Residente de 1er año de MFyC. CS Palma-Palmilla. Málaga

[3] Médico Residente de 3er año de MFyC. CS Palma-Palmilla. Málaga

[4] Médico de Familia. Hospital Carlos Haya. Málaga

Objetivos: analizar el perfil de pacientes en tratamiento con inhibidores-DPP4 (I-DPP4).

Diseño: estudio observacional. Descriptivo transversal.

Emplazamiento: atención primaria. Centro de Salud Urbano en ZNTS.

Material y Método: se estudió el total de pacientes en tratamiento con I-DPP4 en abril de 2014. Los datos se obtuvieron de las historias de diraya. Variables estudiadas: sexo, tipo diabetes, edad, año de diagnóstico, fecha de inicio del tratamiento, HBA1C previa, HBA1C posterior, causa de indicación, médico prescriptor al inicio, efectos secundarios registrados, cifras de creatinina, filtrado glomerular, transaminasas, triglicéridos y riesgo de pancreatitis.

Resultados:

Total de pacientes estudiados 118, 58,5% mujeres, edad media 66,51 años.

El 71,5% llevaba más de 5 años de evolución de diabetes.

En un 77'1% de los casos fue indicada por mal control, y no había registros en un 15'3%.

La prescripción inicial fue realizada por el médico de familia en un 91'5% de los casos.

9,3% de los pacientes no tenían registrada la HBA1C previa al inicio del tratamiento.

El 50'8% de los pacientes bajaron la HBA1C, con una media de 1'5%. Un 23% subió y un 6% se mantuvo. La máxima bajada de HAb1C registrada fue de 5'7%.

El 6% de los casos riesgo de pancreatitis y 27% presentaban Insuficiencia renal.

Conclusiones:

En la mayoría de los casos la indicación fue por parte de atención primaria.

Más de la mitad de los pacientes mejoraron su control metabólico aunque destaca que una cuarta parte empeoraron.

Es importante tener en cuenta los riesgos asociados antes de iniciar tratamiento con I-DPP4 como son insuficiencia renal y pancreatitis.

Palabras clave: Diabetes, Tratamiento, Control.

RESULTADO DE INVESTIGACIÓN ORAL

¿Cómo podemos mejorar nuestra atención a los pacientes con riesgo vascular?

Sánchez Linares LMª[1], Quesada Fernández T[1], López Ríos CMª[2], Serrano Guerra FJ[1], Bujalance Zafra MªJ[1], Domínguez Santaella M[1]

[1] *Médico de Familia, CS Victoria. Distrito Sanitario Málaga-Guadalhorce. Málaga*

[2] *Residente de 4º año de MFyC, CS Victoria, Distrito Sanitario Málaga-Guadalhorce. Málaga*

Objetivos: describir la calidad del Proceso Asistencial "Riesgo vascular" (PAI-RV) en nuestro Centro de Salud (CS) e identificar áreas de mejora.

Diseño: estudio de calidad: descriptivo transversal, auditoria interna.

Emplazamiento: Centro de Salud Urbano.

Material y Método:

Población: pacientes incluidos en PAI-RV hasta diciembre 2013. Criterios de selección: muestreo aleatorio sistemático. Tamaño muestral: Estimación de una proporción esperada de

0.5 (nivel de confianza 95%, precisión 10%). Variables: Demográficas (sexo y edad). 5 indicadores cualitativos de proceso ("Registro bienal de IMC", "registro anual de TA",

"estratificación de RCV"; "registro hábitos tóxicos" y "registro anual de HbA1c en pacientes con DM". Métodos de evaluación: Incumplimiento del criterio en historia clínica digital.

Análisis estadístico. Estadística descriptiva. Priorización de áreas de mejora mediante método de Pareto y propuesta de plan de mejora y seguimiento

Resultados:

Pacientes en PAI RV: 4433. Muestra: 94. Edad media 66,07, Mujeres 68,1%.

Método de Pareto (% de incumplimiento y % acumulado): "Registro bienal de IMC" 44,3%.

44,3%; "registro anual de TA" 28,7%, 73%; "estratificación RCV" 13,7% 86,8%; "registro hábitos tóxicos" 11,2% 98,1% y "registro anual de HbA1c en pacientes con DM" 1,8% 100%.

Conclusiones:

Los indicadores "registro bienal de IMC" y "registro anual de TA" acumulan el mayor porcentaje de incumplimientos.

Es adecuado diseñar e implementar medidas correctoras para mejorar estos indicadores interviniendo sobre la organización, los profesionales y los pacientes.

Se propone realizar un seguimiento anual del proceso tras implementar estas medidas correctoras.

Palabras clave: calidad, riesgo vascular, áreas de mejora.

RESULTADO DE INVESTIGACIÓN ORAL

¿Cómo podemos mejorar la atención a nuestros pacientes con asma?

Castillo Jimena M[1], López Ríos CM[a2], Bujalance Zafra M[a]J[3], Ubiña Carbonero A[4], Vílchez Jaime M[a5], Domínguez Santaella M[3]

[1] Médico Residente de 1er año de MFyC. CS Victoria. Málaga

[2] Médico Residente de 4º año de MFyC. CS Victoria. Málaga

[3] Médico de Familia. CS Victoria. Málaga

[4] Médico Residente de 3er año de MFyC. CS Victoria. Málaga

[5] Médico Residente de 2º año de MFyC. CS Victoria. Málaga

Objetivos: describir la calidad del Proceso Asistencial asma (PAI-asma) e Identificar áreas de mejora.

Diseño: estudio descriptivo transversal, auditoría interna.

Emplazamiento: Centro de Salud Urbano.

Material y Método:

Población: pacientes incluidos en PAI-asma (abril de 2014). Criterios de selección: muestreo aleatorio sistemático. Tamaño muestral: 10% de pacientes incluidos. Variables: Variables demográficas: sexo, edad. Indicadores: 15 Criterios de calidad extraídos de PAI asma. Métodos de evaluación: Cumplimiento del criterio en historia clínica digital. Análisis estadístico. Estadística descriptiva.

Resultados:

Pacientes incluidos en PAI asma: 585. N: 58.

Edad media 46.52 (DS 19.98), Mujeres 60,3%.

Cumplimiento de indicadores: diagnostico funcional de asma 13.8%; espirometría inicial 44.8%, último año 15.5%, anual 1.7%; gravedad (GEMA) 46.6% , último año 8.6%, anual 1.7%; registro de hábito tabáquico 67.2%, último año 22.4%, anual 6.9%; registro de control de síntomas mediante Asthma Control test (ACT) 8.6% , último año 6.9%, anual 3.4%; registro de presencia o ausencia de agudizaciones 65.5%, último año 22.4%, anual 5.2%; registro de educación sanitaria 15.5%, último año 0%, anual 0% y vacunación antigripal 29.3% en el último año.

Conclusiones:

Existe un deficiente diagnóstico funcional de asma, del grado de control de síntomas y de la gravedad según GEMA, datos de gran importancia para plantear el tratamiento.

El registro del hábito tabáquico y de agudizaciones son los que mejores índices muestran.

La vacunación antigripal, en estos pacientes de alto riesgo, es deficiente.

Palabras clave: Asthma (asma), Quality indicators, Health Care (indicadores de calidad de Sistema sanitario), Primary Health Care (atención primaria).

RESULTADO DE INVESTIGACIÓN ORAL

Detección de bacteriuria asintomática en embarazadas: ¿nos ajustamos a las recomendaciones de las guías?

Ruíz Pérez de la Blanca M[1], Peinado Ibáñez F[2], Encalada Cueva Mª[2], Arana Asensio E[2], Tormo Molina J[3], Gutiérrez Fernández J[4]

[1] Médico Residente de 3er año de MFyC. CS Gran Capitán. Granada

[2] Médico Residente de 4º año de MFyC. CS Gran Capitán. Granada

[3] Médico de Familia. CS Gran Capitán. Granada

[4] Microbiólogo. Servicio de Microbiología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

Objetivos: determinar en qué proporción de embarazadas asintomáticas de nuestra zona de salud se realiza urocultivo y seguimiento adecuado de los urocultivos positivos.

Diseño: estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento: Centro de Salud Urbano atendido por 24 médicos de familia; población de referencia 38000 personas.

Material y Método:

Todas las embarazadas en el 2013 que al menos alcanzaron la semana 16 de embarazo y acudieron a una revisión, al menos, en la primera y segunda mitad de embarazo. Excluidos urocultivos solicitados por síntomas de infección urinaria. Variables principales: petición de urocultivo, seguimiento de los casos positivos (tratamiento y repetición de urocultivo). Datos de Historia Diraya y Servicio microbiología hospitalario. Estadística univariante y bivariante con ji cuadrado.

Resultados:

Durante el año 2013 se atendieron 258 embarazos (7 por mil de nuestra población). Se excluyeron del estudio 53 embarazos (aborto o no acudir a controles). Edad media 34 años (±4.7). Se solicitó urocultivo al 88.8% de las embarazadas; 69% en torno a la semana 16 de embarazo. En el 7.8% el resultado fue positivo; E. Coli el germen más frecuente (50%). El 63.6% de los casos positivos se trataron con fosfomicina trometamol. En un 50% de los urocultivos positivos no se realizó urocultivo posterior de control. Las embarazadas con infecciones urinarias previas al embarazo (26%) tenían más probabilidad de presentar bacteriuria durante el embarazo, pero sin asociación significativa estadística.

Conclusiones: nueve de cada diez de las embarazadas de nuestra zona son cribadas para bacteriuria asintomática. En la mitad de los casos positivos, no se hace urocultivo de seguimiento.

Palabras clave: pregnant women, bacteriuria, urine.

RESULTADO DE INVESTIGACIÓN ORAL

Uso AINES en pacientes con fármacos bloqueantes del SRAA y efectos en el control de la tensión arterial

Anguita Mata C, Zafra Ramírez N, Parra Morales A, Tornero Suárez I

Médico Residente de 2º año de MFyC. CS El Valle. Jaén

Objetivos: conocer el uso de los AINES en población hipertensa y su efecto sobre el control de la Tensión Arterial.

Diseño: estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento: Centro de Salud Urbano.

Material y Método: población hipertensa en tratamiento con fármacos del SRAA en seguimiento por Atención Primaria, con al menos un control de cifras tensionales en el último año. Se recogen las siguientes variables mediante auditoría de las historias clínicas: edad, sexo, riesgo social, factores de riesgo cardiovascular, control de la Tensión Arterial; tipo, dosis y duración de AINES. Análisis descriptivo y bivariante en función de la toma de antiinflamatorios.

Resultados: 273 pacientes de los que un 30% toma AINES. La edad media es 66,2±12,1años y un 29% en riesgo social. Las mujeres toman más frecuentemente AINES (63%vs47%, p= 0,018 x2). El riesgo cardiovascular es similar en ambos grupos: 35% DM, 46%Dislipemia, Nefropatía 3%. El control de Tensión Arterial es similar en ambos grupos (48% buen control) pero tienen menos número de tomas tensionales (2,9±3,3 vs 3,9±4,2; p = 0,002 t student). Los AINES más usados son Ibuprofeno, diclofenaco, naproxeno y dexketoprofeno; sólo se usan en pacientes con buen control indometacina, celecoxib, meloxicam y lornoxicam. Los pacientes con mal control de tensión toman menos tiempo el AINE (25,6±19,7 días vs 68,9±124,8*).

Conclusiones: pese a un alto porcentaje de toma de antiinflamatorios en los pacientes hipertensos, no parece afectar al buen control tensional. El uso de AINES es más frecuente en las mujeres y puede implicar un menor número de toma de tensión arterial.

Palabras clave: Aines, Control HTA, Fármacos SRAA.

RESULTADO DE INVESTIGACIÓN ORAL

Interrupción voluntaria del embarazo (IVE). Diferencias entre población autóctona y extranjera

Carmona Calvo-Flores L[1], Indalecio Cabeo I[2], Palma Sánchez I[1]

[1] *Médico de Familia. CS Ejido Norte. Almería*

[2] *Enfermera de Atención Primaria. CS Ejido Norte. Almería*

Objetivos: describir incidencia y características sociodemográficas de IVE y diferencias entre población autóctona e inmigrante.

Diseño: estudio descriptivo retrospectivo transversal.

Emplazamiento: atención primaria.

Material y Método:

La población está constituida por mujeres que solicitaron IVE durante el periodo 2012/2013

Variables estudiadas: nacionalidad, semanas de gestación, edad, información sobre IVE, Solicitud IVE previo, píldora postcoital (PAU), información sobre anticoncepción, embarazos, tarjeta de residente.

Los datos proceden del Registro IVE-Distrito junto con Historia de Salud, construyendo un fichero único para análisis estadístico con SPSS.

Resultados: se estudiaron 227 solicitudes de IVE. Nuestra tasa IVE fue 5.7 y 7.98/1000 mujeres en edad fértil (2012 y 2013 respectivamente, cifras inferiores a las de España y Andalucía). Diferenciando tasas 1.96/1000 autóctonas en edad fértil y 16.46 para inmigrantes en 2012 y 5.46 /1000 autóctonas en edad fértil y 13.95 para extranjeras en 2013. La edad más frecuente fue 25-39 años (62.2% en 2012, 64.7% en 2013).En 2012 las marroquíes fueron las más frecuentadoras (28.6%) y en 2013 las españolas (42.0%, duplicando cifras del 2012).

Conclusiones: el mayor riesgo eran mujeres de 25-39 años de nacionalidad marroquí en 2012 y españolas en 2013. Sólo 46,9% en 2012 y 50,4% en 2013 recibieron información sobre planificación familiar y 60% no recibieron información sobre el proceso. El 25.5% y 32.8% (2012 y 2013 respectivamente) ya habían solicitado IVEs previos (3.1% y 1% en ese mismo año) y 16.32% en 2012 y 13.45% en 2013 solicitaron PAU. Planteándonos si estamos haciendo lo suficiente en salud de la mujer.

Palabras clave: Aborto inducido, Anticoncepción, Salud de la mujer.

RESULTADO DE INVESTIGACIÓN ORAL

Accesibilidad y calidad científico-técnica de la atención prestada a los enfermos con Enfermedad Pulmonar Crónica Obstructiva en Atención Primaria

Podio Castro M[1], Pérez Hernández MªP[1], Calvo Lozano J[2], Guillén Rodríguez M[2], Reis Capitao JF[1], Pedregal González M[3]

[1] Médico Residente de 4º año de MFyC. CS Molino de la Vega. Huelva

[2] Médico de Familia. CS Molino de la Vega. Huelva

[3] Médico de Familia. Unidad Docente de Medicina de Familia y Comunitaria. Huelva

Objetivos: conocer la accesibilidad y calidad científico-técnica en la atención prestada a los pacientes con Enfermedad Pulmonar Crónica Obstructiva.

Diseño: observacional descriptivo.

Emplazamiento: atención primaria.

Material y Método: la población de estudio son los 465 pacientes incluidos en el proceso asistencial EPOC del Centro de Salud. Se obtuvo, para un nivel de confianza del 95%, una precisión del 5% y una frecuencia esperada del 90%, una muestra aleatoria de 139 pacientes. Las variables estudiadas son demográficas (sexo y edad) y variables dependientes (once indicadores clave) que medirán la calidad asistencial en cuanto al diagnóstico, al tratamiento de la EPOC estable y de las agudizaciones. Se utilizaron porcentajes con sus intervalos con un 95% de confianza.

Resultados: cada indicador clave se consideró aceptable si se situaba entre el 60% y el 120% (para estimar la sobreactuación considerada de mala calidad asistencial) Los resultados de los 4 indicadores no superados fueron: el 36.76%±8.3% de los pacientes está correctamente incluido en el proceso, el 40.43%±14.3% tiene prescrito un broncodilatador de acción corta a demanda para el control rápido de los síntomas, el 51.28%±11.4% de los fumadores han recibido intervención tabáquica y al 58.53%±20.52% han sido tratados correctamente con corticoides sistemáticos en agudizaciones graves o muy graves.

Conclusiones: sólo en cinco de los indicadores se sitúan entre el 60 y 120%.No se han superado los 11 indicadores claves (calidad asistencial global deficiente). Existe un defecto en los registros y falta de seguimiento de los protocolos.

Palabras clave: enfermedad pulmonar obstructiva crónica, calidad asistencial, Atención Primaria.

RESULTADO DE INVESTIGACIÓN ORAL

Inercia terapéutica en pacientes hipertensivos en atención primaria y factores relacionados

Tornero Suárez I, Anguita Mata C, Zafra Ramírez N, Parra Morales A

Médica Residente de 2º año de MFyC. CS El Valle. Jaén

Objetivos: estimar la inercia terapéutica en pacientes hipertensos seguidos en Atención Primaria y factores relacionados.

Diseño: estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento: Centro de Salud Urbano, 16.000 habitantes (40% zona de transformación social).

Material y Método: muestreo aleatorio de hipertensos con tratamiento farmacológico valorados durante 2013. Auditoría de historias clínicas, recogiendo: edad, sexo, nivel social, tensión arterial (TA: nº tomas, inercia terapéutica [media 25-50%, alta>50%]), factores de riesgo cardiovascular, frecuentación sanitaria y medicación. Análisis descriptivo y regresión logística.

Resultados: 205 pacientes, inercia alta 49% y media 22%. Edad 67,4±11,6 años, 53% mujeres, 31% riesgo social. En el grupo de inercia alta, 94% tienen mal control tensional (p=0,001 ×2) con dos tomas más de TA (p=0,0013 ANOVA), 20% más de prevalencia de RCV alto y un 15% más de diabéticos, mientras la nefropatía es más frecuente en el grupo sin inercia (p<0,05 ×2). La frecuentación sanitaria es similar en todos los grupos (9±6,5 médicos de familia, 5,2±5,9 enfermería). La medicación antihipertensiva se indica por igual en cada grupo, pero el tiempo de toma de ARA2, diuréticos, y betabloqueantes es inferior en el grupo con inercia alta (10-15 meses menos, p<0,05 ANOVA). Se usan más el acenocumarol y los IBP en pacientes sin inercia. En el análisis multivariante, el síndrome metabólico es un factor de riesgo (OR 3,5) y, posiblemente, la diabetes (OR 1,8).

Conclusiones: la inercia terapéutica en hipertensos es muy alta, relacionándose con un mal control de la TA. Los pacientes con riesgo cardiovascular alto, síndrome metabólico o diabetes, tienen mayor riesgo de sufrir inercia terapéutica.

Palabras clave: inercia terapéutica, hipertensos, atención primaria.

RESULTADO DE INVESTIGACIÓN ORAL

Conversión a diabetes en una población con glucemia basal alterada en cuatro años de seguimiento y potencial relación con fármacos disglucémicos

Robles Casado B[1], Torres Sánchez E[1], García Tirado MªC[2], Rivas del Valle PA[2], Guillamon Fernández DA[1], Ramos Alaminos C[1], Jiménez Jiménez SM[a1]

1 Médico de Familia. Unidad Docente de MFyC de Granada

2 Médico de Familia. Técnica de Salud. Unidad Docente de MFyC de Granada

Objetivos: estimar la reversión a normalidad y conversión a diabetes de una población con glucemia basal alterada (GBA) entre 2009 y 2012, y explorar la relación entre exposición a fármacos disglucémicos y progresión a diabetes.

Diseño: observacional, longitudinal, retrospectivo (2009-2012).

Emplazamiento:

Población. Del total de glucemias en ayunas (GbAy) solicitadas en 2009 se seleccionó una muestra aleatoria de 400 GBA (Gbay 100-125mg/dl y sin diagnóstico de diabetes), observando evolución en 2012 (confianza: 95% precisión: 8% porcentaje: 50%). 7 Centros de Salud.

Material y Método: del registro de laboratorio e Historia clínica se valoró: Disglucemia inicial 2009 (100-109 vs 110-125mg/dl). Evolución 2012 (normalización<100mg/dl), progresión a diabetes >125 mg/dl) y persistencia GBA. Tiempo de Exposición a diuréticos, betabloqueantes y estatinas Perfil: Obesidad, edad y sexo .

Análisis. Univariante, Bivariante y multivariante.

Beca SAMFyC.

Resultados: entre 2009 y 2012 el 14% de GBA progresó a diabetes y el 38% normalizó. Progresó a diabetes el 24% de GBA>110mg/dl frente al 8% de GBA<110 mg/dl (p=0.003) La edad, obesidad y betabloqueantes mostró relación bivariante significativa con progresión a diabetes. En multivariante (R20.48) la progresión a diabetes vs reversión a normalidad mostró relación con tiempo de exposición a betabloqueantes (p=0.013 Beta=2.52) controlando por disglucemia inicial (p=0.011 Beta=2.09) edad (p=0.11 beta=0.04) obesidad (p=0.20 beta=1.29) y exposición a estatinas y diuréticos.

Conclusiones: la GBA es un estado dinámico que puede revertir o progresar a diabetes y los betabloqueantes paradójicamente pueden facilitar dicha progresión. El punto de corte de GBA (110 vs 100 mg/dl) parece condicionar un perfil evolutivo marcadamente diferente.

Palabras clave: disglucemia, betabloqueantes, diabetes.

RESULTADO DE INVESTIGACIÓN ORAL

Factores asociados al estado nutricional de población incluida en el programa de atención domiciliaria. Estudio NUTRIANCO

Vida Pérez M[1], Muñoz Díaz B[2], Moreno Herrera CM[a3], Martínez de la Iglesia J[4], Ruiz Rejano S[2], Rodríguez Castillo M[a]A[5]

[1] *Médico Residente 4º año MFyC. CS Lucano. Córdoba*
[2] *Médico Residente 3er año MFyC. CS Lucano. Córdoba*
[3] *Médico Residente 4º año MFyC. CS Levante Sur. Córdoba*
[4] *Médico de Familia. Centro Salud Lucano. Córdoba*
[5] *Enfermera. CS Lucano. Córdoba*

Objetivos: evaluar los factores relacionados con la situación nutricional de pacientes incluidos en programa de atención domiciliaria (PAD).

Diseño: estudio observacional, descriptivo y transversal.

Emplazamiento: atención primaria.

Material y Método: pacientes mayores de 65 años del PAD escogidos por muestreo sistemático (n= 51). Se aplicó el cuestionario MNA (Mini Nutritional Assesment) para establecer el estado nutricional. Se recogieron 57 variables: sociodemográficas, parámetros antropométricos, valoración de dependencia, estado anímico y cognitivo, así como parámetros analíticos relacionados con el estado nutricional. Se realiza un análisis bivariado con aplicación de chi cuadrado para variables cualitativas y t student, y análisis de varianza para cuantitativas, y posterior análisis multivariante. Nivel de significación para $p< 0,05$.

Resultados: el 56,8% presentaban malnutrición o riesgo de la misma. Se ha encontrado asociación entre la existencia de malnutrición o riesgo de la misma con vivir en residencia (p=0,007), mayor edad (p=0,01), mayor número de enfermedades (p=0,01), menor circunferencia de pantorrilla (p=0,006), menor pliegue tricipital (p=0,028). Igualmente se asoció la desnutrición con peor autopercepción de salud (p=0,03), peor movilidad (p=0,001), mayor deterioro cognitivo (p=0,002), peor estado de ánimo (p=0,05) y mayor dependencia (p=0,001). Por otro lado se ha relacionado el estado de desnutrición con niveles inferiores a la normalidad de: proteínas totales, albúmina, sideremia y vitamina D3.

Conclusiones: vivir en una residencia, junto a la menor movilidad, mayor estado de dependencia funcional y deterioro cognitivo, son las variables que más se relacionan con un estado de desnutrición.

Palabras clave: factores, estado nutricional, domicilio.

RESULTADO DE INVESTIGACIÓN ORAL

Incidencia de enfermedad cardiovascular en una población con glucemia basal alterada en cuatro años de seguimiento

Robles Casado B[1], Torres Sánchez E[2], De Los Ríos Álvarez AMª[3], Robles Casado A[4], García Tirado MªC[3], Rivas del Valle PA[2]

[1] Médico de Familia. Unidad Docente de MFyC de Granada

[2] Médico de Familia. Técnico de salud. Unidad Docente de MFyC de Granada

[3] Médico de Familia. Técnica de Salud. Unidad Docente de MFyC de Granada

[4] Enfermera. Unidad Docente de MFyC de Granada

Objetivos: estimar el riesgo de enfermedad cardiovascular (ECV) en población con glucemia basal alterada en cuatro años de seguimiento y relación con alteración glucémica y factores de riesgo cardiovascular (FRCV).

Diseño: observacional, longitudinal, retrospectivo.

Emplazamiento: 7 Centros de Salud.

Población. 206 pacientes no diabéticos con glucemia en ayunas entre 100-125mg/dl del total de Glucemias solicitadas en 2009. Tiempo de observación: 2009-2012.

Material y Método:

Mediciones. Se evalúo en la historia clínica fecha de registro de ECV (ángor, infarto, ictus, evento isquémico transitorio, demencia vascular y revascularización coronaria o carotidea) FRCV (hipertensión arterial, dislipemias, diabetes, obesidad y tabaco), perfil edad y sexo

Análisis. Univariante y bivariante y multivariante.

Beca SAMFyC.

Resultados: la edad media fue 65 años, el 60% mujeres. Diagnóstico de hipertensión, dislipemia, obesidad y tabaco el 55%, 34%, 28% y 26% de la población. La incidencia acumulada de cardiopatía isquémica entre 2009-2012 fue 4.4% con prevalencia a inicio y final de periodo del 7% y 10%. La prevalencia de enfermedad cerebrovascular fue 2%. En modelo multivariante (R2:0.31) la ECV mostró relación independiente con varón (p=0.04), edad (p=0.01), glucemia inicial (p=0.01), glucemia final (p=0.04) controlando por FRCV.

Conclusiones: de forma preliminar, la población con glucemia basal alterada presentó un riesgo anual de enfermedad cardiovascular del 1.3%. Consistente con la literatura la edad y ser varón fueron marcador de riesgo de ECV. Subrayando el potencial beneficio de la normalización glucémica, a menor nivel de glucemia menor incidencia de ECV.

Palabras clave: glucemia basal alterada, factores de riesgo cardiovascular, enfermedades cardiovasculares.

RESULTADO DE INVESTIGACIÓN ORAL

Hipertensión arterial oculta en diabéticos tipo 2, y otros factores relacionados

Simao Aiex L, Extremera García E, Oliva Molina P, Zafra Ramírez N

Médico Residente de MFyC. CS El Valle. Jaén

Objetivos: conocer la prevalencia de HTA enmascarada en pacientes DM2 y los factores relacionados.

Diseño: estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento: Centro de Salud Urbanos.

Material y Método: auditoria de HC (Diraya) de todos los pacientes incluidos en el proceso de diabetes (6 Centros de Salud), que no estén diagnosticas de HTA ni tomen antihipertensivos. Se recogen datos de 2012/2013: edad, sexo, características de la DM y tensión arterial, frecuentación sanitaria y riesgo cardiovascular. Se realiza un estudio descriptivo y análisis multivariante.

Resultados:

De 4266 diabéticos, 968(23%) no están diagnosticados de HTA, de los cuales solamente el 55% se incluyen en estudio. Según guía europea 29% son HTA y según la ADA 47% serían hipertensos. 39% mujer, edad media 62,6. Evolución de diabetes 6,4+/-4,8 años, y 47% presentan RCV alto. Tipo de tratamiento antidiabético es similar en ambos grupos: 47% metformina, 17% sulfnilureas, 18% incretinas y 5% insulina; el 16% toman hipolipemiantes y antiagregantes.

Los paciente no hipertensos acuden más a enfermería así como a visitas programadas (5,4+/-6,1, frente a 3,8 +/- 5,1 visitas, p=0,014 y 3,4 +/- 2,4 frente a 2,3 +/- 1,6, p=0,01 t Student, respectivamente). Los pacientes hipertensos tienen valores elevados de glucemia y albuminuria (p=0,09 t Student) y menos mediciones de TA (2,7 +/- 2,5 frente a 4,2 +/- 3,9 p<0,001 t Student). La edad (OR 0,98) y el número de tomas de TA (OR 0,87) se relacionan inversamente con la presencia de HTA, según la regresión logística.

Conclusiones: la hipertensión arterial enmascarada es muy frecuente y parece relacionarse con la menor frecuentación en consultas de enfermería y visitas programadas.

Palabras clave: Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial.

RESULTADO DE INVESTIGACIÓN ORAL

Colitis Microscópica en un Hospital Comarcal

Conesa Pedrosa I[1], López Macías I[2], Vida Pérez L[3], Pascual López B[4], García Molina E[5], Muñoz Delgado MªE[6]

[1] Médico Residente de 2º año de MFyC. CS de Rute. Córdoba

[2] Médico Residente de 2º año de MFyC. CS de Lucena I. Córdoba

[3] Médico Adjunto Unidad de Aparato Digestivo. Hospital Infanta Margarita. Córdoba

[4] Médico Residente de 2º año de MFyC. CS de Cabra. Córdoba

[5] Médico Residente de 3er año de MFyC. CS de Castro del Río. Córdoba

[6] Médico Residente de 3er año de MFyC. CS de Cabra. Córdoba

Objetivos: analizar características demográficas, clínicas y de respuesta al tratamiento en pacientes diagnosticados de colitis microscópica (CM).

Diseño: estudio observacional, descriptivo, retrospectivo.

Emplazamiento: atención primaria, hospitalaria.

Material y Método: incluimos 55 pacientes diagnosticados de CM entre los años 2004-2014, mediante colonoscopia con toma de biopsias. Variables a estudio: motivo consulta, demográficas, variables analíticas (TSH, Leucocitos, VSG, PCR), tratamiento y evolución. El estudio comparativo de variables cuantitativas se analizó mediante test T de Student y las cualitativas mediante Chi cuadrado. Los datos fueron analizados mediante el programa estadístico SPSS 20.0.

Resultados: había 18 hombres (32,7%) y 37 mujeres (67,3%). Edad media 63,71 ±17,603 años. El motivo de consulta principal fue diarrea (38 pacientes, 69,1%). De los 30 pacientes con mejoría clínica total, 15 (50%) recibieron tratamiento con mesalazina, 3 budesonida (10%), 4 (13,3%) antidiarreicos y uno tratamiento combinado con mesalazina y budesonida (3,3%). El resto no recibieron tratamiento. No encontramos diferencias significativas entre los pacientes que mejoraron frente a los que no, aunque el tratamiento con mesalazina rozó la significación estadística (22/39 vs 3/16, p = 0,062).

Conclusiones: la CM es un diagnóstico en auge. Es más frecuente en mujeres. Debe sospecharemos ante diarrea acuosa crónica. El diagnóstico es mediante colonoscopia con biopsias. La mayoría se tratan con mesalazina obteniendo mejoría casi en el 60%. En casos de no respuesta a mesalazina puede intentarse tratamiento con budesonida con resultados óptimos. Probablemente con un mayor número de pacientes se lograrían diferencias significativas en cuanto al tratamiento a favor de la mesalazina.

Palabras clave: colitis microscópica, diarrea, colonoscopia.

RESULTADO DE INVESTIGACIÓN ORAL

La formación en atención primaria en enfermedades raras "un camino a andar"

Esteban Bueno G[1], Ruano García M[1], Guerra de los Santos JM[2], Motero Vázquez I[3]

[1] Médico de Familia. UGC Garrucha. Área de Gestión Sanitaria Norte de Almería (AGSNA)

[2] Psicólogo. Universidad de Psicología de Sevilla

[3] Psicóloga. Federación Española de Enfermedades Raras

Objetivos: evaluar la implementación de un protocolo de atención a las Enfermedades raras (ER) a partir de la opinión de médicos y pacientes.

Diseño: cuasi experimental con mediciones pre y post a la intervención en el caso de los médicos y una medición transversal post intervención en el caso de los pacientes.

Emplazamiento: UGC Atención Primaria.

Material y Método: batería que recogía información en profesionales sobre el grado de conocimiento del registro de ER, utilidad del protocolo y dificultad de su implantación. En los pacientes, breve encuesta telefónica tras la intervención. La muestra utilizada fue: 34 médicos (20 hombres y 14 mujeres) que participaban en una formación sobre el protocolo ER y 86 pacientes.

Resultados:

Los resultados muestran, para los médicos:

(1) Aumento del conocimiento del registro de ER (del 11% al 100%).

(2) Identificación de la falta de tiempo (58,9%) y desconocimiento (23,5%) como los principales motivos para no hacer uso del registro ER.

(3) Creencia de que el registro tiene una dificultad de uso medio (47,1%) o elevada (17,6%).

(4) Una alta visión de utilidad de hacer uso del protocolo de ER (82.3%).

Para los pacientes:

(1) Mayor conocimiento del registro ER (48,8%) que del biobanco (48,8%).

(2) Un nivel muy alto de conocimiento sobre asociaciones de ER (96.5%).

Conclusiones: las acciones de formación sobre el protocolo ER han producido un efecto positivo en los médicos y en la población asistencial de referencia.

Palabras clave: Enfermedades raras, Protocolo DICE-APER.

RESULTADO DE INVESTIGACIÓN ORAL

Indicación del tratamiento con furosemida en atención primaria

Silva Santos MªJ[1], De Santiago Cortés R[2], García Lozano MªJ[3], Martínez Granero MªM[3], Fernández Urrusuno R[4], Pascual de la Pisa B[3]

[1] *Médico Residente 4º año de MFyC. CS de Camas. Sevilla*

[2] *Médico Residente 2º año de medicina familiar y comunitaria. CS de Camas. Sevilla*

[3] *Médico de familia. UGC de Camas. Sevilla*

[4] *Técnico de medicamento de DSAP Aljarafe. Sevilla*

Objetivos: valorar adecuación del tratamiento con furosemida en pacientes de Atención Primaria.

Diseño: descriptivo transversal.

Emplazamiento: Centro de Salud periurbano.

Material y Método:

Población de estudio: Personas incluidas en base de datos de Farmacia con furosemida 40 mg, cualquier duración y sin límite. Periodo de estudio: Junio 2013-Junio 2014. Variables: Variable dependiente: adecuación del tratamiento según ficha técnica. Variables independientes: género y edad del paciente, posología diaria, patología que indica el tratamiento, inclusión o no en Proceso Asistencial Integrado de insuficiencia cardiaca (PAI IC), toma de otro antihipertensivo. Fuente de datos: revisión de Historia Digital de Salud. Análisis estadístico: Uni y bivariante según naturaleza de las variables.

Resultados: se incluyeron 1044 pacientes, 59,8% mujeres, edad media 74,53 años (IC 95: 73,80-75,26). Duración media de prescripción del tratamiento fue 157 días (IC 95: 153,10-161,12). En 74% la posología indicada fue 40mg furosemida al día. El 13,6% de pacientes estaba incluido en proceso de Insuficiencia cardiaca. El 19,4% de pacientes no tenía indicación de furosemida. Indicación más frecuente: hipertensión arterial 45,2% e insuficiencia cardiaca 27,7%. Análisis bivariado: indicación correcta del tratamiento con furosemida presentó relación estadísticamente significativa con edad ($p<0,001$), posología indicada ($p=0,046$), patología de origen ($p<0,001$) y con indicación de segundo tratamiento ($p<0,001$).

Conclusiones: el tratamiento con furosemida tenía dos indicaciones principales, hipertensión e insuficiencia cardiaca, un alto porcentaje no tenía indicación. No todos los pacientes con insuficiencia cardiaca estaban incluidos en PAI IC. La revisión de la historia clínica mejora la calidad asistencial del paciente.

Palabras clave: furosemide, hypertension, heart failure, treatment review.

RESULTADO DE INVESTIGACIÓN ORAL

Modelo pronóstico de deterioro funcional a largo plazo para pacientes pluripatológicos en atención primaria

García Lozano MªJ[1], León Arévalo I[2], de la Paz Jiménez J[3], González Nevado MªJ[4], Plaza Alarcón E[5], Ferrezuelo Cañete MªC[6]

1 Médico de Familia. UGC Camas. Sevilla
2 Médico de Familia. Agencia Sanitaria Bajo Guadalquivir. Utrera (Sevilla)
3 Enfermero. Distrito Sanitario de Jaén. Jaén
4 Enfermera. CS Santa Olalla de Cala. Sevilla
5 Médico de Familia. UGC Valle de Lecrín. Granada
6 Médico de Familia. UGC Castro Rio. Córdoba

Objetivos: validar el índice Profunction Simplificado en pacientes pluripatológicos (PP) en Atención Primaria (AP).

Diseño: descriptivo longitudinal prospectivo multicéntrico.

Emplazamiento: atención primaria.

Material y Método:

Población de estudio: PP adscritos al SSPA.

Periodo de estudio: 2 años (cohorte dinámica, inicio 2008).

Criterios de selección: Mayores de edad y con consentimiento informado para participar.

Tamaño muestral: 881 PP (nivel de confianza: 99%; precisión: 1%; pérdidas: 20%).

Variable dependiente: Deterioro funcional (caída de 20 o más puntos en el índice de Barthel (IB)). Variables independientes: Demográfica (género, edad), clínicas (categorías diagnósticas PP, MRC/NYHA), estado funcional (IB) y sociofamiliar (escala de Gijón).

Medición: Entrevista presencial e Historia de Salud Digital.

Análisis estadístico: Uni y bivariante según naturaleza de las variables. Curva ROC.

Resultados: la edad media fue de 76,91 años (IC 95% 76,31-77,50). Las categoría E y H estaban presentes en el 39% y 27,2%, respectivamente. El 15,2% se encontraba en estado funcional grado III-IV según NYHA y/o MRC. IB<60 en el 30% de la muestra y el 52% se encontraban en riesgo social. A los 2 años, el 20,3% presentaba deterioro funcional. El análisis bivariado relacionó con el deterioro funcional la edad≥85 años (p<0,005) y riesgo social (p<0,034). El poder de discriminación del índice fue de 0,590 (ROC) (p=0,04).

Conclusiones: el índice PROFUNCTIÓN SIMPLIFICADO no se ha podido validar en la cohorte de PP en AP. El disponer de un índice pronóstico de deterioro funcional puede ser útil en la práctica clínica para la gestión de recursos, actuando desde la prevención para evitar el deterioro de nuestros pacientes.

Palabras clave: polypathology, functional decline, functional prognostication.

RESULTADO DE INVESTIGACIÓN ORAL

Brote de toxiinfección alimentaria (TIA) producido por norovirus genogrupo II

Cedeño Benavides T[1], Gámiz Sánchez E[2], López Torres G[3], Almagro Nievas D[2], Reyes Requena M[4], Sánchez del Pino R[5]

[1] *Médica de Familia. UGC Valle de Lecrín. Distrito Sanitario Granada-Metropolitano. Granada*

[2] *Epidemiólogo. Servicio de Epidemiología Distrito Sanitario Granada.UGC Preventiva, Vigilancia y Promoción de Salud Granada*

[3] *Médica de Familia. UGC Gran Capitán. Distrito Sanitario Granada-Metropolitano. Granada*

[4] *Médica de Familia. UGC Cuidados Críticos y Urgencias Distrito Sanitario Granada. EPES Granada*

[5] *Jefatura de Servicios de Desarrollo Profesional. Distrito Sanitario Granada-Metropolitano. Granada*

Objetivos: describir las características epidemiológicas, clínicas, alimentarias, medio-ambientales y de laboratorio, de una TIA producida en cena familiar.

Diseño: estudio epidemiológico descriptivo, basado en resultados de la encuesta epidemiológica, laboratorio de muestras clínicas y alimentarias, y de inspección del establecimiento.

Emplazamiento: cena familiar, en un Restaurante situado en la zona más céntrica de la ciudad.

Material y Método:

Encuesta epidemiológica para identificar alimentos consumidos, clínica y periodo de incubación.

Definición de caso.

Estudio descriptivo: Variables analizadas: edad, sexo, inicio de síntomas, tipo de síntomas, alimentos consumidos. Calculo de diferencia de tasas entre expuestos y no, para identificar el alimento sospechoso.

Inspección del establecimiento y toma de muestras de alimentos del menú.

Coprocultivo de enfermos, analizando enterobacterias y virus.

Resultados:

Tasa de ataque total: 62%, y por género: 75% y 50% para hombres y mujeres respectivamente.

Periodo de incubación: 37-42 horas.

Clínica: náuseas, dolor abdominal y fiebre, y diarrea (solo en 1 caso, durando 48 horas, doble que la media).

El alimento con mayor diferencia de tasas (83%), fue las navajas.

Coprocultivo: positivo a norovirus-genogrupo II.

No hubo restos del menú, y de los alimentos analizados no se obtuvo ningún resultado positivo, pero no se investigaron virus.

Deficiencias detectadas: malas condiciones de almacenamiento de alimentos, con grave riesgo de producir contaminación cruzada, y falta de control de la trazabilidad de alimentos.

Conclusiones: desde el punto de vista clínico, epidemiológico, de inspección medio-ambiental, y de laboratorio se ha producido un brote de TIA, en un establecimiento público, producido por norovirus-genogrupo II, achacado al consumo de navajas contaminadas.

Palabras clave: toxiinfección alimentaria, norovirus, gastroenteritis.

RESULTADO DE INVESTIGACIÓN ORAL

Función renal y uso de metformina en pacientes diabéticos mayores

Flores Cebada EM[a1], Pérez Eslava M[a2], Machuca Albertos M[a]J[1], Bellanco Esteban P[1], Benítez Rivero J[3]

[1] Médico Residente de 4º de MFyC. CS La Laguna. Cádiz
[2] Médico Residente de 4º de MFyC. CS Loreto-Puntales. Cádiz
[3] Médico de Familia y Geriatra. CS La Laguna. Cádiz

Objetivos: analizar el uso de metformina y función renal, en pacientes ancianos diabéticos.

Diseño: estudio descriptivo transversal retrospectivo.

Emplazamiento: atención primaria.

Material y Método: muestra de 570 pacientes de mayores de 65 años con diabetes tipo 2. Mediante las historias clínicas se determinaron las variables: fármaco utilizado y función renal, durante el año 2013.

Resultados: de la muestra analizada, el 66.3% estaba en tratamiento con metformina, a dosis media de 1603.5mg/día con HbA1c media de 6.7%. No tenían estimada la función renal el 9.5%. La tenían estimada mediante la fórmula Cockcroft-Gault el 36.34%, Con el MDRD el 89.22%, y mediante la CDK-EPI el 88.1%.

A través de la fórmula de Cockcroft-Gault, vemos como el 77.6% tenían el filtrado glomerular por encima de 60ml/min. El 13.6% entre el 46-50ml/min. Entre 31-45ml/min el 6.4%. Y menor de 30ml/min el 2.4%. La dosis media de metformina con FG inferior a 45ml/min fue de 1585mg/día y la HbA1c media fue de 6.9%.

Conclusiones: la dosis de metformina debe establecerse según el control glucémico individualizado y la función renal, ya que se elimina por esta vía. Debemos disminuir la dosis si el filtrado glomerular es inferior a 45ml/min y suspenderlo en situación de insuficiencia renal severa, con filtrado glomerular menor a 30ml/min, con el fin de evitar complicaciones graves, como la acidosis láctica. Es imprescindible estimar la función renal de nuestros pacientes ancianos; mediante la fórmula de Cockcroft-Gault se tienen en cuenta sexo, edad, creatinina, peso y talla.

Palabras clave: Metformin, Type 2 diabetes mellitus, Renal insufficiency.

RESULTADO DE INVESTIGACIÓN ORAL

Evaluación del abandono hábito tabáquico tras una intervención grupal en un Centro de Salud

Faz García MªC[1], Morales Sutil MªL[1], Ariza González M[1], Alarcón Pariente E[2], Martínez Alonso G[3], Cervilla Suárez FJ[3]

[1] Médico Residente de 2º año de MFyC. CS El Palo. Málaga

[2] Médico Residente de 1º año de MFyC. CS El Palo. Málaga

[3] Médico Residente de 3er año de MFyC. CS El Palo. Málaga

Objetivos: evaluar resultados de intervención grupal avanzada en tabaquismo y factores relacionados con el abandono.

Diseño: descriptivo longitudinal.

Emplazamiento: Centro de Salud Urbano.

Material y Método:

Sujetos: Personas participantes en grupos de intervención antitabáquica (2009 – 2014 (n=231)).

Intervención: Programa multicomponente en 6 sesiones, seguimiento telefónico (tres, seis, doce meses).

Variables: edad, sexo, grupo, edad de inicio, convivientes fumadores, enfermedades relacionadas con tabaquismo, puntuación Fagëstrom, fármacos, monóxido de carbono (CO) y peso. Variable dependiente: abandono al final de la intervención y a los 12 meses.

Análisis bivariante: Chi2 y T student. Alfa 0.05.

Resultados:

El total de participantes es 231 (edad media 51.96+/-11.6; 51.1% mujeres). El 50.2% tienen convivientes fumadores, el 45.5% padecen enfermedades relacionadas con tabaco. Cambian a marcas con menos nicotina un 68%.Usan tratamiento farmacológico el 16%. La edad media de inicio del hábito es 17.85+/-6.14 años. El test de Fagëstrom da un valor medio de 5,46.+/-2.11 La media de CO inicial es 16.82+/-8.1 ppm y final 6.2 +/-5.5 ppm. El peso medio basal 74.725+/-15.78 kg y al final 74.317+/-14.65 kg. El número medio de cigarrillos se reduce de 18.55+/-10.27 a 3,50+/-5.6.

El cese del hábito al final de la intervención es del 27.7%, en 3 meses 15.6%, en 6 meses 13.9% y al año 12.1%. No se encuentra relación significativa del cese con el resto de variables.

Conclusiones: la intervención consigue un porcentaje de cese del hábito que desciende con el tiempo. No se encuentra relación entre abandono con los factores estudiados.

Palabras clave: Smoking Cessation, Health Promotion, Primary Health Care.

RESULTADO DE INVESTIGACIÓN ORAL

Uso de neurolépticos durante los años 2002-2011 en pacientes con demencia atendidos en atención primaria en España

Ferreiro Sal L[1], Marín Paniagua C[2], Tejera Nevado A[3], Iglesias González R[3], De Hoyos Alonso MªC[3], Bonis Sanz J[4]

[1] *Médico de Familia. CS: P. Laín Entralgo. Alcorcón (Madrid)*

[2] *Médico de Familia. CS Villaviciosa de Odón (Madrid)*

[3] *Médico de Familia. CS P. Lain Entralgo. Alcorcón (Madrid)*

[4] *Médico de Familia. Proyecto BIFAP Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Madrid*

Objetivos:

Principal: describir la prescripción de neurolépticos en pacientes con demencia atendidos en atención primaria en España entre 2002 y 2011. Secundarios: conocer la prescripción de los diferentes tipos de neurolépticos y su distribución según edad y sexo.

Diseño: estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento: atención primaria.

Material y Método: pacientes mayores de 50 años recogidos en BIFAP (base de datos para la investigación farmacoepidemiológica en atención primaria) durante los años 2002–2011 que presentaban episodio P70-demencia en su historia clínica y/o a los que se prescribió anticolinesterásicos y/o memantina. La variable principal fue la prescripción de un neuroléptico al menos una vez en cada año y las variables secundarias edad y sexo. Las variables cualitativas se analizaron mediante números absolutos y porcentajes, y las cuantitativas con media, DS.

Resultados: el tamaño muestral aumentó hasta 10.821 en 2011. A menos de un tercio de pacientes se le prescribió algún neuroléptico. Los atípicos fueron los más prescritos en cualquier edad. La prescripción de típicos aumentó en mayores de 75 años y fue similar en ambos sexos. Destaca un aumento de prescripción de Quetiapina y un descenso de prescripción de Risperidona en probable relación con alerta farmacológica.

Conclusiones: el número de pacientes que cumple criterios de inclusión aumenta a lo largo del periodo de estudio, sin embargo la prescripción de neurolépticos disminuye de forma global, pudiendo significar un correcto cumplimiento de las GPC por parte de los médicos de familia en nuestro país.

Palabras clave: dementia, antipsychotic agents, antipsythotic drugs.

RESULTADO DE INVESTIGACIÓN ORAL

Los encuentros clínicos en atención primaria. Capacidad resolutiva, trato, confianza, honestidad y decisiones compartidas

García Maturana A[1], García López E[2], Cortés Valverde AI[3], García Tirado MªC[4], De Los Ríos Álvarez AM[a5], Rivas del Valle PA[4]

[1] Médico Residente 4º año de MFyC. CS Huétor-Tajar. Granada

[2] Médico Residente 4º año de MFyC. CS La Chana. Granada

[3] Médico de Familia. CS Galera. ZBS Huéscar. Granada

[4] Médico de Familia. Técnica de Salud Unidad Docente MFyC. Granada

[5] Médico de Familia. Jefa estudios Unidad docente MFyC. Granada

Objetivos: conocer la opinión de médicos y pacientes sobre capacidad resolutiva en las consultas de atención primaria y entorno de trato, confianza, honestidad y coparticipación.

Diseño: descriptivo.

Emplazamiento: 5 Centros de Salud.

Material y Método: 38 médicos, 100 usuarios (confianza: 95%, precisión: 10%, estimación: 50%), muestreo consecutivo. Tras la consulta se entrevistó a médico y paciente mediante cuestionario 9 ítems (cronbach: 0.88, 2 factores explicó 74% de varianza): capacidad resolutiva, decisiones adoptadas, coparticipación, honestidad, confianza, trato, ayuda, escucha y comprensión

Descriptivo y multivariante.

Aprobado comité ética.

Resultados:

Perfil médico: varón (59%), edad media 48 años; perfil usuario: mujer (69%), edad promedio 49 años, 30% estudios superiores. Estuvo muy satisfecho/satisfecho con resolución del problema el 94% de médicos y 66% de usuarios; y con decisiones adoptadas el 62% de usuarios y 94% de médicos. Ambos declararon alta/muy alta participación del usuario en decisiones (82%). Consideró muy alta honestidad y confianza el 89% y 87% de usuarios y 16% y 69% de médicos. En usuarios y multivariante (R2:0.81) estar muy satisfecho con la resolución del encuentro mostró relación con trato médico (beta: 2.2), decisiones (beta: 6.1), participación de usuario (beta: 1.5), edad y estudios. Médicos y multivariante (R2: 0.64) estar muy satisfecho con la resolución del encuentro mostró relación con decisiones (beta: 3.39) y trato de usuario (beta: 2.47).

Conclusiones: médicos y usuarios coinciden en la cualidad humana y resolutiva de los encuentros clínicos en atención primaria. El trato del médico y usuario parece modular independientemente la satisfacción de ambos. Las decisiones coparticipativas parecen modular la satisfacción de usuarios pero no de médicos.

Palabras clave: Satisfaction, Outcomes, Primary Health Care.

RESULTADO DE INVESTIGACIÓN ORAL

Satisfacción del médico, incertidumbre y componente biopsicosocial en las consultas de atención primaria

García López E[1], García Maturana A[2], Péran Urquízar C[3], García Tirado MªC[4], Rivas del Valle PA[4], De Los Ríos Álvarez AM[a5]

[1] *Médico Residente de 4º año Medicina Familiar Y Comunitaria. CS La Chana. Granada*

[2] *Médico Residente de 4º año de MFyC. CS Huétor-Tajar. Granada*

[3] *Médico de familia. CS Cúllar. Granada*

[4] *Médico de familia. Técnico de salud Unidad docente MFyC Granada*

[5] *Médico de Familia. Jefa estudios Unidad docente MFyC*

Objetivos: conocer el perfil del encuentro clínico en atención primaria y su potencial relación con la satisfacción del médico.

Diseño: descriptivo.

Emplazamiento: 5 Centros de Salud.

Material y Método: tras la consulta se entrevistó a 38 médicos que habían atendido 100 consultas (confianza: 0.95, precisión: 0.10 y estimación: 0.50) mediante cuestionario de 10 ítems (cronbach 60% y 3 factores explicaron 66% de varianza) que valoraba: incertidumbre del encuentro (escala1-5), perfil biopsicosocial del problema (3 ítems escala1-5), satisfacción global del médico (escala1-10).

Aprobado comité ética.

Resultados: perfil médico: varón (59%), edad media 48.6 años y 43% relación con paciente > 5 años. En el 66% de encuentros la incertidumbre fue baja/muy baja y el 73% de problemas consultados tuvo alto/muy alto componente biológico. Al finalizar la consulta la satisfacción global del médico tuvo un promedio de 8 puntos (rango 1-10). Quienes consideraron que el encuentro tenía baja/ muy baja incertidumbre o que el componente biológico del problema era alto/muy alto puntuaron en el grupo de más satisfacción (90%, 88%) comparados con quienes consideraron la incertidumbre alta/ muy alta o el componente biológico del problema bajo/muy bajo (68%, 66%) p=0.001.

Conclusiones: la baja incertidumbre y los problemas con alto componente biológico conforman el perfil de encuentros más frecuente en atención primaria; aunque un tercio y una cuarta parte de las consultas presentan alta incertidumbre y bajo componente biológico. La satisfacción del médico es alta y parece relacionarse con la incertidumbre y carácter del problema consultado; a menor incertidumbre y mayor componente biológico del problema, mayor satisfacción del médico.

Palabras clave: Patient satisfaction, Primary health care, uncertainty.

RESULTADO DE INVESTIGACIÓN ORAL

Modelo ideal y corroborativo de los encuentros clínicos en atención primaria. Opinión del usuario

Cortés Valverde AI[1], García Tirado MªC[2], Rivas del Valle PA[2], De Los Ríos Álvarez AMª[3], García Maturana A[4], García López E[5]

[1] *Médico de Familia. CS Galera. ZB Huéscar. Granada*

[2] *Médico de Familia. Técnico de salud Unidad docente MFyC. Granada*

[3] *Médico de Familia. Jefa de estudios Unidad Docente MFyC. Granada*

[4] *Médico Residente de 4º año de MFyC. CS Huétor-Tájar. Granada*

[5] *Médico Residente de 4º año de MFyC. CS La Chana. Granada*

Objetivos: describir el modelo ideal de médico, enfermero y Centro de Salud de los usuarios de atención primaria y evaluar su percepción tras las consultas.

Diseño: descriptivo.

Emplazamiento: atención primaria.

Material y Método:

Población 100 usuarios (confianza: 0.95 precisión 0.10 estimación: 0.50). Muestreo consecutivo (5 días/ 2 semanas).

Tras el encuentro clínico se entrevistó mediante cuestionario (cronbach 75% 3 factores explican 74% de varianza) que midió: logro expectativas, satisfacción y grado de recomendación de médico, enfermero, Centro de Salud (escala: 1-10), y mediante preguntas abiertas se valoró ideal de buen Centro de Salud, médico y enfermero.

Aprobado comité ética.

Resultados:
2/3 de usuarios mujeres, edad media 48 años, el 53% sin estudios/estudios primarios y 40% en situación laboral activa. El 70% de usuarios prioriza un modelo ideal de médico humanista (humanidad, escucha, buen trato, comprensivo, cercano); parecido al ideal priorizado para enfermería (amabilidad, profesionalidad, humanidad y buen trato). Buenas instalaciones son priorizadas en el ideal de Centro de Salud (51%) Tras la consulta la satisfacción promedio con médico, enfermería y Centro de Salud fue 9,4, 8,4 y 8,6. El 83% recomendaría su médico, el 63% su enfermero y el 68% su Centro de Salud. El 83% considera sus expectativas cumplidas más de lo esperado.

Conclusiones: en el modelo ideal de atención primaria para el usuario prevalece el componente relacional y humano de médico y enfermería y la confortabilidad del centro. Este ideal parece validarse tras las consultas incluso más de lo esperado y la satisfacción es muy alta especialmente con el médico, quien conforma un elemento de alto valor.

Palabras clave: Patient satisfaction, Primary health care, Expectations.

RESULTADO DE INVESTIGACIÓN ORAL

Evolución del perfil lipídico en pacientes diabéticos con cardiopatía isquémica antes y después de implante de Stents coronarios

Padilla Pérez M[1], Terrón Fuentes D[2], Arias de Saavedra Criado MªI[2]

[1] *Cardiología. Complejo Hospitalario de Jaén. Jaén*

[2] *Médico Residente de 2º año de MFyC. CS Virgen de la Capilla. Jaén*

Objetivos: el diabético con Cardiopatía Isquémica presenta un elevadísimo riesgo cardiovascular, recomendando las guías de práctica clínica reducir el colesterol-LDL (LDL) < 70 mg/dl. Pretendemos analizar el grado de cumplimiento de esta recomendación en diabéticos cardiópatas sometidos a implante de stent coronario en nuestro medio.

Diseño: observacional retrospectivo.

Emplazamiento: pacientes del ámbito sanitario del CH Jaén, revisados en consulta de Cardiología y de Atención Primaria.

Material y Método: de 155 pacientes sometidos a intervencionismo coronario percutáneo (ICP) entre Febrero/2010 y Junio/2011, 48(30.9%) eran diabéticos. Registramos factores de riesgo cardiovascular, causa que motivó el ICP y perfiles lipídicos (colesterol total (CT), colesterol-HDL y LDL) en analíticas previas y a los 3-6 meses tras el ICP. Calculamos la proporción que se encontraba en rangos de LDL< 70 mg/dl, 70-100 mg/dl y >100 mg/dl. Realizamos análisis estadístico descriptivo, con chi-cuadrado y t de Student para muestras apareadas e independientes.

Resultados: 75,9% eran varones, 100% presentaban DMtipo2, 18.5% estaban insulinizados, 72,2% hipertensos, 48% fumadores y 40,7% obesos (IMC>30). ICP fue motivado por SCA en 70.4% y ángor estable en 29.6%. Los parámetros lipídicos pre y post cateterismo fueron: CT 199,8 ±48,9/160,6±94 mg/dl; LDL 120 ±39,9/78,1±26,3 mg/dl; HDL 41,9±8,2/39,2±8,9 mg/dl). En el seguimiento, sólo el 35.4% de los pacientes diabéticos presentaban LDL< 70 mg/dl, 54.2% estaban entre 70-100 mg/dl y 10.4% tenía LDL>100 mg/dl.

Conclusiones: se precisa enfatizar la importancia del control del LDL-colesterol en prevención secundaria de eventos cardiovasculares de pacientes diabéticos, ya que en nuestro medio es insuficiente.

Palabras clave: diabetes, cardiopatía isquémica, dislipemia.

RESULTADO DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

Vivencias de cuidadoras de personas inmovilizadas

Jiménez Cuadra E[1], Rodríguez González MªC[1], Parejo Serrano MªT[2], López Gutiérrez MªD[3]

[1] *Médico de Familia. CS Antequera. Málaga*
[2] *Médico de Familia. CS Archidona. Málaga*
[3] *Médico de Familia. CS Campillos. Málaga*

Objetivos: conocer las vivencias de los cuidadores/cuidadoras de personas inmovilizadas, para identificar mejoras en los servicios domiciliarios.

Diseño: es un estudio de tipo cualitativo, que analiza las vivencias de cuidadoras/res de personas inmovilizadas, para identificar mejoras en servicios domiciliarios.

Emplazamiento: en varios Centros de Salud urbanos, con una muestra de 22 cuidadoras/res de inmovilizados procedentes de medio rural y urbano.

Material y Método: se optó por una metodología cualitativa, de acuerdo con el objetivo y contexto del estudio, el diseño fue exploratorio y la selección de pacientes. se realizó utilizando un procedimiento mixto. Se hizo la selección de sujetos, a través de un informante clave, y a partir de ésta selección se eligieron los participantes, por un procedimiento aleatorio. Nos basamos en el censo de inmovilizados, y su cuidadora principal, a las que se le entregó la tarjeta más cuidado.

Resultados: diferencias cualitativas, rural/urbano, a favor de la primera. La zona rural tiene más facilidades en la accesibilidad, y más información del servicio. En general, la atención domiciliaria a demanda, está bien valorada. Existe demanda de educación sanitaria grupal, valoran positivamente a los profesionales, con habilidades en aspectos comunicacionales, y expresan su necesidad de apoyo emocional.

Conclusiones: necesidad de proponer el uso, de una estrategia informativa en cada Centro de Salud, en el programa de inmovilizados. Se hace necesaria una evaluación de la funcionalidad tarjeta más cuidado. Propiciar educación sanitaria, y formación a las profesiones en habilidades comunicacionales. Potenciar grupos de ayuda mutua, para expresión emocional y apoyo.

Palabras clave: cuidados, pacientes, inmovilizados, care, patients, to stand still.

RESULTADO DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

Brote de TBC en una Zona de Transformación Social: Análisis cualitativo del abordaje desde AP

Segura Domínguez N[1], Padial Serrano MªD[1], González Pastor JA[1], Campos Rico A[2], Torres Magno E[3]

[1] *Médico de Familia. CS El Cónsul. Málaga*
[2] *Enfermero. CS El Cónsul. Málaga*
[3] *Pediatra. CS El Cónsul. Málaga*

Objetivos: la transmisión de la tuberculosis continúa siendo un importante problema de salud pública, con una tasa de incidencia en España en torno a 15 casos x 100.000. Las creencias y comportamientos socioculturales arraigados en determinadas etnias, y nuestra respuesta a los mismos, pueden determinar dificultades a la hora de lograr el control eficaz de una epidemia. Nuestro objetivo es realizar un análisis cualitativo de las barreras encontradas en el abordaje de un brote de tuberculosis en un poblado chabolista e identificación de puntos de mejora.

Diseño: investigación Cualitativa, diseño exploratorio, entrevistas semiestructuradas en profundidad.

Emplazamiento: Centro de Salud. Poblado Chabolista.

Material y Método: se seleccionaron mediante informantes claves a varios representantes de la comunidad gitana afectada (996 personas), personal del Ayuntamiento y profesionales de EBAP. Las entrevistas fueron videograbadas, literalmente transcritas y analizadas mediante el Programa para el Análisis de Datos Cualitativos Atlas.ti, con triangulación, comprobación de la saturación de datos y elaboración de un Informe Final de Investigación.

Resultados: se realizaron 8 entrevistas de 1 hora de duración. Las categorías construidas fueron: temores y miedos detectados, barreras de comunicación (comprensión y expresión), estigma social, habilidades profesionales para un abordaje efectivo, comunicación entre profesionales e interniveles.

Conclusiones: los profesionales de Atención Primaria, como primera línea de atención sanitaria, son elementos clave en estas situaciones, debido a la cercanía a la población y su entorno, facilitando la vigily detección de casos, adherencia al tratamiento, control de la alarma social y evitación del estigma en enfermos y contactos.

Palabras clave: cualitativa, estigma, epidemiologia.

RESULTADO DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

¿Por qué se quejan nuestros pacientes? Reclamaciones de un servicio de urgencias hospitalario

Guerrero Carmona AMª, López Luque C, Doblas Miranda C, Gómez García M, Aguilera Peña M, Moreno Osuna F

Médico de Urgencias. Hospital Montilla. Córdoba

Objetivos: analizar las reclamaciones recibidas en el servicio de Urgencias de un hospital de 2º nivel a lo largo de 4 años para plantear recomendaciones y oportunidades de mejora e impulsar cambios en la organización para reducir su incidencia.

Diseño: estudio descriptivo retrospectivo.

Emplazamiento: servicio de urgencias en un Hospital comarcal.

Material y Método: estudio descriptivo retrospectivo de las 52 reclamaciones en un servicio de Urgencias entre enero de 2010 y enero de 2014 de un Hospital de 92 camas, que atiende unas 44.000 urgencias anuales (incluidas urgencias pediátricas, traumatológicas y ginecológicas no obstétricas).

Resultados: durante los últimos 4 años, el servicio de urgencias recibió 52 reclamaciones, entre las que había 2 cartas de agradecimiento, de las 50 restantes, el 64% (n=32) fueron mujeres, frente al 36% (n=18) de hombres.

Los 2 motivos más frecuentes fueron demora en la asistencia, el 54% (n=27) y mal trato percibido por el paciente, el 16% (n=8). Las reclamaciones fueron más frecuentes en invierno, probablemente por aumento de demanda asistencial y verano por tratarse de período vacacional sin refuerzo del servicio.

Conclusiones: existe un incremento anual en la demanda asistencial a urgencias, esto puede ocasionar el retraso en la atención y generar una insatisfacción global sobre el proceso asistencial lo que se traduce en un aumento del número de quejas y reclamaciones en los SUH, donde los tiempos de espera constituyen un importante indicador de calidad.

Palabras clave: reclamaciones, urgencias, satisfacción.

RESULTADO DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

Valoración y tratamiento de hiponatremias en urgencias

Muñoz Sánchez MªD[1], Benítez Rodríguez MªC[2], Arza Varo B[3]

[1] *Médico Residente de 4º año de MFyC. Área Osuna. Sevilla*

[2] *Médico Residente de 4º año de MFyC. CS El Rubio. Área Osuna. Sevilla*

[3] *Médico Residente de 4º año de MFyC. CS Virgen del Valle. Área Osuna. Sevilla*

Objetivos: valoración y tratamiento adecuado de hiponatremias leves, moderadas y graves. Clasificación etiológica de la hiponatremia mediante el cálculo de la osmolaridad plasmática. Correcta reposición de los niveles de Na+ en los casos de hiponatremias moderadas y graves.

Diseño: observacional retrospectivo.

Emplazamiento: atención hospitalaria.

Material y Método: para identificar los casos hemos usado el Libro de Registro e Historias clínicas. Se realiza estudio de hiponatremias atendidas en el período comprendido entre el 1-01-2013 / 1-03-2014,valorando edad, antecedentes personales (HTA,DM,ICC), toma de diuréticos, neurolépticos, las cifras de creatinina al ingreso en observación y al alta, síntomas al ingreso, las cifras de Na+ al ingreso y al alta, cálculo de osmolaridad plasmática, uso o no de s. hipertónico (solución salina 0.45%) según protocolo y destino final del paciente.

Resultados: los pacientes estudiados el 48% presentaba a su ingreso hiponatremia grave Na+< 115 mEq/l, el 93% presentaba osmolaridad plasmática baja y sólo un 3% una osmolaridad plasmática normal. A su ingreso en urgencias el 39% de los pacientes presentaban síntomas neurológicos (confusión, somnolencia, desorientación) y el 61% síntomas digestivos (nauseas y vómitos). Como tratamiento en 36% de los pacientes se utilizó suero hipertónico según protocolo (solución salina 0.45%) presentando el 51% de los pacientes un Na+ al alta > o igual a 125mEq/L. Los pacientes permanecieron una media de 24 horas en el servicio de observación, tras tratamiento el 51% fue alta a Domicilio, 45% ingreso en MI y 3% ingreso en UCI.

Conclusiones: Na+ es el principal catión extracelular. Las alteraciones de su homeostasis son frecuentes y un desafío debido a su potencial morbilidad y mortalidad por lo que es necesario disponer de un protocolo adecuado.

Palabras clave: hiponatremias, urgencias.

RESULTADO DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

Valoración de riesgo de caídas mediante escala de Downton en pacientes mayores de 65 años atendidos en domicilio

Fernández Ortega S[1], Machuca Albertos MªJ[2], Acosta Matamoros L[3], Caparrós García JM[4], Luque Barea MªA[5]

[1] *Médico Residente 3er año de MFyC. CS La Laguna. Cádiz*

[2] *Médico Residente 4º año de MFyC. CS La Laguna. Cádiz*

[3] *Enfermera Residente 2º año de MFyC. CS La Laguna. Cádiz*

[4] *Enfermero de Familia. CS La Laguna. Cádiz*

[5] *Médico de Familia. CS La Laguna. Cádiz*

Objetivos: determinar riesgo caídas mediante escala valoración Downton en >65 años atendidos en domicilio con dificultad para desplazarse por cualquier causa.

Diseño: estudio observacional, descriptivo, transversal.

Emplazamiento: atención primaria.

Material y Método: cribado riesgo caídas mediante escala validada Downton (punto corte alto riesgo ≥3) en valoración domiciliaria de inmovilizados por enfermería comunitaria. Identificación en programa de salud, registro en historia digital de evaluados. Identificación cuidador principal. Establecimiento medidas específicas de intervención en cada caso según factores de riesgo detectados: propios paciente, propios enfermedad o régimen terapéutico. Notificación, registro y evaluación periódica de eventos relacionados con caídas. Corte para valoración resultados primer semestre. Estadística hoja cálculo Excel 2007.

Resultados: N=90. Rango edad 66-99 años, media 86,23. 63% mujeres. Cuidador principal identificado en 94%. Tienen antecedentes de caídas 66,70%. Todos toman 1 o más fármacos, 54,40% toma tranquilizantes/sedantes, 50% con hipotensores no diuréticos y 36,70% reciben diuréticos; 100% con sedantes tienen antecedentes de caídas, 95% de tratados con hipotensores/diuréticos han sufrido caídas. En relación al déficit sensorial, más del 60% tienen alteraciones visuales y/o auditivas, 32,30% afectación en extremidades, 30% presenta estado confusional. Posibilidad deambulación en casi la mitad es insegura con o sin ayuda. Puntuación escala Downton oscila entre 3-9 puntos, media 5,95, punto de corte corresponde a pacientes con deambulación imposible.

Conclusiones: riesgo alto de caídas en inmovilizados >65. Riesgo más elevado pacientes que reciben tranquilizantes e hipotensores. Menor riesgo pacientes con deambulación imposible. Necesario medidas específicas de intervención según factores riesgo relacionados. Necesidad reevaluaciones periódicas e implantación de mejoras.

Palabras clave: seguridad paciente, riesgo, caída.

RESULTADO DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

¿Es necesaria la realización de una retinografía a pacientes diabéticos sin microalbuminuria?

Donaire Cazorla JC[1], Conchilla Parrilla JM[ª2], Maldonado Balbín Y[2], Marfil Ruiz R[1]

[1] *Médico de Familia. EBAP Jódar. Jaén*

[2] *Médico de Familia. Dispositivo de apoyo Jódar. Jaén*

Objetivo: analizar si la ausencia de microalbuminuria (MAU) en pacientes diabéticos, se corresponde con la ausencia de lesiones de retinopatía diabética (RD) apreciables mediante retinografía (RTG), así como la rentabilidad del empleo de la MAU como criterio de realización de RTG en estos pacientes.

Diseño: estudio observacional, descriptivo y transversal.

Emplazamiento: atención primaria. Zona Básica de Salud.

Material y Método:

Participantes: diabéticos mayores de 14 años a los que se les han realizado una RTG entre enero de 2009 y diciembre de 2010.
Intervenciones: revisión de historias clínicas
Mediciones principales: cuantificación de la excreción urinaria de albumina y creatinina; grado de afectación de fondo de ojo según la Escala Internacional de gravedad de la RD.

Resultados: 77,1% de RTG fueron normales, 3,4% no valorables, 12% RD y 7,5% retinopatía no diabética; el 7% de pacientes presenta aumento del cociente Albumina/Creatinina (A/C), el 18% MAU, el 3,1% macroalbuminuria y el 71,9% excreción normal. El valor predictivo negativo de la MAU para la RD obtenido es de 0.937 (0,91-0,98)

Conclusiones: cabría plantearse la rentabilidad de utilizar la MAU y la elevación de cociente A/C como criterio de realización de RTG, porque si sólo se realizaran RTG a diabéticos con MAU se ahorrarían más del 70% y se dejarían de detectar menos del 0.5% de RD que amenazan la visión.

Palabras clave: microalbuminuria, nefropatía diabética, retinopatía diabética.

RESULTADO DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

Localización y edad media de la neoplasias en cuidados paliativos del Área de Gestión Sanitaria

Alonso García FJ[1], Alonso Paniagua MªA[1], Sáez Molina E[2], Vicente Martínez F[1], Rosa Martínez F[1], Cano García MªS1

[1] *Médico de Familia. Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias. Hospital La Inmaculada. Huércal Overa (Almería)*

[2] *Enfermera de Cuidados Paliativos. Hospital La Inmaculada. Huércal Overa (Almería)*

Objetivos: conocer la localización y la edad media de las neoplasias en cuidados paliativos domiciliarios en el Área de Gestión Sanitaria comprendido desde 2011-2013.

Diseño: estudio descriptivo de pacientes oncológicos en fase terminal sin especificar estadiaje de neoplasia que entran en la unidad de cuidados paliativos domiciliarios por parte del médico de familia, servicio urgencias hospitalarias y tras ingreso en planta hospitalaria.

Emplazamiento: unidad de cuidados paliativos domiciliarios del área.

Material y Método: se recogieron los datos desde el 1/1/2011 a 31/12/2013 de pacientes en cuidados paliativos dependiendo de la localización, en la que se incluyeron: tórax, abdomen, cabeza, cuello, hematológicos, piel y hueso y otros tumores. Otros datos de interés recogidos fueron la edad media de los pacientes que padecían las neoplasias.

Resultados: durante los 3 años de estudio, se evidenció una mayor prevalencia de neoplasias a nivel de abdomen, seguidas en segundo lugar de las de tórax y por último las de cabeza.

Datos 2011-2013: total de pacientes con neoplasias en cuidados paliativos domiciliarios 452 (abdomen 255, tórax 113, cabeza 33, cuello 11, hematológicos 13, piel y hueso 9, otros 16).

Conclusiones:

En nuestro estudio descriptivo de localización en pacientes de cuidados paliativos domiciliarios predomina la localización de neoplasias.
A nivel de abdomen con una edad media de 76 años seguidas de las de tórax con una edad media de 71 años, no evidenciándose alteraciones.
Significativas a lo largo del tiempo respecto a la localización del tumor y en la edad media de presentación.

Palabras clave: cuidados paliativos, localización, edad media, neoplasia.

RESULTADO DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

Prácticas de riesgo en adolescentes institucionalizadas en un centro de menores

Salva Ortiz N[1], Allely Ramírez MªJ[2], Rodríguez González MªJ[1], Fuentes Vázquez F[3], Castro Ríos AMª[4], Crespo González MªC[4]

[1] *Médico de Familia. DCCU Bahía de Cádiz la Janda. El Puerto de Santa María (Cádiz)*

[2] *Médico de Familia. Clínica Isla Salud. San Fernando (Cádiz)*

[3] *Enfermero. DCCU Bahía de Cádiz la Janda. El Puerto de Santa María (Cádiz)*

[4] *Enfermera. DCCU Bahía de Cádiz la Janda. El Puerto de Santa María (Cádiz)*

Objetivos: identificar prácticas de riesgo y factores asociados.

Diseño: descriptivo transversal.

Emplazamiento: atención primaria.

Material y Método:

Población: niñas del centro de menores.
Muestra: 50 niñas ingresadas en octubre 2013.
Variables: Edad. Consumo: tabaco, alcohol, cannabis, cocaína, éxtasis, heroína, otros. Gestaciones. IVEs y ETS. Comorbilidades. Uso ACHO.
Recogida de datos: Historias de salud del centro y analizadas mediante IPSS 15.

Resultados:

Perfil: Chicas con una media de edad de 16´3 años +/-1´099. Un mínimo de 14 años y un máximo de 19 años. El 80% fuman, el 24% consumen cocaína, 2% heroína, 60% cannabis, 34% alcohol, 22% éxtasis y 4% otros tóxicos. El 28% tiene 1 hijo. El 24% ha sufrido algún aborto; el 12% IVEs. Morbilidades: TDHA 8%; TDHA+ Trastorno disocial 12%, Trastorno adaptativo 4%; Trastorno adaptativo+ Trastorno disocial2%. Anorexia-bulimia 2%. Ansiedad 4%. El 4% condilomas y el 2% hepatitis B. El 18% toma ACHO. No existen diferencias significativas de las conductas de riesgo con la edad y la comorbilidad asociada excepto para la cocaína. Las fumadoras tienen asociado el consumo de otros tóxicos sobre todo cannabis y cocaína.

Conclusiones: las chicas ingresadas en centros de menores tienen conductas de riesgo abordables. Sería necesario implementar programas educativos orientados a mejorar su salud.

Palabras clave: drug, dependence, adolescent.

RESULTADO DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

Prevalencia de lactancia materna. Factores relacionados y motivos de abandono en un Centro de Salud

Allely Ramírez M[a]J[1], Salva Ortiz N[2], Palacio Millán S[2], Castro Ríos AM[a3], Barberán Morales C[2], Cabilla Vargas JL[2]

[1] *Médico de Familia. Clínica Isla Salud. San Fernando (Cádiz)*

[2] *Médico de Familia. DCCU Bahía de Cádiz la Janda. El Puerto de Santa María (Cádiz)*

[3] *DUE. DCCU Bahía de Cádiz-La Janda. El puerto de Santa María (Cádiz)*

Objetivos: estimar prevalencia de lactancia materna en niños nacidos entre Enero y Diciembre de 2012 del Centro de Salud. Valorar duración y factores asociados. Identificar motivos de no inicio y de abandono de lactancia.

Diseño: descriptivo transversal.

Emplazamiento: atención primaria.

Material y Método:

Población: Niños del centro.

Muestra: 283 nacidos entre Enero y Diciembre de 2012.

Variables: Socio-demográficas de la madre; Relacionadas con situación previa al embarazo; con embarazo, parto y lactancia en estudio, Motivo de no lactancia, y de abandono.

Recogida de datos: De la historia digital de madre e hijo y entrevista telefónica.

Análisis: Mediante el programa SPSS V15.

Resultados:

Perfil madres: edad media: 32,25 años +/-4,8 (entre 16 y 44 años), casadas (62,2%), estudios secundarios-bachiller (29,8%) y no trabajadoras (53%). Prevalencia de inicio de lactancia: 78,4%, Duración de lactancia: 32,4% < 2 meses, 10,8% dos meses, 18,2% 4 meses, 10,1% 6 meses y 28,4% más de 6 meses. Los factores asociados con el inicio de la lactancia fueron: lactancia previa y acudir a educación maternal durante el embarazo. La duración de lactancia se relaciona con lactancia previa y tener estudios. Los motivos de la madre para no iniciar lactancia fueron: no puede (43,6%) y no quiere (35,9%). Principal motivo de abandono (50,4%): "no tener leche suficiente".

Conclusiones: aunque la mayoría de mujeres inician lactancia, pocas mantienen el tiempo recomendable. Habría que fomentar una educación maternal más completa que incluya formas de apoyo a las lactantes.

Palabras clave: breastfeeding, prevalence, family medicine.

RESULTADO DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

Valoración nutricional del paciente geriátrico con Alzheimer

Salva Ortiz N[1], Allely Ramírez MªJ[2], Fuentes Vázquez F[3], Castro Ríos AMª[4], Rodríguez Torres M[4], Rodríguez González MªJ[1]

[1] Médico de Familia. DCCU Bahía de Cádiz la Janda. El Puerto de Santa María (Cádiz)

[2] Médico de Familia. Clínica Isla Salud. San Fernando (Cádiz)

[3] Enfermero. DCCU Bahía de Cádiz la Janda. El Puerto de Santa María (Cádiz)

[4] Enfermera. DCCU Bahía de Cádiz la Janda. El Puerto de Santa María (Cádiz)

Objetivos: valorar el estado nutricional y el perfil de ancianos con Alzheimer institucionalizados y factores asociados. Medir prevalencia de úlceras por presión, número de ingresos e infecciones respiratorias.

Diseño: descriptivo transversal.

Emplazamiento: atención primaria.

Material y Método:

Población: ancianos ingresadas en un centro de Alzheimer.

Muestra: 59 ancianos ingresados en octubre 2013 en el centro.

Variables: Edad. Sexo. Meses de estancia en el centro. Test nutricional MNA. Indicadores analíticos de desnutrición.

Recogida de datos: Historias de salud del centro. El análisis de los datos se realizara mediante el programa SPSS V15.

Resultados:

Perfil: Población de estudio son ancianos 31,6% hombres y 68,4% mujeres con una media de edad de 81,31 años +/-1,054. Un mínimo de 58 años y un máximo de 97 años. Tiempo de ingreso medio en el centro de 44,19 +/-5,44. Con un mínimo de 3 meses y un máximo de 264 meses. El 14% tiene úlceras preingreso y el 86% no las presentan. El 17,5% presenta úlceras de nuevo diagnostico en el centro. En nuestra población a estudio un 25,4% presenta malnutrición, un 54,2% riesgo de malnutrición y un 20, 3% estado nutricional normal. El grado de demencia condiciona el nivel nutricional con diferencias significativas.

Conclusiones: los pacientes con enfermedad de Alzheimer tienen un aumento de riego de malnutrición y el grado vienen relacionado con el grado de demencia tanto en hombres como mujeres.

Palabras clave: nutrition, alzheimer, elder.

RESULTADO DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

Prevalencia de consultas dermatológicas y de derivaciones en un Centro de Salud rural

García Sardón P[1], Domínguez Teba AJ[2], Velázquez Giménez de Cisneros G[3], Morán Rocha MªT[4], Martínez Pérez R[5], Pedregal González M[6]

[1] *Médico Residente de 1er año de MFyC. CS Bollullos Par del Condado/ H. C. Infanta Elena Huelva*

[2] *Médico Residente de 4º año de MFyC. CS Bollullos Par del Condado/ H. C. Infanta Elena Huelva*

[3] *Médico Residente de 4º año de MFyC. CS Bollullos Par del Condado. Huelva*

[4] *Médico Residente de 2º año de MFyC. CS Bollullos Par del Condado/ H. C. Infanta Elena Huelva*

[5] *Médico Especialista de MFyC. CS Bollullos Par del Condado. Huelva*

[6] *Médico Especialista de medicina Familiar y Comunitaria. Unidad Docente Huelva*

Objetivos:
Principal: Determinar la prevalencia de consultas dermatológicas en Atención Primaria (AP).
Secundarios: Describir las características clínicas de los pacientes, la presunción diagnóstica y tratamiento.
Determinar prevalencia de derivaciones.

Diseño: observacional descriptivo transversal.

Emplazamiento: Centro de Salud rural.

Material y Método:
Se calculó el tamaño muestral con una prevalencia del 50%, precisión del 4% e intervalo de confianza 95% (n=600). Se seleccionó una muestra consecutiva (n= 925).
Variables: edad, sexo, diagnóstico de presunción, tratamiento y derivación.
Se emplearon porcentajes para las variables cualitativas y media y desviación típica para las cuantitativas. Se calcularon intervalos de confianza 95%.
Recogida de datos mediante formulario entregado a los profesionales y análisis con SPSS codificando las patologías según CIE 10.

Resultados:
La prevalencia de consultas dermatológicas fue del 2,92%, IC (1,97-4,16).
El 59,3% fueron hombres. La edad media 52,26 años (DT 21,75).
Las presunciones diagnósticas más frecuentes fueron hiperplasias y neoplasias benignas (33,3%) lesiones precancerosas (11,1%) y alteraciones inmunoalérgicas (11,1%).
Los tratamientos más utilizados fueron hidratación (33,3%), corticoides tópicos (18,5%) y cirugía (11,1%)
La prevalencia de derivaciones fue del 18,51%, IC (7,12-36,38). Todas fueron sospechas de lesiones precancerosas o cancerosas.

Conclusiones:
El total de consultas dermatológicas fue bajo, menor del 3%.
Los motivos de consulta más frecuentes indican buena asimilación de los signos de alarma.
Las derivaciones cursadas fueron ejecutadas con buen criterio, tratándose, la mayoría, de lesiones que entran en Proceso Asistencial Integrado de Cáncer de Piel.

Palabras clave: Prevalence, Dermatology, Health Center.

RESULTADO DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

Interrupción voluntaria del embarazo en pacientes jóvenes

Gilsanz Aguilera N[1], Morales Rueda A[2], Moreno Moreno RE[3]

[1] *Médico de Familia. CS de Benamejí. Distrito Córdoba Sur. Córdoba*

[2] *Enfermería de unidad de cuidados críticos y urgencias. UGC Las Lagunas. Distrito Costa del Sol. Málaga*

[3] *Médico de Familia de UGC Palma-Palmilla. Distrito Sanitario Málaga*

Objetivos: perfil de mujeres jóvenes (25 años o menos) que solicitan un IVE en nuestro Centro de Salud.

Diseño: descriptivo retrospectivo.

Emplazamiento: Centro de Salud urbano en año 2012.

Material y Método:
Criterios de selección: de las pacientes que cursaron IVE en el 2012, las que tenían 25 años o menos.
Número de Sujetos: de 170 mujeres que solicitaron un IVE, 69 tenían 25 años o menos(N=69).
Variables: edad, nacionalidad, método anticonceptivo, IVES previos, píldoras postcoitales previas y si continuó con el embarazo.
Método: a través de la hoja de registro de IVES del Centro de Salud y la historia de salud digital andaluza (DIRAYA).
Análisis estadístico con SPSS 20.0.

Resultados:
Del total de IVES del Centro de Salud, el 40.58% tenían 25 años o menos. Edad media de 20,95 años. El 49,3% españolas, seguidas de latinoamericanas 30,5%.
El método anticonceptivo más utilizado fueron anticonceptivos orales 21,7%, el 11,6% no utilizaba ninguno y el preservativo 8,7%.
Se habían realizado IVES previamente un 29%.
Habían recurrido a la píldora postcoital en alguna ocasión el 11,9%.
El 4,3% de pacientes decidieron continuar con el embarazo.

Conclusiones:
Estos datos indican el bajo porcentaje de jóvenes que usan métodos barrera, siendo los más utilizados los anticonceptivos orales y un porcentaje que no usa ningún método. Insistir en campañas de formación para jóvenes sobre métodos barrera y protección de enfermedades de transmisión sexual.
Elevada cantidad de pacientes se había realizado un IVE previamente. Esto nos refleja la realidad de algunas pacientes que usan el IVE como método anticonceptivo y nos hace pensar que algo falla en educación sexual

Palabras clave: Aborto inducido, Solicitantes de aborto, Adulto joven.

RESULTADO DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

Calidad de los registros en las historias digitales en Atención Primaria

De la Calle Vélez M[1], González Begines V[2], Luque Escalante MªL[2], Román Jiménez L[1], González Barbero E[2], Aranda Lara FJ[2]

[1] *Médico Residente de MFyC. CS Virgen de Consolación. Utrera (Sevilla)*

[2] *Médico de Familia. CS Virgen de Consolación. Utrera (Sevilla)*

Objetivos:

Conocer el grado de cumplimentación de las Historias de Salud Digital (HSD) en nuestro sistema informático Diraya y evaluar si su contenido de adapta a las normas de calidad.

Detectar las desviaciones de la práctica clínica y proponer una estrategia de cambio y corrección de las deficiencias detectadas mediante la puesta en marcha de un ciclo de mejora.

Diseño: estudio Observacional retrospectivo tipo auditoría interna.

Emplazamiento: atención primaria

Material y Método:

Ámbito de estudio centrado en zonas urbana y rural pertenecientes a la provincia de Sevilla, que cuenta con 1 Centro de Salud urbano y 5 rurales con una población asignada de 31.826 ciudadanos.

Sujetos de estudio: historias de salud digital de la población atendida.

Muestra aleatoria por conglomerados, n=2008 historias de seguimiento clínico.

Variables de estudio: cualitativas dicotómicas.

Fuentes de información: base de datos DIRAYA.

Resultados: existen grandes diferencias de cumplimentación entre profesionales, entre 21 y 89% ($p< 0.0005$). Mayor cumplimentación por parte de residentes en comparación con otros profesionales. Misma cumplimentación médicos de familia que pediatras (60%). Casi un 30% mayor de cumplimentación en los cupos con residente.

Conclusiones: los resultados obtenidos permiten conocer a los profesionales, incluso de forma individual, la realidad de la cumplimentación de la HSD. Ello puede servir de motivación para mejorar la calidad de nuestros registros. Pudiéndose comprobar en un futuro si varía la cumplimentación tras conocerse estos datos.

Palabras clave: medical records, primary care, personal health records.

RESULTADO DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

Atención Domiciliaria al paciente paliativo por equipos de urgencias extrahospitalarias

García González J[1], Carbajo Martín L[2]

[1] *Médico de Familia. DCCU Morón de la Frontera. Sevilla*

[2] *Médico de Familia. Hospital de Alta Resolución Utrera. Sevilla*

Objetivos:

- Conocer la demanda de asistencia extrahospitalaria de urgencia de los pacientes paliativos.

- Identificar la patología y los síntomas que con más frecuencia produce esta demanda.

Diseño: estudio observacional descriptivo retrospectivo.

Emplazamiento: urgencias extrahospitalarias.

Material y Método:

Estudio basado en el análisis de historias clínicas de pacientes atendidos con criterios de terminalidad para enfermedad oncológica y no oncológica, del 1 de enero al 31 de diciembre de 2013.

Se identifica edad del paciente, si se trata de patología oncológica o no oncológica, si es controlado o no por la unidad de continuidad asistencias (UCA), motivo de consulta, tratamiento pautado y resolución de la demanda.

Se realizó análisis descriptivo de las variables del estudio.

Resultados: se evaluó un total de 52 pacientes, 39 con **patología** oncológica y 13 con patología no oncológica. Las no oncológicas más frecuentes son EPOC (46.1%, N=6); Demencia (23.1%, N=3) e Insuficiencia Cardiaca (23.1%, N=3). De los 52 casos, 22 (42.3%) se solucionaron en domicilio y 26 (50%) se derivaron al hospital. Los motivos de consulta han sido muy variados, y llegan a sumarse varios motivos en la misma consulta (n =61). Los que se han repetido con más frecuencia han sido: disnea (34.4%, N=21); dolor (23%, N=14) y decaimiento-astenia (11.5%, N=7).

Conclusiones:

La asistencia a los enfermos paliativos en una demanda importante en los servicios de urgencias extrahospitalarios.

La mayoría de los pacientes paliativos son pacientes oncológicos.

La disnea es el motivo más frecuente de consulta en pacientes paliativos.

Palabras clave: Palliative care, Home care, Terminal disease.

RESULTADO DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

Historia clínica digital de movilidad (HCDM) y su repercusión en la codificación diagnóstica

Carrasco Gutiérrez V, Fernández Natera A, Salado Natera MªI

Médico de Familia. Distrito Bahía de Cádiz-La Janda. UGC DDCU. Cádiz

Objetivos: demostrar que la utilización de la aplicación HCDM mejora los registros de codificación diagnóstica en urgencias extrahospitalaria.

Diseño: estudio descriptivo.

Emplazamiento: equipos móviles de los dispositivos de cuidados críticos y urgencias de un distrito de atención primaria.

Material y Método: se ha seleccionado aleatoriamente 2 meses, Enero y Febrero de 2014, y se han analizado el total de avisos que han realizado los equipos móviles, dividiéndolos en dos grupos, en función de la disponibilidad de la HCDM. El tamaño muestral fue de 4282 asistencias.

Resultados: el grupo de equipos móviles con HCDM realizaron 2412 asistencias con un porcentaje de codificación del 81,65%, mientras que el grupo sin HCDM realizaron 1870 asistencias, con un porcentaje de codificación del 70,07%.

Conclusiones: la aplicación de HCDM mejora la codificación diagnóstica en urgencias, como demuestra los resultados, a pesar de la mayor carga asistencia del grupo de equipos móviles con HCDM. Dicha mejora está motivada por la obligación de codificar el diagnóstico para cerrar el episodio y su posterior transmisión automática de la codificación a los centros coordinadores para su registro sin necesidad de llamar por teléfono, simplificando el procedimiento.

Palabras clave: codificación, emergencia, tecnología.

RESULTADO DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

Atención de calidad en primaria y urgencias. Una prioridad

Serrano Rodríguez L[1], Moreno Fontiveros MªÁ[2], Martínez Vera MªJ[3]

[1] *Médico Residente de 1er año de Medicina Interna. Hospital de Osuna. Sevilla*

[2] *Médico de Familia. CS Estepa. Málaga*

[3] *Médico de Familia. CS Casariche. Sevilla*

Objetivos: queremos demostrar como una buena cobertura de personal en primaria, así como la asistencia por "mi médico de siempre" favorece un mejor flujo de las urgencias hospitalarias, así como la menor demanda de estas y además que la visita por parte del paciente sea de calidad, es decir, que haya una patología clara de urgencias.

Diseño: es un estudio prospectivo descriptivo con un reclutamiento progresivo de los sujetos a medida que vayan demandando a urgencias hasta un número de 300.

Emplazamiento: área de Urgencias de un hospital comarcal.

Material y Método: a los sujetos se les pasará un cuestionario para reclutar la información y se cogerá el diagnóstico y tratamiento al alta. Los sujetos y los médicos que los tratan no intervienen en el estudio. Se analiza con SPSS versión 9.

Resultados: el 70% de los sujetos acudían por medios propios y motu propio. El 27% de los derivados por su médico de atención primaria el 10% se ingreso en el hospital, el 17% no acabo ingresado pero el 7% fue derivado de manera preferente a consultas y el otro 8% precisaba pruebas complementarias realmente tras valorar motivo de consulta y diagnóstico al alta. Un 2% no precisaría haber acudido a urgencias. Del 70% que acudió por medios propicios reconocía no tener un médico por múltiples cambios, no haber citas, etc. De estos sólo 5% ingreso en el hospital y un 6% fueron derivados de manera preferente.

Conclusiones: aumento de la inversión en primaria hará unas urgencias más eficientes y eficaz.

Palabras clave: urgencias, atención primaria, calidad.

RESULTADO DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

Eficiencia y eficacia de una consulta programada de infiltraciones

Merina Díaz R[1], Pérez Román MªD[1], Landróguez Salinas S[2], Rodríguez Rodríguez E[1]

[1] *Médico de Familia. CS Jerez Centro. Cádiz*
[2] *Médico del DDCCU. CS Jerez Centro. Cádiz*

Objetivos: evaluar la utilización de una Consulta Programada de Infiltraciones y su eficacia en patología osteoarticular y tendinosa.

Diseño: estudio observacional descriptivo.

Emplazamiento: atención primaria.

Material y Método:

Participantes: pacientes derivados por su Médico de Familia a Consulta Programada de Infiltraciones con patologías susceptibles de ser tratadas mediante este procedimiento, durante el primer semestre de 2014.

Método: infiltración de un corticoide depot (Trigon depot) mas anestésico local (Scandinisa al 2%). Se analizaron las variables edad, sexo, patología articular y periarticular a infiltrar, mejoría clínica, complicaciones, y facultativo que deriva. Revisión a las dos semanas, valorando la existencia de efectos secundarios, mejoría subjetiva alcanzada del dolor como de la movilidad articular, y necesidad de una nueva infiltración. Estadística descriptiva.

Resultados: se han infiltrado en los primeros 6 meses de 2014 a 82 pacientes de 9 cupos diferentes con una media de edad de 63 años, de los cuales 64 fueron mujeres (78%) y 18 varones (22%). Las patologías infiltradas con más frecuencia fueron las de hombro, 31 (37,8%) y rodilla 30 (36,6%). El 80% de los pacientes manifestaron mejoría o desaparición de los síntomas, y se produjeron 6 reacciones adversas (7,3%), de las que 5 fueron elevaciones de TA. El 60% de los pacientes fueron derivados por el 22% de los facultativos.

Conclusiones:

La infiltración local con corticoides depot es una técnica eficaz con baja incidencia de efectos adversos, en la mayoría leves.

Mejorar la eficiencia de la Consulta Programada con una mayor implantación entre los profesionales.

Palabras clave: Corticosteroid injections, Locomotive apparatus, Primary health care.

RESULTADO DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

El dermatoscopio como ayuda al médico de familia para mejorar el diagnóstico clínico de lesiones dérmicas

Moreno Elías LC[1], Rueda Romero C[2], Delgado Sánchez N[3], Navarro Martín JA[4], Rivas Ruiz F[5], De Troya Martín M[6]

[1] Médico de Familia de urgencias. Hospital Costa del Sol. Marbella (Málaga)

[2] Médico de Familia. UGC Las Lagunas. Mijas (Málaga)

[3] Psicóloga y responsable de educación para la salud. Distrito sanitario Costa del Sol. Mijas (Málaga)

[4] Médico de Familia, Tutor y coordinador. CS Arroyo de la Miel. Benalmádena (Málaga)

[5] Estadístico. Hospital Costa del Sol. Marbella (Málaga)

[6] Dermatóloga. Responsable Servicio Dermatología Hospital Costa del Sol. Marbella (Málaga)

Objetivos: evaluar la mejora diagnóstica de lesiones dermatológicas pigmentadas mediante dermatoscopio de los médicos de familia formados en relación al resto de médicos no formados.

Diseño: el método seguido es auditoría de historias clínicas de pacientes Estudio cuasi experimental, de intervención, retrospectivo. Periodo de estudio: Septiembre-Diciembre 2012. Grupo Intervención: 22 médicos formados con dermatoscopio (17 horas de formación) pertenecientes a 12 Centro de Salud del Distrito. Grupo Control: 22 médicos de esos mismos centros no formados en dermatoscopia ni en diagnóstico precoz del CP, estratificados por Centro de Salud. Se seleccionara idéntico nº de facultativos por centro que los del grupo de intervención.

Emplazamiento: estudio multicéntrico en diferentes Centro de Salud y hospital.

Material y Método:

El método seguido es auditoría de historias clínicas de pacientes derivados a servicio de dermatología en periodo de estudio, valorando:

- Confirmación diagnostica.
- Criterios de calidad de informe de derivación:

1. Fototipo de piel.
2. Antecedentes familiares.
3. Antecedentes personales.
4. Diagnóstico: descripción de lesión.
5. Fecha de inicio síntomas.
6. Medicación /tratamiento.

Resultados: Los resultados obtenidos muestran que los facultativos formados confirman el diagnóstico 2.3 veces más que los No formados. OR 2.3 IC95%(1.14-4.57) p<0.05.

Conclusiones: Los médicos de familia constituyen una pieza clave para impulsar el diagnóstico precoz del cáncer de piel. Una formación mínima en dermatoscopia y CP, así como disponibilidad de dermatoscopio de estos profesionales es altamente rentable, multiplicando por 2,3 la confirmación diagnostica de lesiones pigmentadas.

Palabras clave: Dermoscopy, Primary Care, Diagnosis.

RESULTADO DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

Conocimiento y actitud de los profesionales sanitarios de atención primaria en relación con el código europeo contra el cáncer

Romero Rodríguez EM[a1], Pérula de Torres LÁ[2], Leiva Cepas F[3]

[1] *Médico Residente de MFyC. CS Occidente Azahara. Córdoba*

[2] *Técnico. Unidad Docente MFyC. Córdoba*

[3] *Médico Residente de MFyC. CS Villarrubia. Córdoba*

Objetivos: comprobar el grado en que los profesionales de Atención Primaria conocen y realizan en la práctica diaria los consejos del CECC.

Diseño: estudio observacional transversal.

Emplazamiento: Centro de Salud del Sistema Nacional de Salud.

Material y Método: se invitó a participar a profesionales de APS y socios de semFYC. Los profesionales cumplimentaron un cuestionario on-line (Google) que recogía datos sociolaborales y preguntas sobre el grado en que realizaban consejos preventivos recogidos en el CECC con sus pacientes. Análisis estadístico descriptivo y univariado ($p<0,05$).

Resultados: 1666 encuestados, con una edad media de 46,5 años (DT: 9,3), siendo el 74% mujeres, 83% médicos y 11,2% enfermeras. Un 48% desconoce el CECC y un 77% no estaba adscrito al PAPPS. Las actividades preventivas transmitidas con mayor frecuencia son el consejo antitabaco (36% en >90%), seguido del consejo dietético para la obesidad (22%). Las menos recomendadas, las prácticas sexuales seguras (8%) y el uso de protector solar (2%). El 90% está de acuerdo con la realización de mamografías y citologías. Se aprecian diferencias significativas según la edad, el sexo (más proactivas las mujeres), el tipo de profesional (más intervencionistas las enfermeras), ser tutor de residentes, el tiempo trabajado y con el hecho de conocer o no el CECC.

Conclusiones: aunque solo la mitad de los encuestados conocen el CECC, el grado de transmisión de consejos preventivos en la consulta es mucho mayor, siendo el personal de enfermería el que más promueve este tipo de actividades.

Palabras clave: Código Europeo contra el Cáncer, prevención del cáncer, atención primaria.

RESULTADO DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

Prevalencia y adecuación de terapia con doble antiagregación en un Centro de Salud

Vélez Medina JM[1], García Hidalgo R[2], Moreno Lamela J[3]

[1] Médico Residente de 4º año de MFyC. CS El Alamillo. Sevilla
[2] Médico Residente de 2º año de MFyC. CS El Alamillo. Sevilla
[3] Médico Residente de 3er año de MFyC. CS La Merced. Sevilla

Objetivos:

Objetivar la adecuación de tratamiento con doble terapia antiagregante (DTA) (AAS y clopidogrel) tras un evento cardiovascular.
Prevalencia en nuestro centro.
Estimar el ahorro que supondría cumplir con las recomendaciones para la DTA según el acuerdo internivel de nuestro distrito.
Base para futuro estudio morbimortalidad de complicaciones.

Diseño: pacientes con DTA activa en tratamiento actual.

Emplazamiento: atención primaria.

Material y Método: identificación de los pacientes que presentan activa la DTA activa a través de una herramienta de creación de listados de DIRAYA. Se identifica fecha del diagnóstico y se calculan el número de días en tratamiento con DTA y su coste.

Resultados: sólo 15 pacientes cumplen criterios para el tratamiento con DTA. Ninguno de los pacientes con diagnostico de ACV y arteriopatía periférica con DTA cumplen las recomendaciones. El ahorro es de 96.897,42 €/año, si se cumplieran los criterios para todos los pacientes.

Conclusiones: es necesario revisar este tipo de pacientes ya que supone un alto coste en farmacia y sobre todo por el riesgo de sangrado aumentado en comparación con antiagregación en monoterapia.

Palabras clave: Inhibidores de Agregación Plaquetaria, Terapia Combinada, ahorro de costo.

RESULTADO DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

Implante subcutáneo: un anticonceptivo para todas las mujeres

Luque Ruano AL[1], Lora Coronado MªP[2], Luque Guerrero A[3]

[1] *Médico de Familia. CS de Bujalance (Córdoba)*

[2] *Médico Residente de 4º año de Medicina de Familia y Comunitaria. CS de Bujalance (Córdoba)*

[3] *Enfermera. CS de Bujalance (Córdoba)*

Objetivos: conocer el perfil de usuaria, aceptabilidad y tolerancia del implante hormonal subdérmico en UGC.

Diseño: estudio de cohortes observacional retrospectivo.

Emplazamiento: atención primaria.

Material y Método: contactamos con 24 mujeres a las que se le ha insertado el implante hormonal durante los dos últimos años y les realizamos una encuesta anónima de 43 ítems.

Resultados:

De las 24 usuarias conseguimos una participación del 95.8%, en cuanto a la edad el 35% tiene entre 20-25 años, 12% entre 35-40 años, ninguna usuaria mayor de 40 años. El perfil en cuanto estado civil: casadas 23%, soltera 50% y pareja de hecho 27%; 14% no tiene pareja estable; 5% en exclusión social, 9% de etnia gitana, 43% han cursado estudios secundarios.

El 82% usaba un método anticonceptivo previo; deseaban un cambio de método: 53% por efectos secundarios menores de los anticonceptivos hormonales combinados en pastillas, el 41% por ser fumadoras y 14% por antecedentes de TVP.

En cuanto a las alteraciones en el patrón de sangrado tras la inserción, 30% tiene un ciclo normal, 35% sangrado intermenstrual, 17% hipermenorrea y 17% amenorrea, esto preocupa al 73% de las usuarias, sólo una ha abandonado el tratamiento, pero a pesar de ello un 82% volvería usar el método tras los 3 años y el 100% lo recomendaría.

Conclusiones: el implante puede considerarse en nuestra UGC un método SIN perfil de usuaria predeterminado, bien tolerado y aceptado.

Palabras clave: implante hormonal subdérmico, usuaria.

RESULTADO DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

¿Es útil la teledermatología en Atención Primaria para el diagnóstico precoz del cáncer cutáneo?

Huesa Andrade M, González Lavandeira Mª

Médico Residente de MFyC. CS San Pablo. Sevilla

Objetivos: evaluar los beneficios del subprograma de teledermatología en Atención Primaria en un área sanitaria de Sevilla.

Diseño: estudio retrospectivo.

Emplazamiento: atención primaria.

Material y Método:

Estudio retrospectivo donde se revisan aquellos pacientes incluidos en el programa de Teledermatología de un Centro de Salud urbano, a lo largo de 21 meses (enero de 2012 - septiembre 2013).

Se analizan características basales de la población, diagnósticos que motivan la consulta en Atención Primaria, tiempo medio de respuesta con diagnóstico dermatológico y número de pacientes que precisan valoración posterior por parte de Dermatología.

Resultados:

Se atendieron un total de 216 pacientes (56,02% n=121 mujeres; 43,98% n=95 hombres) con una media de edad de 51,5 años (desviación estándar de 20,29 años).

La patología con mayor prevalencia fue el Carcinoma Basocelular (24,07% n=52) seguida de la Queratosis Actínica (9,72% n=21), siendo un 65,27% n=141 de los probables diagnósticos emitidos en Atención Primaria coincidentes con el posterior juicio clínico dermatológico.

El tiempo medio de respuesta por parte de Dermatología fue de 5,53 días (desviación estándar de 4,99 días).

Un 48,61% (n=105) de los pacientes precisaron consulta con Dermatología, 8,76% (n=19) se sometieron a crioterapia en Atención Primaria y un 42,59% (n= 92) no precisaron de ningún tipo de intervención.

Conclusiones: el subprograma de Teledermatología permite llevar a cabo un diagnóstico y tratamiento dermatológico eficaz, con elevada tasa discriminatoria, con escasa demora, evitando en más de la mitad de los pacientes la derivación a consultas de dermatología.

Palabras clave: teledermatología, atención primaria, cáncer cutáneo.

RESULTADO DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

Índices de correlación entre las ecuaciones que estiman el filtrado glomerular

Merino De Haro I, Fernández López P, Jiménez Ruiz J

Médico Residente MFyC. CS La Zubia. La Zubia (Granada)

Objetivos: se han diseñado nuevas formulas que estimen el FG a partir de la Creatinina sérica. El equipo creador del MDRD (el más usado hasta ahora) ha publicado recientemente una nueva fórmula que da mayor precisión, con validez en población americana: CDK-EPI. (Chronic Kidney Disease Epidemiology).

Diseño: observacional descriptivo.

Emplazamiento: atención primaria.

Material y Método:

Se estudia en 323 pacientes de la provincia de Granada.

Utilizando la Creatinina en orina de 24 horas como "Gold Estándar" comparamos las formulas más frecuentes que estiman el filtrado Glomerular, así como la CKD-EPI para ver cuál es la fórmula que más se aproxima al glod estándar.

Ecuaciones utilizadas.

Se realiza estudio estadístico con paquete SPSS-15, y realizamos el índice de correlación (p de pearson) entre el aclaramiento de creatinina (creatinina en orina de 24 horas) y la estimación del aclaramiento mediante las formulas:

COCKROFT-GAULT: (140-edad)*peso/(72*creatinina sérica), corregido a superficie corporal y *0.85 si mujer.

MDRD-7: 170*creatinina-0,999 *edad-0.176 *BUN-,17 * albúmina 0,318, corregido si mujer *0,762.

MDRD-abreviado: 186,3*creatinina-1,154 *edad-0,203 corregido si mujer *0,742

CKD-EPI: a * (creatinina/b) c * (0.993).

Resultados:

Índice de correlación CKD-EPI.- 0,821.
Índice de correlación MDRD-7.- 0,732.
Índice de correlación MDRD-abreviado.- 0,696.
Índice de correlación COCKROFT-GAULT.- 0,591.

Conclusiones:

1.- La ecuación que mejor estima el filtrado glomerular es la CKD-EPI.

2.- Operativamente en atención Primaria son más fáciles de utilizar tanto MDRD como COCKROFT-GAULT, y utilizaremos el CKD – EPI con cifras dudosas ante la derivación a especialista.

Palabras clave: Renal Insufficiency.

RESULTADO DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

Grado de control del tratamiento con dicumarínicos en pacientes con fibrilación auricular en la práctica clínica del médico de familia

Mampel Díaz JC[1], Galán Galán EM[a2], Lasterra Sánchez M[1]

[1] Médico de Familia. CS San Benito. Jerez de la Frontera (Cádiz)

[2] Médico Residente de 4º año de MFyC. CS San Benito. Jerez de la Frontera (Cádiz)

Objetivos: conocer el grado de control de los pacientes en tratamiento con dicumarínicos (TAO) atendidos en nuestro Centro de Salud, mediante el cálculo del tiempo en rango terapéutico (TRT) y describir sus características.

Diseño: estudio observacional retrospectivo. Seguimiento 1 año. Explotación de datos del programa de control del TAO (HyTGold®) e historia clínica electrónica (HCE) individual.

Emplazamiento: atención primaria.

Material y Método:

Pacientes: todos los incluidos en el programa HyTGold® con diagnóstico de Fibrilación Auricular No Valvular (FANV). Se excluyeron los pacientes con menos de 60 días de seguimiento y los de seguimiento discontinuo (>60 días entre dos determinaciones). Muestra final=202 pacientes. Para el cálculo del TRT se utilizó el método de Rosendaal (TRT-Ro), el porcentaje total de INR en rango terapéutico (TRT-PT) y el análisis transversal del último INR (TRT-AT). Se calculó el TRT individual para cada paciente para conocer el porcentaje de buen control individual (BC). BC=TRT-Ro>65% y/o TRT-PT>60%. Se acepta BC=1 control/paciente cada 28-42 días. Limitaciones: Estudio retrospectivo sobre datos de HCE.

Resultados:

TRT-Ro de 69.57% (Pacientes con BC=64.36%). TRT-PT de 61.42% (Pacientes con BC=54.95%). TRT-AT de 75,25%. Edad=76,6 años, Mujeres=60.40%, Insuficiencia Cardiaca/Disfunción Ventricular=48.51%, HTA=78.71%, Diabetes=42.08%, Ictus/AIT=16.34%, Cardiopatía Isquémica/Arteriopatía periférica=34.65% y Escala CHA2DS2VASc media=4.5. INR medio=2.56. Promedio controles/paciente=1/16.8 días.

Conclusiones: en nuestra práctica clínica, el grado de control del TAO en pacientes con FANV, en general, es bueno, a costa de un exceso de controles. Hay pacientes sin BC (~35.64%) a los que debemos proponer alternativas. El método TRT-PT subestima el grado de control, y el TRT-AT lo sobreestima.

Palabras clave: Primary Care, Atrial Fibrillation, Anticoagulant.

RESULTADO DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

Explorando la Cultura sobre Seguridad en un Centro de Salud

Ouaridi Dadi A[1], Fernández Rosado FJ[2], Pérez Román MªD[3], Mohamed Chaib Y[4]

[1] Médico de Familia. CS La Granja. Jerez de la Frontera (Cádiz)
[2] Médico de Familia. Centro Salud Pinillo Chico. El Puerto de Sta. María (Cádiz)
[3] Médica de Familia. CS Jerez centro. Jerez de la Frontera (Cádiz)
[4] Administrativa. CS El Tarajal. Ceuta

Objetivos: caracterizar la cultura de seguridad del paciente referida por personal del centro salud que permita evaluar impacto de acciones implementadas.

Diseño: estudio no experimental descriptivo/ exploratorio, de corte transversal, modalidad encuesta auto-administrado y anónimo.

Emplazamiento: atención primaria.

Material y Método:

Totalidad profesionales centro salud.

Encuesta: versión española del instrumento Hospital Survey on Patient Safety Culture adaptado por grupo de investigación gestión de calidad de Universidad Murcia.

Resultados:

-30% profesionales participaron.
-50% más de 5 años de experiencia.
-100% interactúan directamente con pacientes.
-89% considera tener demasiados pacientes.
-72% sienten atender con prisas al paciente.
-38% considera que sus errores pueden ser utilizados en contra.
-55% están dispuestos a notificarlos.
-Ni directivos, ni Unidad de Atención al Ciudadano, ni Trabajadora Social respondieron la encuesta.

Fortalezas:
-Buena percepción respecto del Trabajo de Equipo.
-Buena percepción respecto de expectativas y acciones del equipo de dirección.

Debilidades:
- Escasa dotación de recursos humanos.
- Escasa comunicación/coordinación interniveles.

Conclusiones: la información recogida permite conocer la percepción de los profesionales, la percepción es que aunque tienen conocimientos y procedimientos necesarios y cuentan con el apoyo de dirección, no son suficiente personal para garantizar la prestación optima de servicios, porque esto se traduce en aumento de carga laboral y por tanto aumenta riesgo de errores.

Propuestas intervención:

1-Fomentar la notificación y discusión de errores.

2-Tratar los temas de seguridad paciente como problema de equipo, no como problema individual.

3-Mejorar organización y ritmos de trabajo para optimizar los recursos humanos.

Palabras clave: Patient safety, Cultura Seguridad, Evento Adverso.

RESULTADO DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

Dicumarínicos en pacientes con fibrilación auricular en la práctica clínica diaria: factores asociados al mal control individual

Lasterra Sánchez M[1], Galán Galán EM[a2], Mampel Díaz JC[1]

[1] *Médico de Familia. CS San Benito. Jerez de la Frontera (Cádiz)*

[2] *Médico Residente de 4º año de MFyC. CS San Benito. Jerez de la Frontera (Cádiz)*

Objetivos: conocer el grado de control de los pacientes en tratamiento con dicumarínicos (TAO) atendidos en nuestro Centro de Salud, mediante el cálculo del tiempo en rango terapéutico según el método de Rosendaal (TRT-Ro) y describir factores asociados al mal control TAO.

Diseño: estudio observacional retrospectivo. Seguimiento 1 año. Explotación de datos del programa de control del TAO (HyTGold®) e historia clínica electrónica (HCE) individual.

Emplazamiento: atención primaria.

Material y Método: Pacientes: todos los incluidos en el programa HyTGold® con diagnóstico de Fibrilación Auricular No Valvular (FANV). Excluimos los pacientes con menos de 60 días de seguimiento y los de seguimiento discontinuo (>60 días entre dos determinaciones). Muestra final=202 pacientes. Se calculó el TRT-Ro individual para cada paciente para conocer el mal control individual (MC). Definimos MC como TRT-Ro<65%. Variables: TRT-Ro global e individual, variables y puntuación CHA2DS2VASc. Limitaciones: Estudio retrospectivo sobre datos de HCE.

Resultados: TRT-Ro Global=69.57%. Pacientes con MC=72 (35.64%) con TRT-Ro=52.2%. Pacientes con MC: Insuficiencia Cardiaca/Disfunción Ventricular=45.83%, HTA=83.33%, Edad>75=72.22% (p=0.051), Diabetes=51.39% (p=0.046), Ictus/AIT=13.89%, Cardiopatía Isquémica/Arteriopatía periférica=43.06%, Edad 65-74=23.61%, Mujeres=66.67% y Escala CHA2DS2VASc media=4.9 (p=0.038). Mediante Regresión Logística (p del modelo=0.0080), el MC se asoció directamente con CHA2DS2VASc=6 (OR=3.0677, p=0.0053) y CHA2DS2VASc=8 (OR=16.2740, p=0.0081) e inversamente con la presencia de Ictus/AIT (OR=0.3121, p=0.0319).

Conclusiones: en la práctica clínica, el grado de control del TAO en nuestros pacientes con FANV, en general, es bueno (TRT-Ro Global=69.53%). Como factores asociados a MC en nuestro estudio obtuvimos las puntuaciones CHA2DS2VASc=6 y 8 (de forma directa) y el Ictus/AIT (de forma inversa).

Palabras clave: Primary Care/Atrial Fibrillation/Anticoagulant.

RESULTADO DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

Satisfacción en el área de la mujer de un Centro de Salud con la atención recibida

Carballude Prieto Mª

Médico de Familia. Comarca Interior Bizkaia. Bizkaia

Objetivos: conocer la satisfacción de las mujeres con la atención proporcionada, en su Centro Salud, en el ámbito de la atención a la mujer.

Diseño: estudio observacional descriptivo mediante encuesta poblacional.

Emplazamiento: atención primaria.

Material y Método:

Se decidió para un estudio exploratorio entrevistar 50 mujeres usuarias, entre 15-65 años, en previsión de pérdidas 53.

Los administrativos les entregaron las encuestas según llegaban al Centro de Salud. Tuvieron 3 días para contestar.

Se estudiaron: edad; antigüedad en el centro; accesibilidad; continuidad; trato; técnica; actividades realizadas. La opinión se valoró según escala Likert (1-5). Se estimaron medias y proporciones.

Resultados:

Contestaron 51 de 53.Media edad: 39,45 años. El 60%: >10 años en el centro.

Realizaron actividades en Centro de Salud: 84,31% citologías; 43,13% anticoncepción; 62,74%: embarazo; 27,4% planificación familiar.

Conclusiones: se observa que las mujeres están satisfechas en todos los ámbitos de su atención, a destacar el área de continuidad y trato. Dada la aceptación en el programa, creo conveniente aplicarlo.

Palabras clave: Satisfacción, Atención mujer, Atención Primaria.

VARIABLES		MEDIA	MEDIANA
Profesional adecuado seguimiento			
	MFyC	2.4	2
	MFyC + enfermería	4.2	5
	Ginecología	4.7	5
Accesibilidad			
	Instalaciones	4.3	5
	Citación	4.5	5
	Espera	3.6	4
	Horario	4	4
Continuidad			
	Confianza	4.5	5
	Seguridad	4.6	5
	Dedicación	4.5	5
Trato			
	Cercanía	4.7	5
	Comprensión	4.4	5
	Escucha	4.5	5
	Negociación	4.5	5
	Sanitarios	4.5	5
Técnica			
	Conocimientos	4.5	5
	Pruebas, recursos	4	4
	Actividades	4.3	5

RESULTADO DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

Impacto del actual modelo de atención compartida en Cuidados Paliativos: percepción en pacientes y profesionales de Atención Primaria

Peñas Báez A, Ortega Blanco JA, Suárez Rodríguez MªP, Gil Cañete A, Mora Moreno F, Palomo Rodríguez RD

Médico de Familia. CS Molino de la Vega. Huelva

Objetivos: describir la percepción de pacientes y de profesionales de Atención Primaria sobre el actual modelo de Atención Compartida en Cuidados Paliativos.

Diseño: estudio observacional analítico transversal retrospectivo.

Emplazamiento: atención primaria.

Material y Método:

Población: todos los pacientes (o familiares si fallecimiento) incluidos en el programa de Cuidados Paliativos desde enero de 2011 en un Centro de Salud. Total de pacientes 71. Muestra final: los que accedieron a participar firmando el consentimiento informado, n=30.

Profesionales: Grupos focales. Perfiles laborales implicados. Se seleccionaron los dieron su consentimiento a participar, n= 12; 6 médicos, 5 enfermeros y la enfermera gestora de casos.

Pacientes y familiares: Cuestionarios elaborados específicamente.

Variable dependiente: Percepción del modelo en pacientes/familiares y profesionales.

Resultados:

70% hombres, edad 75,67 (DT 1,796). Sujeto de entrevista: 80% familiar.

Percepción de pacientes/familiares: Alta satisfacción con el servicio 82,15% para Equipo de Cuidados Paliativos (ESCP), 80% para Atención Primaria (AP). Buena comprensión de información proporcionada 78,57% ESCP, 70% AP. Recomendación del personal que atiende 82,15% ESCP, 76,67 AP. Control sintomático bueno 70% ESCP y AP. Información proporcionada completa 50% ESCP, 43% AP. No ansiedad en paciente y familia 36% ESCP, 43% AP. Comunicación pacientes/familiares con profesionales buena 57% ESCP, 70% AP.

Percepción de profesionales: Mejoría considerablemente disminuyendo demanda e incertidumbre de familiares. Escasa colaboración con Oncología. Importante papel del médico de Familia en seguimiento. Mayor peso de atención recae sobre AP.

Conclusiones: la percepción del modelo de Atención Compartida por parte de pacientes/familiares y profesionales es positiva. La atención ha mejorado considerablemente.

Palabras clave: Atención Compartida, Atención Primaria, Cuidados Paliativos.

RESULTADO DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

Interrupción voluntaria del embarazo en el medio rural

Moreno Fontiveros MªÁ[1], Izquierdo Gallardo I[2], Vázquez Cruz I[1], Abdulkadir Salisu M[1], García Martín MªP[3], Rodríguez Acosta MªV[4]

[1] *Médico de Familia. CS Estepa. Sevilla*

[2] *Trabajadora Social. CS Estepa. Sevilla*

[3] *Enfermera. CS Estepa. Sevilla*

[4] *Bióloga. Hospital Regional Universitario. Málaga*

Objetivos: describir la demanda de Interrupción voluntaria de embarazo (IVE) en Área Salud rural.

Diseño: estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento: Zona Básica de Salud rural con 10 municipios. 45149 habitantes, 9481 mujeres entre 15 y 44 años (censo 2013).

Material y Método: se estudian las solicitudes de IVE desde octubre 2012 a junio 2014. Análisis mediante programa SSPS.

Resultados: se recogen 60 solicitudes de IVE. La prevalencia de IVE es de 6,33/1000 mujeres entre 15 y 44 años. El 55% son menores de 25 años (21,7% entre 14 y 20 años). Un 57,6% tienen nacionalidad española, resto extranjeras (25,8% rumanas). Dos de los municipios duplica la prevalencia de IVE con respecto al resto.

Conclusiones: en 2012, el porcentaje de IVE en España es del 12/1000 mujeres entre 15-45 años, y en Andalucía del 13,08. En nuestro medio los valores son menores, quizás debido a factores sociales y religiosos. Casi la mitad de las IVE solicitadas son extranjeras, especialmente de nacionalidad rumana (25,8%) que es la mayoritaria. En cambio en España las mujeres extranjeras con mayor tasa de IVE proceden de América del Sur (17,01%). A raíz de estos resultados, un equipo multidisciplinar está diseñando talleres de educación sexual adaptados y dirigidos a los grupos más vulnerables, adolescentes y extranjeras; priorizando aquellos municipios con mayor prevalencia. Con estas actividades buscamos cambiar conductas sexuales de riesgo y con ello disminuir la demanda de IVE.

Palabras clave: embarazo, planificación familiar, ive.

RESULTADO DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

Los recursos humanos: los médicos de familia (MF) y los otros profesionales de la Atención Primaria (AP) del Servicio Andaluz de Salud (SAS) 2001-2014(*)

Navarro Jiménez JM[1], Mora García E[1], Díaz Casado de Amezúa M[2], González Uceda C[3], Márquez Chamizo MªI[1], Guerrero Arroyo F[4]

[1] *Médico de Familia. CS de Carranque. Málaga*

[2] *Médico de Familia. CS Torrequebrada. Benalmádena (Málaga)*

[3] *Médico de Familia. CS Alameda-Perchel. Málaga*

[4] *Médico de Familia. CS Carranque. Málaga.*

Objetivos: conocer el número de personas que trabajan en la AP del SAS, respecto a la Atención Especializada (AE), su evolución temporal y proporciones 2001-2014.

Diseño: estudio Descriptivo.

Emplazamiento: AP, Andalucía.

Material y Método: datos procedentes de las Memorias del SAS y de su Página Web al 30/06/214 (* Correspondientes al año 2012). Calculando las proporciones de: AP/AE, de MF entre los Facultativos, de MF entre los trabajadores de AP y entre los demás Profesionales de AP/AE. Comparándose los datos de 2001 y 2012.

Resultados: en 2001 de 77921 Personas, en AP trabajaban 17388 (22.49%) En 2012 de 84753 personas, en AP eran 22801 (26.9%). Los MF en 2001 formaban el 36.86% de los Facultativos (4538 de 12309) pasando al 42.83% en 2012 (6268 de 14634) En AP los MF suponían en 2001 el 26.1% del personal (4538 de 17388) pasando en 2012 al 27.49% (6268 de 22801). En 2001 había 0.95 enfermeros/mf, 0.25 auxiliares de enfermería/mf y 0.96 personal administrativo y celadores/mf. En 2012 fueron 0.86, 0.20 y 0.84.

Conclusiones:

-La AP en el SAS ha pasado, de 2001 a 2012, del 22.49% al 26.9% de su personal.

-El peso demográfico es escaso en la organización.

-Los MF suponen el 27.49% del personal de AP.

-El MF tiene poco personal de apoyo en sus tareas.

-Para las nuevas responsabilidades que se están asignando a la AP, es necesario el tener en cuenta esta realidad.

Palabras clave: Recursos Humanos, Atención Primaria, Sistema Nacional de Salud.

RESULTADO DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

Infecciones de transmisión sexual en usuarios en riesgo de exclusión social

López Pérez MªD[1], Peñafiel Escámez MªT[2], Chouni B[3]

[1] *Médico de Familia. CS Las Norias. Almería*
[2] *Due. CS Las Norias. Almería*
[3] *Mediadora. CS Las Norias. Almería*

Objetivos:
Principal: captar e incluir usuarios para programa de ITS.
Secundario: determinar perfil sociosanitario de los usuarios atendidos.

Diseño: estudio descriptivo longitudinal desde noviembre 2011 hasta junio 2014, de usuarios incluidos en programa de ITS.

Emplazamiento: consulta médica

Material y Método:
Población general. Mujeres con perfil socioeducativo bajo, en situación de irregularidad administrativa, barrera idiomática importante y situación económica precaria. En muchos casos ejercen prostitución de bajo nivel y en su mayoría son inmigrantes, siendo grupo de especial riesgo socio sanitario.
-Captación activa en consulta, visita domiciliaria y ONGS (MZC, Médicos Mundo, CEPAIM).
-Diseño y aplicación protocolo ITS.
-84 pacientes en programa.
-Número de ITS diagnosticadas, número de mujeres y número de hombres, barrera idiomática y situación administrativa en España.

Resultados:
Número total: 84.
-mujeres en programa: 70.
-hombres en programa: 14.
ITS diagnosticadas:
- Sífilis: 33.
- Clamydias: 3.
- Trichomonas: 6.
- VIH: 3.
- Herpes genital: 1.

País origen:
-mujeres: 99% Marruecos, una Saharaui.
-hombres: 7% Senegal, 14% España, 79% Marruecos.
Barrera idiomática: 80%.
- Situación irregular en España: 75%.

Conclusiones:
Estamos ante una población en situación de riesgo sociosanitario. Nos planteamos la necesidad de protocolos de promoción y prevención específicos, que respondan a las necesidades de salud de la población que atendemos en Atención Primaria.
Necesidad de mediadores socioculturales en zonas de transformación social, con realidades culturales e idiomáticas diferentes.
Dada la situación de irregularidad de la mayoría de los usuarios nos parece importante la coordinación con ONG y Trabajadores Sociales para promover la captación de usuarios susceptibles de ser incluidos en programa.

Palabras clave: Infecciones Transmisión Sexual (Sexually Transmitted Infections).

RESULTADO DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

Manejo terapéutico de la insuficiencia cardiaca en una unidad de clínica de atención primaria

Casas Reyes P[1], Rojas García E[2], Turnes González AJ[3], Ortega Bueno I[4], Moreno Martín-Vivaldi MªE[2], Sánchez Parody AE[2]

1 Médico Residente de cuarto año de MFyC. CS Zaidín Sur. Granada
2 Médico Residente de 2º año de MFyC. CS Zaidín Sur. Granada
3 Médico Residente de 3er año de MFyC. CS Zaidín Sur. Granada
4 Médico Residente de 1er año de MFyC. CS Zaidín Sur. Granada

Objetivos: analizar perfil de pacientes diagnosticados de Insuficiencia Cardiaca (IC), estudiar manejo terapéutico y número de ingresos que presentan en el último año por dicho motivo.

Diseño: estudio transversal y descriptivo.

Emplazamiento: atención primaria.

Material y Método: la población consta de 260 pacientes de un Centro de Salud diagnosticados de IC. Se incluyen todos aquellos pacientes diagnosticados de IC registrados en Historia Clínica Diraya hasta mayo de 2014. La muestra es la totalidad de la población. Se realiza análisis descriptivo univariante en base de datos SPSS 13.0 mediante tablas de frecuencia, media y desviación típica.

Resultados: del total de la población, el 55% son mujeres de 78 años de media, alrededor del 60% son obesos y de ellos, el 72% obesidad grado I. En torno al 63% presentan cardiopatía estructural de base y en más del 93% de los casos existe algún factor de riesgo cardiovascular asociado. El 30% tiene registrado alguna ecocardiografía reciente. El tratamiento de elección es el ramipril (25%) en pacientes con IC grado I-II, bisoprolol (20%) asociado a IECA o ARA-II en IC grado II-III y digoxina asociada al tratamiento (12%). Existe indicación en un 62.4% frente al 35.8% en los que el tratamiento no se realiza adecuadamente. En el último año 1 de cada 2 pacientes con IC requiere ingreso hospitalario por descompensación.

Conclusiones: más de la mitad de los pacientes diagnosticados de IC presentan un adecuado tratamiento según el grado de enfermedad. Pese a ello se ha requerido un ingreso hospitalario por cada dos pacientes diagnosticados de dicha enfermedad.

Palabras clave: insuficiencia cardiaca, disnea.

RESULTADO DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

Disfunción sistólica severa: el año previo al exitus

Rodríguez Torres DJ[1], Sánchez García AM[a2], Cabrera Ramos M[3], López Fernández S[4]

[1] Médico Residente de 3er año de MFyC. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

[2] Médico Residente de 3er año de MFyC. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. CS Albaycín. Granada

[3] Médico Residente de 2º año de MFyC. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

[4] FEA Cardiología. Hospital Virgen de las Nieves. Granada

Objetivos: los pacientes con insuficiencia cardiaca en la fase final sufren un empeoramiento de su calidad de vida. Nos preguntamos cómo repercute dicho empeoramiento sobre el patrón de hospitalizaciones y reingresos de los pacientes con disfunción severa.

Diseño: estudio retrospectivo.

Emplazamiento: hospitalario.

Material y Método: analizamos variables cuantitativas y cualitativas de forma retrospectiva de los pacientes que han fallecido en los últimos 5 años.

Resultados: de 500 pacientes que seguimos fallecieron 45 pacientes (6%). La edad media fue de 70+/-9.7 años, siendo 64% hombres y 34% mujeres, con una FEVI media de 29.3+/-6. Destacamos que el 42.6% eran diabéticos, 17.3% EPOC, 31% tenían insuficiencia renal; NTproBNP 276+/-445, acido úrico 7+/-3.5.Tienen frecuencia cardiaca media de 75+/-19, el29% en ritmo sinusal; con un grado funcional NYHA III-IV 74.2%. Respecto al tratamiento que destacamos que un 65% estaba en tratamiento con IECAS, ARAII un15%, un73% antialdosterónicos, B-bloqueantes64%, con diuréticos orales 97% y con antiplaquetarios49.6%. El 72.3%fallecieron de causa cardíaca, el resto de no cardiaca), siendo el46% de causa relacionada con IC y el 12%de muerte súbita. Quienes fallecen en el año previo al exitus presentan mayor número de reingresos (1.73vs0.19 p: 0.000) en relación con los pacientes que no fallecen y estancias hospitalarias más prolongadas 29 días los pacientes exitus versus 11 días los no exitus, p: 0.044.

Conclusiones: en el último año de vida los pacientes con IC en estadios avanzados presentan mayor número de reingresos y estancias hospitalarias prolongadas.

Palabras clave: insuficiencia cardiaca, disfunción sistólica severa, reingresos y urgencias.

RESULTADO DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

¿Qué sabemos de los pacientes que tienen prescrito un antidepresivo en nuestro centro?

López Ríos CM[a1], Vílchez Jaime M[a1], Fernández Vargas AM[a2], Sánchez Sánchez C[3], Ramos Díaz de la Rocha M[4], Rodríguez Ladrón de Guevara S[4]

[1] *CS Victoria, Distrito Sanitario Málaga-Guadalhorce. Residente de 4º año de MFyC. Málaga*

[2] *CS Victoria, Distrito Sanitario Málaga-Guadalhorce. Médico de Familia. Málaga*

[3] *CS Victoria, Distrito Sanitario Málaga-Guadalhorce. Residente de 1er año de MFyC. Málaga*

[4] *CS Victoria, Distrito Sanitario Málaga-Guadalhorce. Residente de 2º año de MFyC. Málaga*

Objetivos: describir el perfil clínico de pacientes en tratamiento con antidepresivos y el cumplimiento de normas de calidad del Proceso Asistencial Ansiedad-Depresión-Somatizaciones (PAI-ADS).

Diseño: descriptivo transversal, auditoría interna.

Emplazamiento: Centro de Salud urbano.

Material y Método:

Población: Pacientes con prescripción de antidepresivos (junio 2014).

Selección de la muestra: De cada profesional se selecciona el primero y el último del listado de pacientes con antidepresivos. Se excluyen fallecidos o cambio de Centro.

Tamaño muestral: N= 30.

Variables: Demográficas. Indicadores de proceso.

Métodos de evaluación: Cumplimiento del criterio en historia clínica digital.

Análisis estadístico. Estadística descriptiva.

Resultados:
Sociodemográficos: Mujeres 83%, entre 40 y 59 años (50%).
Indicadores de proceso:
- Inclusión en PAI-ADS: 10%.
- Registro diagnóstico CIE-10: 56,7%.
- Registro gravedad: 6,7%.
- Utilización Escala de Gravedad: 6,7%.
- Intervenciones de baja intensidad: 3,3%.
- Registro efectos secundarios: 3,3%.
- Duración tratamiento: el 70% más de 1 año.
- Antidepresivo prescrito: IRSS de elección 76,7%.
- Seguimiento en el último año: no registro 80%.
- Derivación a Salud Mental 10%.

Conclusiones: la mayoría de los pacientes con prescripción de antidepresivo son mujeres de entre 40-59 años, no incluidas en PAI_ADS. Existe insuficiente valoración de gravedad, y de intervenciones de baja intensidad.

Los antidepresivos más utilizados son los IRSS de elección, la duración del tratamiento es por encima del año de tratamiento, aunque sin registro de seguimiento, que en su mayoría se realiza en atención primaria.

Palabras clave: depresión, antidepresivos, cumplimiento.

RESULTADO DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

Utilización de antibióticos (ATB) en profesionales de una zona básica urbana y adecuación de la prescripción de la guía terapéutica semFYC

De la Torre Marín AJ[1], Ventura Ventura MªM[1], Jiménez Lorente CP[2], Contreras Ruiz I[2], Moreno Martín-Vivaldi MªE[3], Rosales Rodríguez M[4]

[1] *Médico Residente de 4º año de MFyC. CS Zaidín Sur. Granada*

[2] *Médico de Familia. CS Zaidín Sur. Granada*

[3] *Médico Residente de 2º año de MFyC. CS Zaidín Sur. Granada*

[4] *Médico Adjunto del Servicio de Medicina Preventiva. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada*

Objetivos:

-Conocer prescripción de antibióticos por el médico de atención primaria en patología infecciosa.

-Ver adecuación de indicación de ATB guía semFYC.

Diseño: descriptivo y transversal.

Emplazamiento: Zona Básica de Salud Urbana (ZBS).

Material y Método:

- Muestreo aleatorio simple (confianza 95%, precisión 5%), de 20 cupos médicos.

- Datos mediante la facturación de recetas del servicio Andaluz de Salud.

- Análisis: Univariante y bivariante, SPSS 21.

Resultados:

De Enero-Marzo de 2014 se han estudiado 789 pacientes.

La tasa de antibiótico prescrito por TAFE es 14,62% (14,91-14,60) en ZBS y en el distrito Sanitario es de 18,11%; siendo prescritos desde la consulta AP un 87%. La edad media de los que prescriben es de 55 años. La etiología de las infecciones mayoritariamente tratadas han sido las vías respiratorias bajas con 24,2%, altas 18,7% y génito-urinario 17,6%. Los antibióticos más utilizados han sido betalactámicos (43.5%) y macrólidos (19,6%). Un 22,8% de los pacientes no tienen hoja de consulta abierta en historia clínica para indicar la prescripción. La adecuación de la prescripción según guía semFYC ha sido 17,5%.

Conclusiones:

- La prescripción de ATB en ZBS está por debajo del Distrito Sanitario.

- Las patologías más frecuentes con prescripción de ATB han sido las infecciones respiratorias bajas.

- Los antibióticos más utilizados las penicilinas.

- Encontramos un infra registro en historia clínica de indicación de prescripción ATB.

- Baja adecuación de prescripción según Guía semFYC.

Palabras clave: Antibióticos, Prescripción, Atención Primaria.

RESULTADO DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

Ictus isquémico transitorio en pacientes atendido en el servicio de urgencias de un hospital de tercer nivel

Pérez Benítez MªR[1], Peinado Ibáñez F[2]

[1] *Médico Residente de 3er año de MFyC. CS Salvador Caballero. Granada*

[2] *Médico Residente de 4º año de MFyC. CS Gran Capital. Granada*

Objetivos: analizar características clínicas, evolutivas y terapéuticas de pacientes con ictus isquémico transitorio.

Diseño: estudio observacional descriptivo transversal.

Emplazamiento: atención hospitalaria.

Material y Método:

n: 149 pacientes.

C. inclusión:
• Edad> 18 años.
• Acudir por iniciativa propia o derivados por médico de familia o dispositivo de urgencias.
• Acudir a SUE durante las 24 primeras horas del inicio de síntomas.
• Diagnóstico de AIT (ataque isquémico transitorio).
Exclusión:
• < 18 años.
• Exclusión de causas que simulan un AIT.

Variables: Prioridad en triaje, datos socio-demográficos, constantes, sintomatología, antecedentes personales, etc.

Se utilizó el programa IBM-SPSS. Se emplearon medidas de tendencia central y dispersión así como de distribución de frecuencias. Se utilizó el test de Chi-cuadrado y test exacto de Fisher.

Resultados:

• El tiempo de evolución de la sintomatología hasta consultar en SUE fue < 6 horas en el 80% de pacientes.
• El 93% fueron etiquetados de prioridad 3.
• 72.3% tenían hipertensión arterial; 43.6% diabetes tipo 2…
• Poseían antecedentes de ictus previo el 28.2% y de AIT 17.4%.
• Presentaron disartria 52.3%, déficit motor 49%...
• 51.7% en SUE presentaban exploración normal.
• Al 65.1% se realizó TAC craneal en < 6 horas desde el inicio de los síntomas.
• 42.3% recibían tratamiento previo con ácido acetilsalicílico (AAS) y 17.4% con acenocumarol. 59.1% se derivaron de alta con AAS.

Conclusiones: el AIT es un importante predictor de infarto cerebral y cardiopatía isquémica por lo que es fundamental un protocolo hospitalario así como, el seguimiento y correcto tratamiento de estos pacientes a través de Atención Primaria.

Palabras clave: ataque isquémico transitorio, disartria, acido acetilsalicílico.

RESULTADO DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

¿Cómo perciben nuestros escolares el tabaco?

Castillo Jimena M[1], Ubiña Carbonero A[2], Ángel Maqueda R[3], López Ríos CM[a4], Ramos Díaz de la Rocha M[5], Román Cereto M[6]

[1] Médico Residente de 1er año de MFyC. CS Victoria. Málaga
[2] Médico Residente de 3er año de MFyC. CS Victoria. Málaga
[3] Médico de Familia. CS Victoria. Málaga
[4] Médico Residente de 4º año de MFyC. CS Victoria. Málaga
[5] Médico Residente de 2º año de MFyC. CS Victoria. Málaga
[6] Enfermera Comunitaria. CS Victoria. Málaga.

Objetivos: identificar los principales contenidos asociados al tabaquismo en la población escolar de nuestro Centro de Salud.

Diseño: estudio cualitativo analítico, descriptivo, observacional.

Emplazamiento: Centro de Salud urbano.

Material y Método:

Población: Alumnos de 6º de Primaria de los colegios asociados a nuestra área geográfica. Estudio de los dibujos presentados al concurso anual con motivo de la "semana sin humo". Criterios de selección: muestreo aleatorio sistemático. Tamaño muestral: 42 dibujos (año 2014). Variables: Conceptos relativos al hábito tabáquico plasmados en los dibujos. Métodos de evaluación: asignación de conceptos evocados por cada dibujo y validación de los mismos mediante triangulación por parte de los investigadores. Análisis estadístico. Descriptivo.

Resultados:

Numero de dibujos presentados: 82. Muestra estudiada: 42. Media de conceptos evocados por dibujo: 1.4. Conceptos evocados: prohibición (n=18, 30.5%), muerte (n=13, 22%), daño a terceros (n=6, 10.2%) del cual la mitad de los casos es referido al daño infantil, adicción (n=5, 8.5%), contaminación (n=4, 6.8%), educación sanitaria (n=4, 6.8%), lucha y fuerza de voluntad (n=3, 5.1%), elección (n=2, 3.4%), enfermedad (n=2, 3.4%), enfado (n=1, 1.7%) y arrepentimiento (n=1, 1.7%).

Conclusiones:

Los conceptos que asocian nuestros escolares al tabaquismo con mayor frecuencia son los de "prohibición" y "muerte". Otros elementos como "educación sanitaria", "lucha y fuerza de voluntad" y "elección" quedan relegados a un papel más secundario.

Estos elementos pueden ser de utilidad para planificar los contenidos de futuras campañas de prevención del tabaquismo en nuestra población escolar.

Palabras clave: Smoking (fumar), Primary school (colegios), qualitative research (estudio cualitativo).

RESULTADO DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

Anticoagulación, INR y Navidad

Aguado Rivas R[1], Rico Azuaga MªJ[2], Sánchez Durán M[3]

[1] *Médico de Familia. CS Almuñécar. A.G.S. Sur de Granada*

[2] *Médico de Familia. CS de Poniente. La Línea de la Concepción (Cádiz)*

[3] *Médico de Familia. U.G.C Estepa. Sevilla*

Objetivos:

Evaluar los resultados del INR en los pacientes anticoagulados en nuestro Centro de Salud durante la Navidad 2012-2013, determinar el porcentaje que se encuentra fuera de su rango óptimo.

Conocer las características de nuestra población y las causas más frecuentes de anticoagulación.

Diseño: estudio descriptivo, transversal y observacional.

Emplazamiento: consulta de Atención Primaria en ámbito rural.

Material y Método:

Estudio de los resultados de IRN realizados del 21/12/2012 al 06/01/2013 en nuestro Centro de Salud y por enfermería en domicilio a pacientes inmovilizados.

Valoración de IRN actual y previo, edad, sexo y patología que indicó la anticoagulación.

Los datos se han recogido del programa informático destinado para control terapéutico de anticoagulación oral.

El análisis estadístico se realiza con el programa SPSS19.

Resultados:

De las 146 determinaciones realizadas el 34% están fuera de rango, teniendo el IRN previo alterado el 18.5% del total.

La patología más frecuente de mayor a menor prevalencia son FA 60.8%, prótesis metálica 21.6% y TVP-TEP 17.6%. Siendo varones el 57% de nuestra población.

La edad media de nuestros pacientes es de 74.8 años, con un máximo de 89 y mínimo de 46, desviación típica de 8.9.

Conclusiones:

En nuestros pacientes el porcentaje fuera de rango ha aumentado en estas fechas, los cambios de hábitos y las transgresiones dietéticas pueden influir negativamente en un buen control de INR.

Desde atención primaria debemos reforzar la educación sanitaria para mejorar el control del INR en los pacientes anticoagulados.

Palabras clave: Blood Coagulation Tests, Anticoagulants, Atrial Fibrillation.

RESULTADO DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

Vacuna antigripal: perfil poblacional que la solicita en consulta

Aguado Rivas R[1], Rico Azuaga MªJ[2], Sánchez Durán M[3]

[1] *Médico de Familia. CS Almuñécar. A.G.S. Sur de Granada*

[2] *Médico de Familia. CS de Poniente. La Línea de la Concepción (Cádiz)*

[3] *Médico de Familia. U.G.C Estepa. Sevilla*

Objetivos: analizar las características de la población que solicita vacuna antigripal en nuestra consulta en la campaña 2012-2013.

Diseño: estudio descriptivo transversal observacional.

Emplazamiento: consulta de Atención Primaria en ámbito rural.

Material y Método:

Pacientes menores de 65 años de nuestro cupo que nos han solicitado la vacunación antigripal.

Valoramos edad, sexo, si presentan enfermedades crónicas que aconsejen la vacunación, si han sido vacunados con anterioridad o si son personas en contacto con pacientes de alto riesgo, se informa verbalmente al paciente de la recogida de datos para el estudio.

Resultados:

Tras analizar un total de 50 pacientes, observamos que el 40% presenta enfermedad cardiovascular, 30% enfermedad pulmonar, 22% una enfermedad metabólica, 8% presenta un estado de inmunosupresión, un 4% están en contacto con población de riesgo y un 2% presenta insuficiencia renal. El 92% ha sido vacunado con anterioridad.

La media de edad es de 49.3 años con un mínimo de 15 y un máximo de 64, el 66% de nuestra población son mujeres. Los datos obtenidos han sido tratados con el SPSS 19.

Conclusiones:

La población que demanda vacunarse es principalmente mujer, siendo el rango de edad más frecuente 53-64 años. Dentro del colectivo de pacientes vulnerables en los que está indicado la vacuna los que más la solicitan presenta enfermedad cardiovascular, metabólica o pulmonar.

Todos los pacientes objeto de estudio se ajustan a las recomendaciones de la Consejería de Salud.

Palabras clave: Influenza, Human, Immunotherapy, Active, Vulnerable Populations.

RESULTADO DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

Pacientes con accidente cerebrovascular atendidos por un dispositivo de cuidados críticos y urgencias: principales factores de riesgo

López Torres G[1], Rodríguez Delgado MªE[2], Martín López JI[2], Albendín García L[3], Hernández Carmona A[4], Novo Martín JJ[5]

[1] Médico de Familia. Dispositivo de Apoyo Distrito Sanitario Granada-Metropolitano. CS Gran Capitán. Granada

[2] UGC Cuidados críticos y urgencias AGS sur de Granada. Hospital Santa Ana. Motril (Granada)

[3] UGC Cuidados críticos y urgencias interniveles. Área de gestión sanitaria sur de Córdoba. Priego (Córdoba)

[4] Médico de Familia. CS de Baeza. Jaén

[5] Médico de Familia. Dispositivo de apoyo Zona Básica Alcalá la Real. Distrito Jaén Sur. Jaén

Objetivos: describir los factores de riesgo cardiovascular en pacientes atendidos por accidente cerebral vascular (ACV) por el dispositivo de cuidados críticos y urgencias (DCCU) de un Centro de Salud urbano.

Diseño: estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento: pacientes atendidos por un DCCU en los primeros seis meses del 2014.

Material y Método: incluimos a todos los pacientes cuyo diagnóstico final fue ACV y que utilizaron este dispositivo para su demanda urgente. Tamaño muestral: 74 pacientes. Variables recogidas: Edad, género, antecedentes personales(hipertensión arterial (HTA), diabetes, dislipemia, tabaquismo, obesidad, fibrilación auricular, ACV previo y cardiopatía estructural), tratamiento de base (anticoagulación y/o antiagregación), electrocardiograma y activación del código ICTUS.
Análisis estadístico: test Chi-cuadrado.

Resultados: atendimos 74 pacientes (42 mujeres, 56´76%). Intervalo de edad entre 66-85 años (71´62%). Antecedentes personales: 42 hipertensos (56,76%), 23 diabéticos (31,08%), 9 presentaban dislipemia (12,16%), 5 fumadores (6´76%), 2 presentaban obesidad (2,70%). Patología que presentaban previamente: 15 fibrilación auricular (20,27%), 25 un ACV previo (33,78%) y 25 cardiopatía estructural (33,78%). El 16,22% (12) de los pacientes atendidos recibían tratamiento anticoagulante y el 50% (37) tratamiento antiagregante. El 24´32% (18) presentaban una fibrilación auricular en el electrocardiograma. Se activo el código Ictus en 7 ocasiones (9,46%).

Conclusiones: el perfil del paciente atendido por ACV en nuestro dispositivo de cuidados críticos y urgencias se corresponde con el de una mujer de edad avanzada. Muchos de los pacientes presentaban factores de riesgo, sobre todo HTA, diabetes y FA previa. Un alto porcentaje había tenido un ACV previo. La mitad de los pacientes recibían tratamiento antiagregante. Sólo en un bajo porcentaje se pudo activar el código ICTUS.

Palabras clave: Ictus, Urgencias, Riesgo Cardiovascular.

RESULTADO DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

Evaluación de las citologías realizadas en el programa prevención del cáncer de cérvix en una zona necesitada de transformación social (ZNTS)

De Juan Roldán JI[1], Veredas Panadero MªR[2], Rodríguez Escobar J[2], Manzanares Rodríguez LM[3], Calderón Nieto R[3], Moral Moya MªT[3]

[1] Médico Residente de 1er año de MFyC. CS Palma-Palmilla. Málaga

[2] Médico Residente 2º año de MFyC. CS Palma-Palmilla. Málaga

[3] Médico Residente 4º año de MFyC. CS Palma-Palmilla. Málaga

Objetivos: analizar los resultados de citologías realizadas en un Centro de Salud en ZNTS y las características demográficas de las pacientes.

Diseño: estudio observacional descriptivo transversal.

Emplazamiento: atención primaria. Centro de Salud urbano en ZNTS.

Material y Método: se estudiaron el total de citologías realizadas en el Centro de Salud entre Enero 2012 y Diciembre 2013. Los datos se obtuvieron del registro existente en el Centro de Salud. Variables estudiadas: edad, país de origen, método anticonceptivo, fecha de última citología y resultado citológico.

Resultados:

Total de mujeres estudiadas 907, edad media 32.38 años. El 57.4% utilizan método anticonceptivo (22.7% anticonceptivos orales, 9.1% DIU, 9.1% implante anticonceptivo y 4.5% preservativo). El 91% eran españolas. Entre otras nacionalidades, las más frecuentes fueron Marruecos 34%, Rumanía 19% y Nigeria 12%.

El 100% de las muestras fueron satisfactorias, 97.68% normales y 2.32% patológicas.

Entre las patológicas, 50% fueron ASCUS, 36.4% L-SIL y 9.1% H-SIL. Un 50% de las pacientes con resultado patológico no tenía cribado previo y un 9% hacía más de tres años del último. Un 68.2% eran españolas (prevalencia 1.65%) y 31.8% de otras nacionalidades (prevalencia 7.4%).

Conclusiones:

- Existe un bajo porcentaje de anomalías epiteliales (2.32%) en nuestra muestra (prevalencia Andalucía 5-7%).

- La prevalencia de lesiones patológicas es menor entre las pacientes españolas.

- Un alto porcentaje de resultados patológicos corresponden a pacientes sin cribado previo o que sobrepasaron el tiempo recomendado.

- Es importante realizar captación activa para el cribado del cáncer de cérvix, con especial atención a la población inmigrante.

Palabras clave: prevención, cáncer, cérvix, citología, screening, cribado, ZNTS.

RESULTADO DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

Gastroprotección en la profilaxis de gastropatía por AINES en un servicio de urgencias hospitalarias

Salinas Navarro A[1], Canelo Curuchaga JM[2], Bellido Torres L[2], Diestra Calderón L[3], Alonso García FJ[4], Velázquez Lupiáñez L[5]

[1] *Médico Residente de 3er año de MFyC. CS Cuevas del Almanzora. Almería*

[2] *Médico Residente de 4º año de MFyC. CS Cuevas del Almanzora. Almería*

[3] *Médico Residente de 3er año de MFyC. CS Pulpí. Almería*

[4] *Médico de Familia. F.E.A de Urgencias del Hospital de la Inmaculada. Huércal-Overa (Almería)*

[5] *Médico de Familia. CS Pulpí. Almería*

Objetivos:

Estudiar la prescripción de gastroprotectores con el uso de Antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) en menores de 60 años en un servicio de Urgencias y comparar entre médicos residentes de MFyC y F.E.A. de Urgencias.

La gastroprotección por AINES se recomienda cuando haya alto riesgo de sufrir reacciones adversas gastrointestinales: Mayores de 60 años, historia de ulcus, uso concomitante de otros fármacos gastrolesivos y comorbilidad grave.

Diseño: estudio observacional retrospectivo.

Emplazamiento: atención de urgencias.

Material y Método:

Pacientes que acudieron al servicio de urgencias hospitalarias en el año 2013 que se les prescribió al alta algún AINE.

Tamaño muestral 8.772.

Se analiza la gastroprotección por grupos de edad al prescribir AINEs y se compara según el médico prescriptor mediante tablas de frecuencia a las que se les aplica la prueba de Chi-cuadrado.

Resultados:

Un 25,1% de los pacientes entre 15 y 39 años atendidos por médicos residentes recibieron gastroprotección. En edades entre 40 y 59 años fue del 26,3%.

Los F.E.A. gastroprotegieron un 39,7% en edades entre 15 y 39 años, frente a un 48,1% con edades de 40 a 59 años.

Las diferencias obtenidas según el médico prescriptor fueron estadísticamente significativas ($p<0,001$).

Conclusiones:

Se tiende a la sobreprotección gástrica para el uso de AINEs en pacientes menores de 60 años, en especial en menores de 40 años, con menos comorbilidades.

Los médicos residentes se atienen más a las recomendaciones frente al exceso de gastroprotección de los F.E.A. (43,9% < 60 años).

Palabras clave: AINEs, fármacos gastroprotectores, uso racional de medicamentos.

RESULTADO DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

Atención a la salud de las personas con diabetes

Bascuñana Garrido Mª[1], Sánchez González I[2], Aguado de Montes MªC[1], González López MªA[3], Blanco Rubio C[3], Gabaldón Rodríguez I[4]

[1] *Médico Residente de 3er año de MFyC. CS Las Palmeritas. Sevilla*
[2] *Médico Residente de 2º año de MFyC. CS Las Palmeritas. Sevilla*
[3] *Médico Residente de 1er año de MFyC. CS Las Palmeritas. Sevilla*
[4] *Médico de Familia. CS Las Palmeritas. Sevilla*

Objetivos: evaluar resultados en el control del paciente diabético tras aplicación de medidas de mejora según Proceso Asistencial Integrado Diabetes Mellitus (PAI).

Diseño: estudio observacional descriptivo.

Emplazamiento: atención primaria.

Material y Método:

Pacientes incluidos en PAI Diabetes desde 2009-2013 de una UGC urbana (18.559 habitantes, 23,68% mayores de 65 años). Se evalúa anualmente el impacto del plan de mejora analizando los resultados en años siguientes.

Valoración grado de cumplimiento del PAI, incidiendo en control metabólico.

Resultados:

Número de personas con diabetes valoradas: 1263 en 2009, 1344 en 2010, 1347 en 2011, 1377 en 2012 y 1427 en 2013. Prevalencia en población adscrita a la UGC: 7,6%.

Se ha incrementado la población con control metabólico óptimo (HB1AC<7%) del 59,25% en 2009 al 65,19% en 2013.

Los pacientes con cifras de HBA1C ≥ 8%: 14,97% (2009), 16,35% (2010), 16,53% (2011), 17,27% (2012) y 13,8% (2013).

En los 2 últimos años se realizó fondo de ojo por retinografía al 43,50% de pacientes (normal 79,7%).

Exploraciones de pies (2009-2013) han aumentado progresivamente hasta 42,25% en 2013.

Conclusiones:

Ha aumentado la captación, y los pacientes incluidos en proceso han mejorado el control metabólico.

Dada la importancia y prevalencia de esta enfermedad crónica, consideramos que la revisión periódica de indicadores del PAI Diabetes facilita una asistencia adecuada a pacientes diabéticos.

Es necesario plantear continuamente medidas de mejora para la monitorización de estas personas, pues es una enfermedad que aumenta la morbilidad y coexiste con otras enfermedades crónicas en la edad avanzada.

Palabras clave: Diabetes, Enfermedad crónica, Proceso asistencial.

RESULTADO DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

Cada vez que lo dejas, triunfas: terapia grupal antitabaco

Bascuñana Garrido Mª[1], Aguado de Montes MªC[1], Sánchez González I[2], Blanco rubio C[3], González López MªA[3], Borrego MªJ[4]

[1] *Médico Residente de 3er año de MFyC. CS Las Palmeritas. Sevilla*
[2] *Médico Residente de 2º año de MFyC. CS Las Palmeritas. Sevilla*
[3] *Médico Residente de 1er año de MFyC. CS Las Palmeritas. Sevilla*
[4] *Médico de Familia. CS Las Palmeritas. Sevilla*

Objetivos:
- Analizar eficacia de consulta grupal antitabaco.
- Evaluar abandono del tabaquismo tras intervención avanzada grupal.
- Determinar factores relacionados con cese del tabaquismo.
- Valorar influencia del nivel de dependencia.

Diseño: estudio descriptivo longitudinal.

Emplazamiento: atención primaria (AP).

Material y Método:
Grupo de intervención avanzada (mayo 2011-mayo 2013).
Variables: edad, sexo, edad inicio, número de cigarrillos, convivientes fumadores, enfermedades relacionadas, hábitos tóxicos, factores de riesgo cardiovascular (FRCV), número de sesiones, escalas de Fagëstrom y Richmon, empleo de fármacos y tipo, abandono.

Resultados:
84 pacientes (10 menores de 40 años), 57,31% mujeres. Edad media: 52 años. Edad media inicio: 16,77 años.
64,84% fumaban menos de 20 cigarrillos/día (94,73% tabaco rubio).
El 67,10% un intento de abandono, 39,47% una recaída y 27,63% dos o más. Índice de recaída: 69,51%. 48,58% tenían otros hábitos (café 37,14%, alcohol 25,71%). Convivientes fumadores: 46,77%.
Enfermedades relacionadas (EPOC, SAOS y Ca. Vejiga) 9,76%. Asociaban FRCV 55,56% (más frecuente hipertensión).
Dependencia moderada (test Fagëstrom) 36%; dependencia alta 33%.
Test Richmon: 34,14% motivación alta; 67,07%motivación moderada.
Del total de pacientes, 24 utilizaron fármacos (chicles, parches, vareniclina, bupropión) en su intento de abandono y 60 no.
Incidencia de abandono: 42,85% (presentaban FRCV 56,25%); asistencia media: 4 sesiones.

Conclusiones:
Mayor número de abandono en pacientes con FRCV.
La tasa de abandonos conseguida refuerza la importancia del consejo sanitario e intervención motivacional desde AP como una medida muy costo-efectiva.
Es importante monitorizar los resultados conseguidos con objeto de avanzar en mejorar la salud de nuestra población.

Palabras clave: tabaquismo, intervención, abandono.

RESULTADO DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

Evaluación del uso de anticoagulantes orales en atención primaria

Aguado de Montes MªC[1], Bascuñana Garrido Mª[1], Sánchez González I[2], González López MªA[3], Blanco Rubio C[3], Fernández E[4]

[1] *Médico Residente de 3er año de MFyC. CS Las Palmeritas. Sevilla*
[2] *Médico Residente de 2º año de MFyC. CS Las Palmeritas. Sevilla*
[3] *Médico Residente de 1er año de MFyC. CS Las Palmeritas. Sevilla*
[4] *Médico de Familia. CS Las Palmeritas. Sevilla*

Objetivos:
- Establecer perfil paciente anticoagulado en UGC Atención Primaria urbana.
- Identificar áreas de mejora en atención al paciente anticoagulado para avanzar en adecuación práctica clínica.

Diseño: estudio observacional descriptivo, auditoría historias clínicas.

Emplazamiento: atención primaria.

Material y Método:
Pacientes en tratamiento anticoagulante en UGC urbana (18.500 ciudadanos; 23,68% mayores de 65 años).
Evaluación: cumplimiento criterios anticoagulación, complicaciones derivadas del tratamiento, escalas de riesgo (Cha2ds2-VASc, HAS-BLED), fármaco, dosis, rango terapéutico, interacciones, factores riesgo cardiovascular.

Resultados:
183 pacientes en tratamiento, 39 inmovilizados (atención domiciliaria).52% mujeres. Mediana edad: 78 años (edad mínima 31, máxima 91).
98% indicación ajustada a guías. Diagnóstico más frecuente: fibrilación auricular permanente no valvular.
Fármaco más utilizado: Acenocumarol (72,7%), dosis más frecuente: 4mg/24horas. 16,4% otros anticoagulantes (Dabigatrán 70%).
En 7,8% se identifican interacciones: más frecuente Acenocumarol-Amiodarona (75%).
61,4% en rango terapéutico en último control.
Casi 50% de pacientes tienen 70% de permanencia del tiempo en rango, e incluso el 22%, tiempo de permanencia superior al 83%.
70% permanece en rango más del 50% del tiempo.
140 pacientes riesgo tromboembólico moderado-alto (Cha2ds2-VASc); 127 riesgo sangrado alto (HAS-BLED).
27,45% presentaron complicaciones tromboembólicas (más frecuente: infarto agudo miocardio). Sólo 2,6% presentaron complicaciones hemorrágicas.

Conclusiones:
98% de pacientes con indicación adecuada.
Cumple criterio de calidad de tiempo en rango terapéutico 50% de pacientes.
Incidencia complicaciones hemorrágicas escasa, aún cuando escala HAS-BLED indicaba riesgo alto en mayoría. Mayor incidencia complicaciones tromboembólicas.
No existe registro ordenado de posible motivo de "fuera de rango".
En base a datos observados se inicia planteamiento de mejora en UGC para programa de anticoagulación, monitorizando indicadores, para aumentar tiempo de permanencia en rango terapéutico.

Palabras clave: anticoagulantes orales, criterios de anticoagulación, complicaciones.

RESULTADO DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

¿Cómo son nuestros pacientes con riesgo vascular?

Quesada Fernández MªT[1], Sánchez Linares LMª[1], Sánchez Sánchez C[2], Castillo Jimena M[2], Rodríguez Ladrón de Guevara S[3], Vílchez Jaime Mª[4]

[1] *Médico de Familia. CS Victoria. Málaga*

[2] *Médico Residente de 1er año de MFyC. CS Victoria. Málaga*

[3] *Médico Residente de 2º año de MFyC. CS Victoria. Málaga*

[4] *Médico Residente de 4º año de MFyC. CS Victoria. Málaga*

Objetivos: describir el perfil clínico de los pacientes incluidos en el Proceso Asistencial Integrado "Riesgo Vascular" (PAI-RV) y compararlos con los indicadores de captación propuestos en el mismo.

Diseño: descriptivo transversal.

Emplazamiento: Centro de Salud urbano.

Material y Método:
Población: pacientes incluidos en PAI-RV (diciembre 2013).Criterios de selección: muestreo aleatorio sistemático. Tamaño muestral: Estimación de una proporción esperada de 0.5 (nivel de confianza 95%, precisión 10%). Variables: Demográficas. 5 indicadores de captación y 2 de resultados propuestos en el PAI-RV. Métodos de evaluación: Cumplimiento del criterio en historia clínica digital. Análisis estadístico. Estadística descriptiva. Comparar con los estándares propuestos en el PAI-RV (basados en el Estudio DRECA).

Resultados:
Pacientes en PAI RV: 4433. Muestra: 94. Edad media 66,07, Mujeres 68,1%. Grupos de riesgo: Sin datos 23,4%, Prevención secundaria (RVP2ª): 14,9%, RV alto en prevención primaria (RVP1º>5) 26,6%, Riesgo vascular bajo en prevención primaria (RVP1ª<5) 35,1%. Carga FRCV: 0 Factores de riesgo (FR) 2.1%, 1FR 35.1% 2FR 42.6%, 3FR 16%, 4FR 4.3% 5 0%. Prevalencia estimada y datos de DRECA: Fumadores 27.7% (30%); Grado de obesidad 13.8% (29%); HTA 60.6% (30%); Control HTA (<140/80) 33%; dislipemia 42.6% (43%); diabetes mellitus 25.5% (11%); control diabético 58.3%.

Conclusiones: el perfil de pacientes son mujeres con riesgo vascular alto, 2 o más FRCV, predominio de hipertensión, diabetes y dislipemia. La prevalencia fumadores y dislipemia se asemejan a los datos del estudio DRECA. Existe una infracaptación de obesidad y sobrecaptación de hipertensión en relación al citado estudio.

Palabras clave: Enfermedad cardiovascular (Cardiovascular diseases), Calidad asistencial (Health Care Quality), Mejora de Calidad (Quality Improvement).

RESULTADO DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

Aumentando la capacidad de resolución para el diagnóstico de lesiones dérmicas en la UGC

Aguado de Montes MªC[1], Sánchez González I[2], Bascuñana Garrido Mª[1], Blanco Rubio C[3], González López MªA[3], Gomariz Gómez de Lara C[4]

[1] Médico Residente de 3er año de MFyC. CS Las Palmeritas. Sevilla

[2] Médico Residente de 2º año de MFyC. CS Las Palmeritas. Sevilla

[3] Médico Residente de 1er año de MFyC. CS Las Palmeritas. Sevilla

[4] Médico de Familia. CS Las Palmeritas. Sevilla.

Objetivos:

- Valorar capacidad resolutiva de consulta Teledermatología (TD) para diagnóstico precoz de lesiones cutáneas potencialmente malignas mediante análisis de concordancia diagnóstica entre sospecha clínica y diagnóstico definitivo.

- Comprobar efectividad de medidas de mejora implantadas (sesiones clínicas, formación e incorporación de dermatoscopio) desde 2009 comienzo del programa, a mayo 2014.

Diseño: estudio observacional descriptivo.

Emplazamiento: atención primaria.

Material y Método: pacientes en consulta TD (abril 2009-mayo 2014) en UGC Urbana (18559 ciudadanos), con historia clínica y fotografía digital de lesiones. Capacidad resolutiva (porcentaje de pacientes que no precisó derivación a Dermatología).

Resultados:

Pacientes: 1125, fotografía digital: 335.

Concordancia diagnóstica: 62,79% (2009), 65% (2010), 67,18% (2011) y 72.30% (2012). Tras incorporación del dermatoscopio (enero 2013), aumentó hasta 87,80% (mayo 2014).

Hasta 2012, diagnósticos más frecuentes: cáncer basocelular (37,8%), queratosis seborreica (19,15%), nevo melanocítico adquirido (13,08%), melanoma (2,8%).

Desde incorporación del dermatoscopio (2013): carcinoma basocelular sigue siendo diagnóstico más frecuente (42,73%), nevus atípicos 18,8%, melanoma 5,12%. Disminución de queratosis seborreica (5,30%), probablemente mejor indicación de TD por los médicos de la UGC.

78,84% de pacientes no precisaron acudir a consulta de Dermatología, quedando establecido diagnóstico y tratamiento en Centro de Salud.

Conclusiones:

TD se constata como útil, acelerando diagnóstico y tratamiento de lesiones dérmicas, aumentando la capacidad de resolución de las consultas de AP.

La formación e implicación de médicos de la UGC optimiza la consulta de TD.

Continuaremos monitorizando datos para incrementar aún más la capacidad de la UGC para diagnóstico precoz y certero de lesiones dérmicas potencialmente peligrosas.

Palabras clave: Teledermatología, Capacidad resolutiva, Dermatoscopia.

RESULTADO DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

Uso del índice tobillo brazo en pacientes de alto riesgo. Frecuencia de alteración y factores asociados

Cervilla FJ[1], Zarco Manjavacas J[1], Martínez Alonso G[1], Alarcón Pariente E[2], Faz García MªC[2], Ruz Portero S[3]

[1] Médico Residente de 3er año de MFyC. CS el Palo. Málaga

[2] Médico Residente de 2º año de MFyC. CS el Palo. Málaga

[3] Médico Residente de 1er año de MFyC. CS el Palo. Málaga

Objetivos: determinar la frecuencia de Índice tobillo brazo (ITB) alterado (<0.9) en pacientes de riesgo, su evolución (los factores asociados y la concordancia con la palpación de pulsos).

Diseño: descriptivo longitudinal.

Emplazamiento: Centro de Salud urbano.

Material y Método:

Población y muestra: Pacientes con riesgo de artropatía de miembros inferiores: enfermedad cardiovascular (ECV), diabetes mellitus (DM), alto riesgo cardiovascular (RCV) (SCORE>5%) y/o clínica vascular. Muestreo consecutivo, n=159 (alfa 0.05, precisión 0.08). Variable dependiente: ITB. Variables independientes: Edad, sexo, ECV, DM, Hipertensión arterial (HTA), Hiperlipemia (HLP), tabaquismo, Hemoglobina glicosilada (HbA1C), LDL, índice de masa corporal (IMC), tratamiento, palpación de pulso y tratamiento.

Intervenciones: Análisis bivariante: Chi-cuadrado; t-de student; nivel de confianza 0.05.

Resultados: 159 pacientes, 64'2% son hombres (56.7-71.61), Edad media 69'82±9'6. (68,29-71,35), DM 71'1% (64.02-78'12), HTA 61% (53'43-68.59), HLP 58.5% (50.83-66.15), fuman 30.8% (23.64-37'99), ECV 25'8 (18.99-32'59), Palpación pulsos patológica 27'7% (20'72-34'63). HbA1c media 7'17±0'12) (6.071-8.279) LDL 115'75±3'01, LDL: 105+/-5.46, LDL3: 92+/-23.07, IMC 30'2±0.41, IMC2: 30,95+/-:0.94, IMC3:31.25+/-:1.055, ITB 1'09±0.19. ITB normal 86'08% (80'68-91'47), ITB<0'9: 13'92% (8'53-19'32). Terapia en tratamiento: 63.52% (56,04-71), Terapia antiagregante 59.1% (51'48-66.76), ácido acetil salicílico 53'5% (44'75-60'32). Bivariante: se encuentra relación entre ITB y palpación pulsos (p<0'001) y tabaquismo (p=0'006). No se encuentra relación por sexo, HTA, dislipemia, ECV, se encuentra relación significativa entre ITB >0.9 en DM (p=0.024); 88.25 de los no fumadores tienen un índice normal frente al 69.5% de los fumadores, p=0.004. Ambos pulsos pedios palpables. Con ITB normal los pulsos son palpables en 93% frente al 7% de palpables con ITB patológico (P= 0.0001).

Se relaciona con ITB patológico el mayor IMC (p=0.48).

En 23 pacientes se repite la determinación de las variables: ITB2: 6.9%; ITB3: 0.6.

Conclusiones: la frecuencia de ITB bajo es del 17%. Los factores asociados a ITB patológico son: Tener palpación de pulsos patológica, ser fumador, padecer diabetes mellitus y valores de IMC elevados.

Palabras clave: Ankle Brachial Index (Índice Tobillo Brazo), Peripheral Vascular Disease (Enfermedad Arterial Periférica), Pulse palpation (Palpación de pulsos).

RESULTADO DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

Salud del cuidador principal del paciente dependiente: estudio realizado en atención primaria

López Torres G[1], Albendín García L[2], Cedeño Benavides T[3], Rodríguez Delgado MªE[4], Hernández Carmona A[5], Novo Martín JJ[6]

[1] Médico de Familia. Dispositivo de apoyo distrito sanitario Granada-Metropolitano. CS Gran Capitán. Granada

[2] UGC Cuidaos Críticos y Urgencias Interniveles. Área de gestión sanitaria sur de Córdoba. Priego (Córdoba)

[3] Médico de Familia. Dispositivo de apoyo distrito sanitario Granada-Metropolitano. Granada

[4] UGC Cuidados Críticos y Urgencias AGS Sur de Granada. Hospital Santa Ana. Motril (Granada)

[5] Médico de Familia. CS Baeza. Baeza (Jaén)

[6] Médico de Familia. Dispositivo Zona Básica Alcalá la Real. Distrito Jaén Sur. Jaén

Objetivos: relacionar las diferentes variables que configuran la dependencia de un grupo de pacientes incluidos en el programa de Atención Domiciliaria y Atención Familiar con el estado de salud del Cuidador Principal (CP).

Diseño: estudio transversal.

Emplazamiento: atención primaria.

Material y Método: recogemos datos de 116 pacientes dependientes incluidos en el Programa de Atención Domiciliaria en un Centro de Salud durante el segundo semestre 2013. Variables: Tipología Psicosocial de Enfermedad Crónica (TP), grado de inmovilidad, tipo de discapacidad y periodo de la enfermedad. CP: edad, género, número de horas dedicadas a cuidar, convivencia e impacto en su salud. Análisis estadístico: Test exacto de Fisher.

Resultados:

De 116 pacientes, 16(14%) presentaban TP A, 46(40%) TP B, 28(24%) TP C, y 26(21%) TP D.

Los CP de pacientes con TP A refieren mayor impacto en su salud (P=0,003), así como los de enfermos con dificultades de movilización, discapacidad motora grave (P = 0,003) y en fase terminal (P=0,007). 94 (81%) son mujeres y 22 (19%) hombres, sin diferencias en la percepción de su salud (P=0,056). Edad media 57 años (+/- 14,66). El CP es el cónyuge (39%) e hijos (46%), siendo convivientes el 78%. El 75% emplean en los cuidados más de 5 horas diarias, y aquellos que más tiempo dedican refieren peor estado de salud (P=0,040).

Conclusiones:

Los CP ven alterada su salud cuando cuidan a pacientes con enfermedades TP A (inicio agudo, curso progresivo) que requieren mayores esfuerzos por su mayor grado de inmovilidad, y en Fase Terminal.

Entre los CP predominan las mujeres, sin encontrar diferencias en la percepción de salud por edad, convivencia ó relación con el paciente. Hemos de centrar nuestros esfuerzos en reconocer a los CP que presenten características de riesgo.

Palabras clave: atención primaria, dependiente, cuidador.

RESULTADO DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

Paciente oncológico: motivos de consulta en el servicio de urgencias de un Centro de Salud urbano

López Torres G[1], Rodríguez Delgado MªE[2], Martín López JI[2], Cedeño Benavides T[3], Novo Martín JJ[4], Hernández Carmona A[5]

[1] Médico de Familia. Dispositivo de apoyo distrito sanitario Granada-Metropolitano. CS Gran Capitán. Granada

[2] UGC Cuidados Críticos y Urgencias AGS Sur de Granada. Hospital Santa Ana. Motril (Granada)

[3] Médico de Familia. Dispositivo de apoyo distrito sanitario Granada-Metropolitano. Granada

[4] Médico de Familia. Dispositivo de apoyo zona básica Alcalá la Real. Distrito Jaén Sur. Jaén

[5] Médico de Familia. CS Baeza. Baeza (Jaén)

Objetivos: evaluamos el principal motivo de consulta en el servicio de urgencias de un Centro de Salud urbano del enfermo con cáncer.

Diseño: estudio descriptivo retrospectivo.

Emplazamiento: dispositivo cuidados críticos y urgencias (DCCU).

Material y Método:

Realizamos el registro de todo paciente oncológico que consulta en el DCCU de un Centro de Salud urbano durante los meses de septiembre y diciembre de 2013, de cualquier edad y sexo con enfermedad tumoral activa.

Se recogieron datos de 169 pacientes. Incluidos: pacientes de cualquier Centro de Salud de la capital, con tratamiento activo y/o atendidos por equipo de cuidados paliativos. Excluidos: pacientes con remisión completa de su enfermedad tumoral, con alta médica y no residentes en nuestra ciudad.

Variables: motivo de consulta, tumor primario, género, edad, fechas prevalentes, derivaciones hospitalarias, asistencia a exitus.

Análisis estadístico con SPSS-15.

Resultados:

Media de edad: 69,26 años. Género: 53 varones (46,1%), 62 mujeres (53,9%).

Tumores más prevalentes: Mujeres: mama (22.61%), hematológicos (7.83%) y colo-recto (6.96%). Hombres: próstata (12.17%), hematológicos (8.70%) y colo-rectal (7.83%).

Edad frecuentadora: sexo masculino con tumor primario entre 74 y 85 años de edad. Sexo femenino: dos etapas, (30-50) y (70-80) años de edad.

Fecha de consulta: domingos (31%), sábados (17%) y viernes (17%).

Tumor primario prevalente: cáncer de mama (22.6%), hematológico (16.5%), colorrectal (14.8%), próstata (12.2%).

Motivo de consulta más frecuente: disnea (21.7%), dolor (13%), fiebre (12.2%), cura herida quirúrgica (6,3%) y efectos secundarios tratamiento coadyuvante (vómitos, diarrea, etc.). Resueltos (87.1%). Exitus atendidos (5.2%).

Conclusiones: infecciones respiratorias, manejo analgesia, curas heridas, fiebre y efectos secundarios tratamiento (quimio o radioterapia) fueron los motivos de consulta más frecuentes. La mayoría fueron resueltos favorablemente.

Palabras clave: urgencias, oncológico, cáncer.

RESULTADO DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

Prevalencia de patología infecciosa en gestantes de una zona urbana

Gallardo Barranco S[1], Castro Planet E[1], Calderón Frapolli L[2], González Hevilla A[3], Rodríguez González de Molina G[4], Ruiz Granada M[a]D[3]

[1] Médico Residente de 4º año de MFyC. CS Alameda-Perchel. Málaga

[2] Médico Residente de 2º año de MFyC. CS Alameda-Perchel. Málaga

[3] Médico Residente de 1er año de MFyC. CS Alameda-Perchel. Málaga

[4] Médico de Familia. CS Alameda-Perchel. Málaga

Objetivos: estimar la prevalencia de patología infecciosa durante la gestación y datos que permitan mejorar la actuación con estas pacientes.

Diseño: estudio descriptivo transversal retrospectivo.

Emplazamiento: Centro de Salud urbano.

Material y Método: 300 pacientes embarazadas, nacidas entre 1963 y 1996, de 28 nacionalidades, 71,33% españolas, atendidas en programa de Embarazo entre junio 2011 y diciembre 2012. Revisión manual de las Historias Clínicas y análisis de datos mediante SPSS.

Resultados:

La patología infecciosa más prevalente en las embarazadas fue la infección del tracto urinario (ITU) (17%), presentándose como episodio único en el 78,4%, en número de 2 en el 17,6% y con 3 episodios en el 3,9%; y el germen más frecuentemente implicado fue E.coli (39,2%), seguido de E.faecalis (21,6%) y E.aerogenes y S.agalactiae (7,8% cada uno).

La vaginitis fue la segunda patología infecciosa según frecuencia, con 26 casos detectados, un 61,5% con germen no identificado, un 30,8% por cándida y un 7,7% por S.agalactiae.

Respecto a la Hepatitis B, hubo 2 mujeres con enfermedad pasada y curada, 1 portadora y, aunque 46 presentaban factores de riesgo, no hubo ningún caso.

No se ha registrado ningún caso de Lúes, Toxoplasmosis o VIH. Y solo 1 Chagas IgG(+).

Conclusiones: la patología infecciosa más prevalente en las embarazadas fue la ITU, en su mayoría producida por E.coli, y la segunda en frecuencia fue la vaginitis y en su mayoría no se identificó el germen responsable. La ausencia de patología infecciosa grave es un indicador de calidad de la asistencia realizada.

Palabras clave: Primary Health Care, Pregnancy complications, Infectious, Retrospective studies.

RESULTADO DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

Sedación al final de la vida en cuidados paliativos

Alonso García FJ[1], Alonso Paniagua MªA[2], Sáez Molina E[3], Vicente Martínez F[4]

[1] *Especialista en MFyC. Unidad Docente De MFyC de Almería. Hospital La Inmaculada. Huércal Overa (Almería)*

[2] *Médico de Familia. Unidad de Cuidados Paliativos. Hospital La Inmaculada. Huércal Overa (Almería)*

[3] *Enfermera. Cuidados Paliativos. Hospital La Inmaculada. Huércal Overa (Almería)*

[4] *Médico de Familia. UGC Pulpí. Área Norte de Almería*

Objetivos: medicación utilizada, síntomas y sedaciones practicadas en el domicilio por un equipo de soporte de cuidados paliativos.

Diseño: estudio descriptivo, retrospectivo.

Emplazamiento: pacientes ubicados de un hospital comarcal con una población de 150000 personas en un medio rural con una dispersión de 80 km, desde Enero de 2011 a Julio 2014.

Material y Método: datos del estudio recogidos desde enero de 2011 hasta julio de 2014 de pacientes derivados a cuidados paliativos domiciliarios.

Resultados:

De 635 pacientes derivados se practicaron 143 sedaciones (22,51%), 65 pacientes fueron mujeres (45%), mientras que los restantes 78 pacientes eran varones (54%).

Los síntomas refractarios que indicaron la sedación fueron: confusión 55%, dolor 29%, agonía 29%, delirio 26%, disnea 14%, obstrucción intestinal 6%, convulsión 3% y rectorragia 1%.

Los fármacos utilizados fueron: midazolam 95%, cloruro mórfico 71%, metadona 15%, haloperidol 12%, bromur de hioscina 1%, dexametasona 1% y levopromazina 1%.

Conclusiones:

En los cuidados paliativos se entiende por sedación, la administración de fármacos adecuados para reducir el nivel de conciencia con el objetivo de disminuir o anular la percepción por parte del paciente de síntomas, que por su elevada intensidad o nula respuesta a los tratamientos habitualmente empleados, producirían un sufrimiento innecesario.

En nuestro estudio destaca que la sedación en el paciente oncológico es bastante frecuente un 22,51%, los fármacos más utilizados fueron el midazolan, cloruro mórfico y haloperidol, los síntomas predominantes para la sedación fueron la confusión, la agonía, el dolor y el delirio.

Palabras clave: cuidados paliativos, sedación, fármacos, síntomas.

RESULTADO DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

Cumplimiento de objetivos de control en prevención secundaria de riesgo vascular en atención primaria

Candón Ballester M[1], Navarro Domínguez M[1], Cabeza Saura P[2], Gómez del Estal AL[3], Galobart Morilla P[4], Sampedro Abascal C[2]

[1] Médico Residente de 1er año de MFyC. CS Mercedes Navarro. Sevilla

[2] Médico de Familia. CS Mercedes Navarro. Sevilla

[3] Médico Residente de 4º año de MFyC. CS Mercedes Navarro. Sevilla

[4] Médico Residente de 3er año de MFyC. CS Mercedes Navarro. Sevilla

Objetivos: evaluar el cumplimiento de control de factores de riesgo vascular (FRV) en prevención secundaria.

Diseño: estudio descriptivo transversal retrospectivo.

Emplazamiento: atención primaria (AP).

Material y Método: se seleccionaron por Diraya 159 historias clínicas (HC) de pacientes con enfermedad cardiovascular establecida, Cardiopatía isquémica (CI) y/o Ictus. Se recogieron las variables de IMC, tensión arterial sistólica y diastólica (TAS/TAD), perfil lipídico, hemoglobina glicosilada (HbA1c) en diabéticos y hábito tabáquico durante 2013. Los objetivos de control fueron: TA<140/90 mmHg, lipoproteínas de baja densidad colesterol (cLDL) <100 mg/dl, HbA1c<7% en diabéticos y no ser fumador. Análisis estadístico: descriptivo, bivariante y regresión logística.

Resultados: el 60,6% fueron varones, media de edad (DE) de 68,08 años (8,68). El 53,5% padecía CI, el 38% Ictus y el 8,5% ambas. Un 62% eran obesos, 57,7% diabéticos. Por FRV aislados el 60,3% mantuvo TAS<140 y 88,9% TAD<90 mmHg, el 55,6% un cLDL<100 mg/dl, entre los diabéticos el 70,7% mantuvo HbA1c<7% y un 15,5% continuaban fumando. El 15,5% de los pacientes cumplían los objetivos de control de forma global. En análisis de regresión multivariante sólo el sexo fue significativo para un intervalo de confianza al 95% (p=0,028), las mujeres con Ictus presentaron un 94% de menos riesgo por mejor control, y algo el LDL <100 en Ictus (p=0,095) con un 89,3%.

Conclusiones: se detecta un cumplimiento dispar cuando se analizan FRV por separado y escaso cumplimiento de forma global. El insuficiente registro en las HC en AP dificulta el seguimiento y control de estos pacientes.

Palabras clave: Factores de riesgo, Prevención secundaria, Atención Primaria, Risk factors, Secundary Prevention, Primary care.

RESULTADO DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

¿Cuál es el motivo de petición de un cultivo vaginal?

Fuentes García V[1], Carrera Robles J[1], Ruiz del Álamo I[2], Valenzuela López MªI[3], Tomás Muñoz JJ[1], Concha López MªP[3]

[1] Médico Residente de 4º año de MFyC. CS Salvador Caballero. Granada

[2] Médico Residente de 1er año de MFyC. CS Salvador Caballero. Granada

[3] Médico de Familia. CS Salvador Caballero. Granada

Objetivos: analizar las indicaciones del cultivo vaginal en Atención primaria.

Diseño: estudio descriptivo retrospectivo.

Emplazamiento: atención primaria.

Material y Método: analizamos 627 exudados vaginales realizados entre 2008 y 2012. Variables estudiadas: edad, resultado, inclusión en proceso Cáncer de cérvix y planificación familiar, perfil obstétrico, motivo de petición, número de consultas previas, tratamiento previo y posterior, derivación a ginecología y recidiva. Análisis descriptivo y bivariante con SPSS 15.0.

Resultados: de 217 exudados vaginales analizados 44% son patológicos. Edad media: 32 años. El 31% menor de 25 años, 39% entre 25 y 35 años y 30% mayor de 35 años. El 36% tenía registrada la planificación familiar, 89% proceso cáncer de cérvix y 63% perfil obstétrico. El 55% presentaba clínica en ese momento. Un 66% no habían consultado anteriormente, 23% una vez y 11% más de una vez. El 79% no recibieron tratamiento previo. El 95% no precisó derivación ginecológica. El 73% no recidivaron el siguiente año, 21% una recidiva y 6% más de una. Existe asociación estadísticamente significativa entre recidiva, tener clínica, número de consultas previas y la derivación a ginecología, 74% con clínica recidivaron (p=0.002) ,17% habían consultado más de una ocasión (p=0.048) y 12% se derivaron a ginecología (p=0.005). El 64% con cultivo positivo presentaban clínica previa y aproximadamente el 25% de las mujeres con cultivo negativo se tratan antes y después del cultivo.

Conclusiones: el 15% de las mujeres estaban asintomáticas (hallazgo casual) en el momento del cultivo, 55% presentaban clínica y un 30% no figura en la historia.

Palabras clave: Vulvovaginitis, Culture, Diagnosis.

RESULTADO DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

Características de síndrome metabólico en pacientes hipertensos atendidos en atención primaria

Parra Morales A[1], Tornero Suárez I[2], Anguita Mata C[2], Zafra Ramírez N[2]

[1] *Médico Residente de 2º año de Medicina Familia y Comunitaria. CS El Valle. Jaén*

[2] *Médico Residente de 2º año de MFyC. CS El Valle. Jaén*

Objetivos: conocer la prevalencia y las características del síndrome metabólico en pacientes hipertensos.

Diseño: estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento: Centro de Salud urbano con 9 cupos médicos.

Material y Método: pacientes hipertensos incluidos en programa de hipertensión con visita médica durante 2013.Se realiza un muestreo aleatorio, recogiendo de la historia clínica las siguientes variables: criterios de síndrome metabólico, edad, sexo, nivel social, control de tensión arterial, factores de riesgo cardiovascular (FRCV) y medicación. Se realiza un análisis descriptivo y bivariante.

Resultados: se estudian 272 pacientes con edad 66,2±12,1 años y un 31% en zona necesitada de transformación social.73 no tienen datos para ser diagnosticados, de los restantes el 33% tienen criterios de síndrome metabólico (solo diagnosticado en 6 pacientes). Estos pacientes son con mayor frecuencia hombres (51%vs47%), con peor control de tensión arterial (75%vs42%) (143/84vs134/80) y mayor prevalencia de RCV (82%vs57%) ($p<0,05$ X^2). Hay un 35% más de diabéticos, con mayor prevalencia de retinopatía (15%vs2%) y de isquemia en miembros inferiores (6%vs2%) ($p<0,05$ X^2). Un 58% tienen una dieta inadecuada ($p=0,03$), con una prevalencia igual a grupo control de sedentarismo (33%). El uso de Ácido acetilsalicílico (31%vs19%) y calcioantagonistas (28%vs16%) está más extendido en este grupo ($p<0.05$ X^2).Toman 3 o más antihipertensivos un 37%($p=0,064$ X^2).

Conclusiones: se infradiagnostica el síndrome metabólico en los pacientes hipertensos a pesar de que supone un mayor riesgo cardiovascular con un mal control de tensión arterial pese a tomar más medicamentos.

Palabras clave: Hipertensión arterial, Síndrome metabólico.

RESULTADO DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

Uso de IECAS Y ARA2: ¿cómo es el paciente, quién es el médico?

Zafra Ramírez N[1], Parra Morales A[1], Tornero Suárez I[1], Anguita Mata C[1], Arias de Saavedra Criado MªI[2], Simao Aiex L[3]

[1] Médico Residente de 2º año de MFyC. CS El Valle. Jaén

[2] Médico Residente de 2º año de MFyC. CS Virgen de la Capilla. Jaén

[3] Médico Residente de 4º año de MFyC. CS El Valle. Jaén

Objetivos: conocer el perfil del paciente hipertenso y del médico prescriptor según tratamiento con IECA o ARA2.

Diseño: estudio descriptivo transversal mediante auditoría de historias.

Emplazamiento: zona básica de salud urbana que atiende a 16.000 habitantes.

Material y Método: pacientes hipertensos que toman tratamiento con un bloqueante del SRAA (sistema renina angiotensina aldosterona), excluyendo aquellos sin registro en la historia clínica. Se elige una muestra aleatoria de pacientes de todos los cupos. Se recogen datos del paciente (edad, sexo, nivel social, factores de riesgo cardiovascular, medicación y control de TA) y la especialidad del médico. Se realiza un análisis bivariante en función de la toma de IECA o ARA2.

Resultados: se estudian 285 pacientes (30% del total que toman BSRAA).57% toman IECA y 43% ARA2.Edad 66,2±12,1 con un 52% de mujeres y un 30% en riesgo de exclusión social. El porcentaje de pacientes con riesgo cardiovascular alto es superior si toman IECA (37%vs26%, p= 0,075 X^2).IMC medio 31,9±5,7 y un 34% son diabéticos. El número de tomas anual de TA (3,6±4,0) y su valor medio (136,6/81,6) son similares. Los ARA2 se usan más frecuentemente junto a diuréticos (52%vs70%), calcioantagonistas (16%vs27%) y betabloqueantes (14%vs24%) (p <0,05 X^2). El médico de familia es el principal prescriptor (IECA 97%, ARA 94%); usando preferentemente Enalapril y Losartán, mientras que el médico hospitalario usa Ramipril y otros ARA2.

Conclusiones: en atención primaria se usa indistintamente IECA y ARA2, aunque se usan fármacos distintos al hospital. Los ARA2 se asocian más frecuentemente a otros antihipertensivos y hay un riesgo cardiovascular más alto entre los que toman IECA.

Palabras clave: Hipertensión arterial. Fármacos antihipertensivos. Riesgo cardiovascular.

RESULTADO DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

Feedback en resultados. ¿Mejora la calidad de la cirugía menor con el uso del consentimiento informado?

Tomás Muñoz JJ[1], Silis de Nuila LC[2], Soto Marín O[3], Garre Gonzálvez MÁ[4], Valenzuela López MªI[3]

[1] *Médico Residente de 4º año de MFyC. CS Salvador Caballero. Granada*

[2] *Médico de Familia. HARE Guadix. Granada*

[3] *Médico de Familia. CS Salvador Caballero. Granada*

[4] *Médico de Familia. CS Almuñécar-La Herradura. Granada*

Objetivos: potenciar el uso del consentimiento informado (CI) y el registro de cirugía menor (CM) a través del feed-back en resultados a los profesionales de un Centro de Salud.

Diseño: estudio antes-después.

Emplazamiento: Centro de Salud urbano.

Material y Método: muestreo estratificado por mes-año de CM realizada de 2010 a 2013 (N=694). Intervención: sesiones clínicas periódicas con resultados y pactos de mejora. Analizamos 17 variables extraídas de 3 bases de datos: libro de cirugía menor, historia de salud digital y el formulario de CI. Utilizamos SPSS 15.0.

Resultados: se realizan dos sesiones anuales: formativa y de resultados. Analizamos un total de 188 historias. Edad media: 46-53 años, mayoritariamente mujeres. En el libro de CM el registro de variables analizadas es similar, salvo la recogida del CI que pasa del 29% en 2010 al 98% en 2013 ($p< 0,001$). La principal intervención es la exéresis de lesiones dérmicas (anatomía patológica: 9-22%) disminuyendo la inserción-retirada de implanón y la matricectomía. En la historia de salud digital mejora el registro de CM, del 76% en 2010 al 96% en 2013, y la entrega (del 27% al 56%) y recogida del CI (53 al 85%) con una $p<0.001$. El formulario de CI mejora significativamente: los datos del paciente pasan del 64 al 94% y el profesional que informa y la firma de ambos aparece en el 100% de los consentimientos revisados en 2013.

Conclusiones: la formación en el uso del consentimiento informado y el análisis periódico de los resultados obtenidos permite mejorar la calidad de la cirugía menor.

Palabras clave: consentimiento informado, cirugía menor, feedback.

RESULTADO DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

Infiltraciones en la Consulta del Médico de Familia

García Ventura M[1], Expósito Rodríguez F[2], Gómez Román L[1], Hachem Salas N[3], Reche Padilla AI[4], Rodríguez Cuadros TB[5]

[1] Médico Residente de 2º año de MFyC. CS La Cañada. Almería
[2] Médico Residente de 1er año de MFyC. CS La Cañada. Almería
[3] Médico Residente de 2º año de MFyC. CS Retamar. Almería
[4] Médico Residente de 3er año de MFyC. CS Retamar. Almería
[5] Médico Residente de 4º año de MFyC. CS Cabo de Gata. Almería

Objetivos:

Describir las características de los pacientes que han sido sometidos a una infiltración.

Describir las diferentes patologías

Conocer los resultados de dicha intervención, con seguimiento de 6 meses.

Diseño:

Estudio descriptivo transversal.

Técnicas de análisis univariable, las variables cualitativas se presentaran con su distribución de frecuencias. Las variables cuantitativas se resumen en su media, mediana, rango, desviación estándar (DE), e intervalo de confianza al 95%.

Emplazamiento: atención primaria

Material y Método:

Población: Pacientes que han sido sometidos a una infiltración durante el año 2013.

Criterios de Inclusión:

Pacientes que han sido sometidos a una infiltración pertenecientes a una consulta de un Centro de Salud.

Pacientes con Historia Clínica Digital.

Tamaño muestra: 24 pacientes.

Variables: Edad, sexo, diagnóstico, prueba complementaria, resultado (mejora el dolor, vuelve a requerir intervención, derivación a especialista, otros) Consentimiento informado (sí/no).

Fuente de datos: Diraya.

Resultados:

El 52% mujeres, edad media de 47 años DS 13, un 62% presentan una epicondilitis, 12% hombro doloroso, 8% fascitis plantar, 8% tendinitis de De Quervain y un 4% gonartrosis y 4% coxalgia.

El 21% se hizo una RX, el resto ninguna prueba complementaria. Un 7% tenía infiltraciones previas, el 100% se recoge el consentimiento informado. Un 8% requieren nueva infiltración, un 4% es derivado a especialista, 88% no presenta una nueva consulta en la historia por ese motivo.

Conclusiones: el perfil es una mujer joven de mediana edad, presenta epicondilitis, sin realización en la mayoría pruebas complementarias y resolución de la mayoría no volviendo a consultar en los seis meses siguientes.

Palabras clave: Infiltraciones, Epicondilitis, Articulación.

RESULTADO DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

Evolución del consumo de fármacos antidepresivos, ansiolíticos e hipnóticos en zonas urbanas y rurales. Impacto de la crisis

Viciana Martínez A[1], Callejas Romero AB[1], Gómez Ortega AI[2], Ruiz Ruiz R[3], Gómez Ortega GJ[2], Lirola García E[4]

[1] Médico Residente de 4º año de MFyC. CS Nueva Andalucía. Almería

[2] Médico de Familia. CS Nueva Andalucía. Almería

[3] Médico Residente de 1er año de MFyC. CS Nueva Andalucía. Almería

[4] Farmacéutica. Distrito Atención Primaria. Almería

Objetivos:

Analizar la variación del consumo de antidepresivos, ansiolíticos e hipnóticos en periodo de crisis económica.

Comparar las diferencias del consumo de antidepresivos, ansiolíticos e hipnóticos en 2008 y 2013 en zonas urbanas y rurales.

Diseño: estudio descriptivo trasversal.

Emplazamiento: atención primaria.

Material y Método: se analizaron los datos de la aplicación informática Microstrategy del Servicio Andaluz de Salud de los 7 Centros de Salud rurales y 10 urbanos, comparando la dosis diaria definida por mil tarjetas día (DTD) de 2008 y 2013 de antidepresivos, ansiolíticos e hipnóticos.

Resultados: en 2008 existe una DTD media de antidepresivos de 44,87, ansiolíticos 44,43 e hipnóticos 21,7; en 2013 la DTD de antidepresivos fue 50,81, ansiolíticos 44,27 e hipnóticos 24,45. En zonas rurales en 2008 la DTD de antidepresivos fue 56,33, ansiolíticos 47,82 e hipnóticos 23,63; en urbanas la DTD de antidepresivos fue 41,75, ansiolíticos 46,5, hipnóticos 21,5. En 2013 la DTD media en zonas rurales fue antidepresivos 64,27, ansiolíticos 49,82 e hipnóticos 27,65; en zonas urbanas antidepresivos 48,65, ansiolíticos 47,05 e hipnóticos 24,65. En zonas rurales la DTD ha aumentado en antidepresivos 7,94, en hipnóticos 4,02 y en ansiolíticos 2 DTD. En zonas urbanas el incremento de DTD en antidepresivos fue 6,9, hipnóticos 3,13 y ansiolíticos 0,55.

Conclusiones:

Aumento del consumo de antidepresivos e hipnóticos desde 2008 a 2013 sobretodo en antidepresivos.

Mayor prescripción e incremento de los tres grupos en las zonas rurales.

Los antidepresivos e hipnóticos aumentan en todos los Centros de Salud, los ansiolíticos en 72,57% rurales y en 60% urbanos.

Palabras clave: antidepressant, anti-anxiety, recession.

RESULTADO DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

Características de los pacientes diabéticos tipo 2 atendidos por hipoglucemia en nuestro servicio de urgencias

Benito Ysamat P[1], González Becerra C[2], Lacal María E[3], Gómez de la Mata Galiana RE[4], López Delgado JJ[5], Abril Fernández-Palacios Á[6]

[1] Médico Residente de 3er año de MFyC. CS de Tomares. Tomares (Sevilla)

[2] Especialista en Medicina interna. Servicio de Medicina. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos (Sevilla)

[3] Médico Residente de 4º año de MFyC. CS de Tomares. Tomares (Sevilla)

[4] Médico de Familia. DCCU CS Ciudad Expo. Mairena del Aljarafe (Sevilla)

[5] Médico Residente 3er año de MFyC. CS Ciudad Expo. Mairena del Aljarafe (Sevilla)

[6] Médico Residente 1er año MFyC. CS Clara Campoamor. Mairena del Aljarafe (Sevilla)

Objetivos: conocer las características de los pacientes con diabetes tipo 2 (DM2) atendidos por hipoglucemias en el Servicio de Urgencias de nuestro hospital (SCCU), identificar los factores de riesgo para la misma y valorar actitud a tomar.

Diseño: estudio observacional retrospectivo.

Emplazamiento: atención primaria, atención hospitalaria.

Material y Método:

- Seleccionamos aleatoriamente 72 pacientes con DM2 atendidos por hipoglucemia en el SCCU durante el 2013.

- Realizamos un estudio descriptivo retrospectivo mediante revisión de historias clínicas, analizando sexo, edad, tratamiento previo para diabetes, polimedicación, criterios de pluripatología, glucemia capilar (GC), hemoglobina glicosilada (HbA1C) y función renal.

Resultados:

- La edad media de los pacientes fue 76,82 años, con predominio de mujeres (58,33%).

- Un 34,72% realizaba tratamiento con antidiabéticos orales (ADOs) (sulfonilureas en monoterapia 72,72%), seguidos de 31,94% con ADOs + Insulina, otro 30,55% sólo con insulinas y un 1,38% sólo con dieta.

- La media de GC fue de 49,23 mg/dl, la de HbA1C de 7,33% (realizada en la mitad de los pacientes), y se documentó insuficiencia renal en el 65,27% de los casos.

- El 87,5% de los pacientes estaban polimedicados, el 86,11% eran ancianos y el 33,33% cumplían criterios de pluripatología.

Conclusiones:

- La mayoría de los pacientes DM2 con hipoglucemia atendidos en el SCCU son ancianos polimedicados con insuficiencia renal.

- La mayoría realizan tratamiento con ADOs (Sulfonilureas principalmente) o Insulina + ADOs.

- En estos pacientes debería reevaluarse el uso de sulfonilureas por su alto riesgo de hipoglucemias.

- Proponemos replantear el nivel óptimo de HbA1c en pacientes con este perfil.

Palabras clave: Hypoglycemia, type 2 Diabetes Mellitus, emergency service.

RESULTADO DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

¿Cuál es el abordaje terapéutico de pacientes incluidos en el proceso asistencial de diabetes mellitus en atención primaria?

Garrido Torres L[1], Sánchez Martínez M[1], Navas Avellaneda Mª[2], Del Castillo Tirado FJ[3], Segura Torres P[4], Arias de Saavedra Criado MªI[1]

[1] Médico Residente de 2º año de MFyC. CS Virgen de la Capilla. Jaén

[2] Médico Residente de 3er año de MFyC. CS Virgen de la Capilla. Jaén

[3] Médico de Familia. Hospital de Linares. Jaén, 4 Médico Nefrólogo. Hospital Médico-Quirúrgico. Jaén

Objetivos: describir las características clínicas y el abordaje terapéutico de pacientes diabéticos.

Diseño: estudio transversal.

Emplazamiento: seleccionamos tres cupos de pacientes incluidos en el Proceso Asistencial Integrado Andaluz de Diabetes Mellitus de un Centro de Salud entre los meses de Junio/2013-Julio/2014.

Material y Método: estudio transversal. Seleccionamos tres cupos de pacientes incluidos en el Proceso Asistencial Integrado Andaluz de Diabetes Mellitus de un Centro de Salud entre los meses de Junio/2013-Julio/2014.

Resultados:

Total de 301 pacientes incluidos en el proceso dentro de una población objetivo de 4353 usuarios. Edad media 69,6±13,9 años. Hombres 54,5%. El 33,2% en tratamiento antidiabético oral en monoterapia, 18% doble terapia oral y 1,9% triple terapia, en 15,5% no figuraba y 25,5% insulinizados. De los insulinizados 54,5% monoterapia insulina y 45,5% Insulina + antidiabéticos orales.

Con Metformina 64,5% con dosis diaria de 1697±505 mg. 18,7% tomaba sulfonilureas, de los cuales 42,9% Gliclazida, 28,6% Glimepirida, 25% Glibenclamida y 3,6% Glipizida. 22,4% tomaban IDPP4, de los cuales 46,3% Vildagliptina, 44,8% Sitagliptina, y 3% Linagliptina. 5,4% tomaba repaglinida y ninguno análogos de GLP1.

De los insulinizados encontramos 25,3% insulina prolongada, 25,3% insulina mixta, 30,4% insulina bolo basal + rápida, 8,9% intermedia, 6,3% otras combinaciones, 4,8% insulina intermedia, 2,5% basal + mixta y 1,3% insulina rápida. 65,8% eran hipertensos, 46,2% tomaban estatinas, las más utilizadas simvastatina y atorvastatina. 3% tenían tratamiento para hipertrigliceridemia y 7,4% para hiperuricemia. De los hipertensos, 35,9% usaba ARAII, 22,5% IECAS, 18,5% Calcioantagonistas, 14,1% betabloqueantes y 1,7% alfabloqueantes.

Conclusiones:

- La metformina es el antidiabético oral más utilizado, siendo la dosis media de 1,7 g/día.

- El 25,5% de nuestros pacientes diabéticos estaban insulinizados.

- El antihipertensivo más utilizado fueron ARA II.

- El 46,2 de los pacientes tomaban estatinas.

Palabras clave: Diabetes, Mellitus, Terapias.

RESULTADO DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

Análisis de la estrategia de mejora de la calidad de prescripción en una UGC de atención primaria

Sánchez Martín L[1], González Urbano Mª[2], Guerrero García FJ[3], García Lucena G[4]

[1] *Médico Residente de 3er año de MFyC. CS Gran Capitán. Granada*
[2] *Médico Residente de 4º año de MFyC. CS Gran Capitán. Granada*
[3] *Médico de Familia. CS Gran Capitán. Granada*
[4] *Médico Residente de 1er año de MFyC. CS Gran Capitán. Granada*

Objetivos: describir y analizar la estrategia para la Mejora de la Calidad de Prescripción de una UGC de Atención Primaria y Analizar los resultados en los Objetivos de Farmacia tras la implantación de la Estrategia en 2011.

Diseño: estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento: atención primaria.

Material y Método:

La UGC es urbana, atiende a unos 40.000 pacientes, con 24 cupos de MFyC y 3 de Pediatría.

Se analizan los resultados del Objetivo Crítico de Farmacia de la UGC 2010-2013, incluyendo: Objetivo Total de Farmacia, Índice Sintético de Calidad de Prescripción (ISCP), Coste PVP/TAFE, Prescripción de Recetas/TAFE y Prescripción por Principio Activo (PA).

Tras analizar los resultados del 2010, se inicia una estrategia de mejora.

Se elabora anualmente el documento: "Recomendaciones para la Mejora de la Calidad de la Prescripción". Se incluyen los objetivos de farmacia para, estrategias generales para la mejora de la Calidad de Prescripción y recomendaciones específicas para cada uno de los indicadores basadas en la última evidencia disponible.

Se realizaron actuaciones también en Enfermería con elaboración de hoja individualizada por paciente para registro de material y registro del entregado a Residencias.

Se intensificaron las comunicaciones desde la Dirección de la UGC con relación a los objetivos de farmacia, incluyendo publicaciones con alto impacto científico y Notas Informativas e Informes de la AEMPS.

Resultados:

Objetivo Total de Farmacia (25 puntos): 2010:3,7; 2011:22,5; 2012:22; 2013:24,42.

ISCP (10): 2010:4,6; 2011:5,6; 2012:5,6; 2013:8,12.

Incremento PVP/TAFE (%): 2010:-0,41; 2011:-8,77; 2012:-8,54; 2013:-7,75.

Incremento Recetas/TAFE (%): 2010:2,4; 2011:-1,29; 2012:-2,82; 2013:-9,33.

Prescripción por PA (%): 2010:77,3; 2011:84,5; 2012:96,95; 2013:96,18.

Conclusiones: la implantación de una estrategia para la Mejora de la Calidad de Prescripción ha permitido mejorar la consecución del Objetivo Crítico de Farmacia dotando a los profesionales de herramientas para la mejora continua.

Palabras clave: Prescripción, Farmacia, Calidad.

RESULTADO DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

Superioridad de la citología en medio líquido frente al tradicional papanicolau

Casares Gómez N[1], Péran Urquízar C[2], Gutiérrez Pelegrina MªL[3], Rojas García E[4], Carreño Medina D[5], Piedimonte S[6]

[1] *Médico de Familia. CS Baza. Granada*
[2] *Médico de Familia. CS Cúllar. Granada*
[3] *Médico Residente de 3er año de MFyC. CS Zaidín Sur. Granada*
[4] *Médico Residente de 2º año de MFyC. CS Zaidín Sur. Granada*
[5] *Médico Residente de 4º año de MFyC. CS Zaidín Sur. Granada*
[6] *Facultad de Medicina. Montreal. Canadá*

Objetivos: comparar citología en medio líquido, frente a papanicolau.

Diseño: transversal.

Emplazamiento: Centro de Salud urbano.

Material y Método:

Material: total de citologías correspondientes al primer trimestre de 2013 utilizando papanicolau y las realizadas en el primer trimestre de 2014 mediante medio líquido a mujeres de edad entre 15 y 65 años.

Tamaño muestral: cohorte de 927 mujeres.

Variables: edad, sexo, fecha de citología, método, resultado, lesión.

Análisis estadístico: descriptivo (SPSS 15.0); contraste hipótesis (Chi Cuadrado).

Resultados:

Mujeres con edad media de 40años. Del total de la muestra al 50% se le realizo papanicolau y al 49,5% se hizo citología en medio liquido, siendo el 99% de ellos valorables. De ellos el 46% realizados mediante papanicolau resultaron positivas para lesión, siendo un 3,5% lesiones precancerosas. Mediante medio liquido el 33% fueron positivos, de los cuales el 6% correspondieron a lesiones precursoras de Ca de cérvix.

Según el tipo de lesión precancerosa vemos que un 92% de las detectadas en medio líquido fueron CIN I, frente a un 53% mediante papanicolau.

Realizamos contraste de hipótesis y encontramos superioridad del método papanicolau en la detección de lesiones simples (vaginitis, inflamación, micosis) (46% versus 33%; p<0,000). Sin embargo el medio liquido fue superior en la detección de lesiones precancerosas (6% versus 3,5; p<0,004) detectando en mayor medida lesiones de alto grado y disminuyendo las de significado incierto.

Conclusiones: el medio líquido supera significativamente a al triple toma en que aumenta el diagnóstico de lesiones precursoras y disminuye el número de ASCUS (o células de significado incierto).

Palabras clave: citología, medio líquido, papanicolau.

RESULTADO DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

Correlación clínica-anatomopatológica en atención primaria de lesiones en cirugía menor

García Martín P[1], Trujillo Díaz N[1], Domínguez Zorrero I[2], Romero Bernal Á[3]

[1] Médico Residente de 1er año de MFyC. CS de Moguer (Huelva)

[2] Médico de Familia. CS de Moguer (Huelva)

[3] Médico Residente de 4º año de MFyC. CS de Moguer (Huelva)

Objetivos:

- Analizar correlación entre diagnóstico clínico de la lesión dermatológica por el médico de atención primaria y resultado anatomopatológico obtenido.

- Analizar discordancias obtenidas y determinar entre ellas qué lesiones crean más confusión en su diagnóstico.

Diseño: estudio transversal descriptivo de los 432 pacientes atendidos en consulta de cirugía menor en 2013 pertenecientes al Centro de Salud.

Emplazamiento: atención primaria.

Material y Método:

Se realizó un diagnóstico clínico de lesiones susceptibles de cirugía menor por el médico de familia. Fueron analizadas por el servicio de anatomía patológica del centro de referencia obteniendo el diagnóstico final.

Comprobación concordancia porcentual expresada por kappa entre el diagnóstico clínico inicial y el anatomopatológico.

Descripción de lesiones dónde encontramos menor sensibilidad.

Resultados:

Se obtiene concordancia porcentual del estudio casi perfecta (kappa=0.848).

Las lesiones cuyo diagnóstico clínico y anatomopatológico coinciden 100% son lipomas, quistes tricolémicos y molluscum contagioso.

El dermatofibroma es la lesión que más confusión crea, siendo diagnosticada clínicamente en el 42.86% de los casos reales, 28.57% fueron diagnosticados de nevus y 28.57% de quistes epidérmicos. Sin embargo, el valor predictivo positivo de esta lesión es 100%, todos los diagnosticados son confirmados.

Las verrugas virales fueron diagnosticadas clínicamente como tales en un 74.3%, mientras que se sospechó de fibroma blando, nevus y queratosis seborreica/actínica en el resto.

En el caso de queratosis seborreicas/actínicas el 74.24% fueron diagnosticadas correctamente, pero 14.3% fueron carcinomatosas (escamoso, basocelular y epidermoide). Un 10.6% fue sospecha de fibroma blando y un 9.09% de nevus.

Conclusiones: el diagnóstico del médico de atención primaria tiene una fiabilidad casi perfecta.

Palabras clave: correlación clínico-anatomopatológico cirugía menor.

RESULTADO DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

Cuidados paliativos día a día

Pérez Benítez MªR[1], Ramos Sesma V[2], Guardia Mancilla P[3], Casado Terrones E[3], Navarro Navarro AMª[4], Gómez Álvarez MªC[4]

[1] *Médico Residente de 3er año de MFyC. CS Salvador Caballero. Granada*

[2] *Médico Residente de 3er año de Medicina Interna Hospital universitario San Cecilio. Granada*

[3] *Médico Unidad de Cuidados Paliativos Hospital Universitario San Cecilio. Granada*

[4] *Enfermera Unidad de Cuidados Paliativos Hospital Universitario San Cecilio. Granada*

Objetivos: analizar las características epidemiológicas de pacientes derivados a la Unidad de Cuidados paliativos (UCP), así como el motivo de derivación. Evaluar la proporción de derivaciones no oncológicas y las características de las mismas.

Diseño: estudio observacional descriptivo transversal.

Emplazamiento: atención hospitalaria.

Material y Método:

226 pacientes que fueron seguidos por la UCP, derivados desde atención primaria y los distintos servicios hospitalarios, exceptuando oncología.

Se analizaron características generales, sexo, edad, tipo de patología y lugar de derivación. Para establecer la comorbilidad de los pacientes, se usó el Índice de Charlson (IC) y para reflejar el estado general, el Índice de Kurnosky (IK). Para el análisis de datos se usó el programa Spss.

Resultados:

105 eran mujeres (46.3%), con una mediana de edad de 80 ± 0.76 años. La media del IK y de IC fue 53.21 (10-90), 5.03 (1-11), respectivamente. La mediana de los días de seguimiento fue 25.50 ± 4.4 días.

41.9% de los pacientes procedían de Atención Primaria. El principal motivo de derivación fue patología oncológica (86.8%) y dentro de la no oncológica la insuficiencia cardiaca (4.8%) fue la más frecuente.

76.2% fallecieron en su domicilio y al 59.9% se les practicó sedación paliativa. 48.5% eran conocedores del diagnóstico de su enfermedad y sólo el 26% sabían el pronóstico.

Conclusiones: la medicina paliativa no se dedica sólo al manejo de pacientes en situación de últimos días. La mayoría de derivaciones son desde Atención Primaria. Pacientes con problemas de tipo médico avanzados pueden beneficiarse de un manejo domiciliario de síntomas.

Palabras clave: tratamiento paliativo, neoplasia, sedación.

RESULTADO DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

Perfil de la usuaria del anticonceptivo DIU en un centro de atención primaria en una zona de transformación social

Matas López A[1], Manzanares Rodríguez LM[2], Cheng Lee NC[3], Moral Moya MªT[2], De Juan Roldán JI[4], Calderón Nieto R[2]

[1] Médico Residente de 3er año en MFyC. CS Palma-Palmilla. Málaga

[2] Médico Residente de 4º año de MFyC. CS Palma-Palmilla. Málaga

[3] Médico de Familia. CS Palma-Palmilla. Málaga

[4] Médico Residente de 1er año de MFyC. CS Palma-Palmilla. Málaga

Objetivos: analizar el perfil de las usuarias de DIU durante los últimos dos años y medio en nuestro Centro de Salud.

Diseño: estudio descriptivo retrospectivo.

Emplazamiento: Centro de Salud Urbano.

Material y Método:

Se recogieron datos de edad, embarazos e IVEs previos, quistes ováricos o mamarios, hipermetrorragias y abortos espontáneos recogidos en Diraya.

Datos analizados estadísticamente ISPSS v20.

Resultados:

Número de pacientes estudiadas 107. Interesante observar variabilidad en cuanto a edad, siendo la inserción de DIU más común en menores de 27 años (>50%). Grupo de edad que más lo ha usado el comprendido entre los 20 y 30 años. Más del 50% usaron como anticonceptivo previo ACOs o Implante hormonal (30% y 25% respectivamente). AP más frecuentes múltiples gestaciones previas (16%) y abortos espontáneos (14%). 60% de ellas no tenían AP recogidos. Un 62% de las pacientes no han tenido ninguna IVE previa y sólo el 17% ha tenido 2 o más IVEs anteriormente. El 45%, tenían citología previa, siendo normal en el 90%. Destacar que se realizaron control ecográfico el 70% tras la inserción de DIU estando en el 100% de las pacientes bien posicionado.

Conclusiones:

No existe antecedente gineco-obstétrico destacable como causa clara para la inserción de DIUs. Habría que mejorar la recogida de estos datos en las historias clínicas de estas pacientes.

Existe evidente variabilidad en cuanto a la edad de las pacientes, siendo la 2ª década la de mayor uso.

Es destacable y enorgullece que el 100% de DIUs con control ecográfico realizado estén bien posicionados.

Palabras clave: Usuaria, DIUs, Atención Primaria.

RESULTADO DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

Relación entre disfunción familiar y síndrome ansioso depresivo

Pérez Hernández MªP[1], Podio Castro M[1], Guillen Rodríguez M[2], Calvo Lozano J[2]

[1] *Médico Residente de 4º año de MFyC. CS Molino de la Vega. Huelva*

[2] *Médico de Familia. CS Molino de la Vega. Huelva*

Objetivos: describir: la disfunción familiar en pacientes con síndrome ansioso depresivo, estructura familiar (adaptabilidad y cohesión familiar), la relación de disfunción familiar con las variables sociodemográficas.

Diseño: descriptivo transversal.

Emplazamiento: atención primaria.

Material y Método:

Pacientes con síndrome mixto ansioso depresivo, ansiedad y/o depresión, o tratamiento fármacos antidepresivos y/o ansiolíticos. Muestra de 71 pacientes.

Variables mediante entrevistas personalizadas: Sociodemográficas, Apgar familiar, Escala de Adaptación y cohesión familiar (FACES III), mide vinculación emocional de los miembros de una familia entre sí, y capacidad para cambiar su estructura de poder, roles y reglas en respuesta al estrés situacional y evolutivo.

Con SPSS, para variables cualitativas porcentajes y test de la Ji cuadrado, para $p \leq 0.05$.Para cuantitativas, media y T de student, U de Mann-Whitney si no cumple condiciones. Regresión logística para el análisis multivalente.

Resultado: mujeres 60%, edad media 53 años, 63.4% casados. 43.7% estudios elementales y 33.8% amas de casa. El 36.7% de la muestra presenta disfunción familiar, severa o moderada. El 32,4% presentan una estructura familiar relacionada, le sigue la no relación entre los distintos componentes de la familia 26,8%.El 38% tiene una adaptabilidad caótica. Las mujeres perciben más la disfunción familiar en un 41,1%.Menos disfunción conforme aumenta el nivel de estudios. La mayor disfunción familiar es en amas de casa 58,3%(p=0.49).En el análisis multivariante, sólo aparece relación con las amas de casa.

Conclusiones:

Las mujeres tienen una mayor percepción de la disfunción familiar. Existe una relación significativa con la disfunción familiar en amas de casa que nunca han trabajado fuera del hogar. A medida que aumenta el nivel de estudios, disminuye la disfunción familiar.

Deberíamos estudiar la función familiar en pacientes con esta sintomatología.

Palabras clave: disfunción familiar, depresión, ansiedad.

RESULTADO DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

Prevalencia de las complicaciones no infecciosas en gestantes de una zona urbana

Alcántara Armenteros S[1], Irigoyen Martínez C[2], Muñoz Delgado JR[1], González Uceda C[3], Castro Planet E[4], Gallardo Barranco S[4]

[1] Médico Residente de 3er año de MFyC. CS Alameda-Perchel. Málaga

[2] Médico Residente de 2º año de MFyC. CS Alameda-Perchel. Málaga

[3] Médico de Familia. CS Alameda-Perchel. Málaga

[4] Médico Residente de 4º año de MFyC. CS Alameda-Perchel. Málaga

Objetivos: estimar la prevalencia en gestantes de patología no infecciosa y de derivación y sus causas a Alto Riesgo Obstétrico (ARO).

Diseño: estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento: Centro de Salud urbano.

Material y Método: 300 pacientes embarazadas, nacidas entre 1963 y 1996, de 28 nacionalidades, 71,33% españolas, atendidas en programa de Embarazo entre junio 2011 y diciembre 2012. Revisión de las Historias Clínicas y análisis de datos mediante SPSS.

Resultados:

El total de embarazos con alguna complicación ha sido 139 (46.3%). La anemia gestacional fue la complicación más prevalente, con 63 casos (21%). Se constataron un 6,3% de Diabetes gestacional (DG) de las cuales 1 ha desarrollado una intolerancia a la glucosa posteriormente. Un 4,7% presentó Hipertensión arterial (HTA). Y entre otras complicaciones destacamos sangrado del 1er trimestre (1,7%), oligoamnios (1%) o CIR, sangrado 2º trimestre, mola, malformación o preeclamsia (0,7% cada una).

Se derivaron a ARO un 24% de embarazadas por 30 causas diferentes y combinaciones, siendo la más prevalente la DG (5,3%), seguida de HTA e hipotiroidismo (2,3% cada una), riesgo de Down y sangrado en el 1er trimestre (2% cada uno) y abortos de repetición (1,7%), entre otras.

El porcentaje de fumadoras registrado fue del 15,3%.

Conclusiones: la patología no infecciosa encontrada más prevalente en las embarazadas fue la anemia gestacional, pero la causa principal de derivación a ARO fue la DG seguido de la HTA e hipotiroidismo. Se aprecia una falta de concordancia relevante entre el seguimiento en ARO y la aparición de complicaciones.

Palabras clave: Primary Health Care, pregnancy complications, retrospective studies.

RESULTADO DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

Planificación anticipada de decisiones en las personas incluidas en programas de Cuidados Paliativos y de Atención Domiciliaria en Atención Primaria

Cutiño Ruiz D[1], Lebrero Ferreiro R[2], Pascual de la Pisa B[2], Casado Martín M[2]

[1] Médico Residente de 1er año de MFyC. CS de Camas. Camas (Sevilla)

[2] Médico de Familia. CS de Camas. Camas (Sevilla)

Objetivos: conocer el grado de implementación del cuestionario para la planificación anticipada de decisiones (PAD) en las personas incluidas en programas de Cuidados Paliativos (CP) o de Atención Domiciliaria (AD) en Atención Primaria (AP); analizar la información obtenida y las opiniones de los profesionales sobre su manejo.

Diseño: descriptivo transversal.

Emplazamiento: Centro de Salud periurbano.

Material y Método:

Población de estudio:

- Personas incluidas en programas de CP (n=68) o AD (n= 252) en 2013. Muestreo consecutivo.

- Médicos y enfermeras del centro activos en 2013 (n=25).

Fuente de datos: auditoría en historia de PAD (cuestionario ad-hoc) y cuestionario autoadministrado a profesionales.

Análisis estadístico: distribución de frecuencias.

Resultados:

86 Pacientes fueron entrevistados (30 CP y 56 AD): 1,2% referían registro de Voluntades Anticipadas (VVAA); 62% deseaban permanecer en el domicilio; 52% tenían disposición a hablar de su enfermedad y conocían su diagnóstico; 40% de los pacientes expresaban acuerdo sobre el tratamiento y un 60% solicitarían sedación paliativa; 3,5% registró consentimiento firmado en caso de pacto.

5 enfermeras y 10 médicos respondieron a la encuesta: el 67% declaraban el uso del cuestionario. Áreas de mejora: Mejorar la formación, la metodología del cuestionario y algunas de sus dimensiones.

Conclusiones: el grado de implementación del cuestionario PAD fue de 26,87%. Más de la mitad de los pacientes encuestados desean permanecer en el domicilio. Es mejorable el registro de VVAA o firma del consentimiento ante pactos. Los profesionales sanitarios demandan formación y modificación de la metodología y dimensiones del cuestionario.

Palabras clave: planificación anticipada de atención, Cuidados Paliativos, Servicio de atención de salud a domicilio.

RESULTADO DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

Cómo son nuestros pacientes con EPOC: Gravedad y Fenotipo

Ariza González M[1], Faz García MªC[1], Morales Sutil MªL[1], Alarcón Pariente E[2], Ortega Moreno IMª[3], Herrera Moreno CL[3]

[1] Médico Residente de 2º año de MFyC. CS El Palo. Málaga
[2] Médico Residente de 1er año de MFyC. CS El Palo. Málaga
[3] Médico Residente de 4º año de MFyC, CS El Palo. Málaga

Objetivos: determinar la gravedad y fenotipo de los pacientes con EPOC en una consulta de Atención primaria.

Diseño: estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento: consulta de un Centro de Salud urbano.

Material y Método:

Sujetos: Pacientes con EPOC adscritos a consulta de Atención Primaria (N=95 en 2013).

Variables analizadas: edad, sexo, hábito tabáquico, consejo antitabáquico en fumadores, espirometría: valores de FEV1%, FEV1 y CVF., gravedad y fenotipo (criterios GESEPOC).

Análisis bivariante: Chi2 y T-Student para datos independientes. P<0.05.

Resultados:

Se incluyen 95 pacientes (edad media 64.26; 66.3% varones). Se valoró el hábito tabáquico de 45, encontrándose diferencias significativas por sexo (fuman el 73.1% de las mujeres y el 37% de los hombres). Se realiza consejo antitabáquico al 26.3% de los que fumaban. La enfermedad es leve en el 78.3%, moderada en 17.4%, grave en 2.2% y muy grave 2.2%. Presentaban un fenotipo no agudizador el 87%, mixto el 2.2%, agudizador tipo enfisema el 2.2% y agudizador tipo bronquitis el 8.7%.

Los valores medios en espirometría son: CVF=93.83+/-3.579 FEV1%= 66.3+/-1.34; FEV1=78.38+/-3.24 sin diferencias significativas según sexo, sí en función de la gravedad (FEV1 mayor en EPOC leve (p<0.05). y el tabaquismo: FEV1 en los no fumadores fue menor que en los fumadores (p<0.05).

Conclusiones: los pacientes con EPOC en nuestro estudio presentan gravedad leve predominando el fenotipo no agudizador. Más de la mitad continúa fumando, predominando este hábito en las mujeres. El valor del FEV1 se relaciona con la gravedad de la enfermedad y el tabaquismo.

Palabras clave: pulmonary disease, phenotype, smoking.

RESULTADO DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

Diferencias entre pacientes diabéticos según su grado de control

Zarco Manjavacas J[1], Cervilla Suárez FJ[1], Alarcón E[2], Martínez Alonso G[3], Ariza González M[3], Morales Sutil MªL[3]

[1] Médico Residente de 3er año de MFyC. CS El Palo. Málaga

[2] Médico Residente de 1er año de MFyC. CS El Palo. Málaga

[3] Médico Residente de 2º año de MFyC. CS El Palo. Málaga

Objetivos: definir las características de los pacientes con un mal control de su DM.

Diseño: estudio descriptivo longitudinal.

Emplazamiento: Centro de Salud urbano.

Material y Método: total de pacientes con diagnóstico de DM2 seguidos en una consulta de atención primaria durante los años 2012 y 2013. Se midieron las variables sexo y edad, y mediciones sucesivas de fondo de ojo (normal, retinopatía diabética no proliferativa, retinopatía diabética proliferativa), exploración de pies (normal, de riesgo, pie diabético), LDL y microalbuminuria (positiva, negativa). Como variable dependiente se eligió la HbA1c >7.

Análisis estadístico chi cuadrado, t de Student. Nivel de confianza 0.05

Resultados:

Se incluyen 193 pacientes, de los cuales 114 son hombres (59.1%) IC 52.13-66 y 79 mujeres. Los pacientes presentaban una edad media en 2013 de 68.09 + 0.692 años con un máximo de 97 y un mínimo de 40.

En 2013 a 138 se les realizó el fondo de ojo siendo normal en el 81.2%, RDnp en el 16.7% y RDp en el 2.2%. En 2013 se realiza la exploración de pies a 182 pacientes de los cuales el 61% presentaba un pie normal, el 34.6% un pie de riesgo y el 4.4% un pie diabético. En 2012 de las microalbuminurias realizadas (170) fueron negativas el 80.6% y positivos el 19.4%.

En 2012 presentan una HbA1c basal de 7.08 +/- 0.089, LDL de 102.49 +/-2.72.

En 2013 presentan una HbA1c basal de 6.96 +/- 0.086, LDL de 100.52 +/-2.41.

Conclusiones: el valor más relacionado con un buen control de la diabetes en nuestra población es el fondo de ojo normal.

Palabras clave: diabetes, control glucemia, fondo de ojo.

RESULTADO DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

Percepción de los pacientes inmigrantes sobre el acceso y la atención en el sistema sanitario andaluz

Medero Canela R[1], Domínguez Teba AJ[2], Macías Beltrán I[1], Pedregal González M[3]

[1] Médico Residente de 4º año de MFyC. CS El Torrejón. Huelva

[2] Médico Residente de 4º año de MFyC. CS Luis Taracido. Bollullos Par del Condado (Huelva)

[3] Médico de Familia. Técnico de la Unidad Docente de MFyC. Huelva

Objetivos: conocer la percepción que tienen los pacientes inmigrantes sobre el acceso al sistema sanitario andaluz, sobre el sistema sanitario público y el trato hacia su colectivo.

Diseño: estudio cualitativo mediante entrevistas individuales.

Emplazamiento: urgencias hospitalarias.

Material y Método: tras obtener consentimiento informado, siete pacientes accedieron a completar la entrevista.

Se preguntó si acudían de forma regular a su Centro y conocían a su Médico, si tenían problemas en la asistencia o con el idioma y si pensaban que ser inmigrantes provocaba problemas de acceso, que era lo mejor y peor del sistema.

Resultados: todos dicen acudir regularmente a su Centro y conocer a su Médico de Familia. Todos salvo uno ("hay diferencias en el trato, a veces racismo") dicen no haber tenido nunca problemas en la asistencia. Todos afirman no encontrar problemas de comunicación por el idioma. En línea general afirman no encontrar problemas por ser inmigrantes aunque uno dice "sí hay, cuando un inmigrante no tiene tarjeta sanitaria no puede pedir atención médica". En cuanto que les parece lo mejor, todos coinciden en que "todo es bueno", "son agradables", "no hay que pagar". En cuanto a lo peor, la mayoría dicen "no hay nada malo" aunque varios se quejan de las deficiencias originadas por la actual situación económica: "ya no dan algunas medicinas", "no estoy de acuerdo con recortes".

Conclusiones: de forma general, el paciente inmigrante parece percibir correcta atención sanitaria en los distintos niveles de atención no encontrando barrera idiomática ni percibiendo obstáculos ni disparidad en su atención por su condición de inmigrante.

Palabras clave: inmigrantes, percepción.

RESULTADO DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

Estado nutricional de población incluida en el programa de atención domiciliaria (PAD). Estudio NUTRIANCO

Muñoz Díaz B[1], Vida Pérez M[2], Soto Díaz C[3], Redondo Sánchez J[4], Castro Fernández CM[a3], Alabanda Pizarro I[5]

[1] Médico Residente de 3er año de MFyC. CS Lucano. Córdoba

[2] Médico Residente de 4º año de MFyC. CS Lucano. Córdoba

[3] Médico Residente de 4º año de MFyC. CS Santa Rosa. Córdoba

[4] Médico de Familia. CS Lucano. Córdoba

[5] Enfermera de la Residencia de Mayores Santa María. Córdoba

Objetivos: evaluar la situación nutricional de pacientes incluidos en PAD.

Diseño: estudio observacional, descriptivo y transversal.

Emplazamiento: atención primaria.

Material y Método: pacientes mayores de 65 años del PAD escogidos por muestreo sistemático (n= 51). Aplicación del cuestionario MNA (Mini Nutritional Assesment) para establecer el estado nutricional. Se recogieron 57 variables: sociodemográficas, antropométricas, de dependencia, estado anímico y cognitivo, y parámetros analíticos. Se realiza análisis descriptivo de principales variables y distribución de frecuencias con aplicación de chi cuadrado, t student, análisis de varianza. Nivel de significación: $p< 0,05$.

Resultados: el 80,4% fueron mujeres y la media de edad de 87,2 (DT=5,39). Presentaban 4,5 (DT=1,8) enfermedades crónicas de media y un consumo de 6,6 (DT=3,0) fármacos. Se detectó un posible cuadro depresivo en el 47,4% y alteración cognitiva moderada-severa en el 32,6%. El 39,2% tenía riesgo de malnutrición y el 17,6% presentaba malnutrición (41,9% en los residentes en su domicilio y 80% en los de residencias, $p= 0,007$). El 25,5% presentaba índice de masa corporal inferior a 20. La circunferencia braquial y el pliegue tricipital fueron inferiores al percentil 10 en 2% y 13,7% respectivamente. Los parámetros analíticos fueron inferiores a los normales en: proteínas (49%), hemoglobina (45,1%), albúmina (33,3%), ácido fólico (19,6%), y vitamina B12 (13,7%).

Conclusiones: el porcentaje de desnutrición es similar al encontrado en otros estudios, siendo el doble en los pacientes de residencias. Se ha objetivado una elevada proporción de pacientes con parámetros analíticos alterados indicativos de malnutrición.

Palabras clave: Malnutrición, MNA, Residencia.

RESULTADO DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

Valoración del hábito tabáquico en estudiantes mediante cooximetría

Alarcón Pariente E[1], Ariza González M[2], Faz García MªC[2], Morales Sutil MªL[2], Zarco Manjavacas J[3], Ruz Portero S[1]

[1] Médico Residente de 1er año de MFyC. CS El Palo. Málaga

[2] Médico Residente de 2º año de MFyC. CS El Palo. Málaga

[3] Médico Residente de 3er año de MFyC. CS El Palo. Málaga

Objetivos: determinar el hábito tabáquico y niveles de monóxido de carbono (CO) mediante cooximetría en estudiantes.

Diseño: descriptivo transversal.

Emplazamiento: cuatro centros educativos (CE) de la zona correspondiente a un Centro de Salud urbano.

Material y Método:

Población: Estudiantes de cuatro CE, que participan en actividades de promoción de salud (sesiones, talleres y mesas sobre tabaquismo). Muestra no aleatoria.

Variables: edad, sexo, consumo de tabaco, número de cigarros/día y valor de la cooximetría en partes por millón (ppm).

Análisis estadístico: Chi cuadrado, t student (muestras independientes). Nivel de confianza 0'05.

Resultados:

Participaron 327 estudiantes con edad media 14.78 años (rango 11-19 años) siendo varones el 58.4%. El 41.7% son fumadores (consumo medio: 2.92 cigarros/día; 24'5% 1-5 cigarrillos/día, 10'5% 6 -10 cigarrillos/día, 3% 11-15 cigarrillos/día y 3'7% >16 cigarrillos/día) con diferencias significativas por sexo: el 50.7% de mujeres son fumadoras, frente al 31'4% de hombres (p<0'001); media de cigarrillos/día 3'97 en mujeres y 2'15 en varones (p=0'002).

El nivel medio de CO es 3'03, (9'24 ppm en fumadores, 1'78 ppm en no fumadores (p<0'05)), con diferencias según sexo: 3'65 ppm en mujeres, 2'60 ppm en varones (p=0'036).

El 37'3% de fumadores tiene CO>6ppm, frente al 3'5% de los no fumadores (p<0'001). Un 3'8% tiene ≥ 21 ppm. La media de edad en estudiantes con CO>6ppm es 16 años, frente a 14'68 años si <6ppm (p<0'05).

Conclusiones: en la población analizada se observa un porcentaje alto de fumadores. El consumo es mayor en mujeres y a mayor edad.

Palabras clave: tabaco, conducta adolescente, educación sanitaria.

RESULTADO DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

Efectividad comparada de dos estrategias terapéuticas en Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. GOLG vs. GesEPOC. Proyecto EPOCTIMIZA. Datos preliminares

Giraldo Abadín FM[1], Aznar Zamora C[2], Rico Rangel MªI[3], Muñoz Ayllón M[4], Sáez García L[4], Rodríguez Rodríguez R[5]

[1] *Médico Residente de 2º año de MFyC. UGC Joaquín Pece. San Fernando (Cádiz)*

[2] *Médico Residente de 2º año de MFyC. CS Cayetano Roldán. San Fernando (Cádiz)*

[3] *Médico Residente de 2º año de MFyC. CS de Rodríguez Arias. San Fernando (Cádiz)*

[4] *Médico Residente de 2º año de MFyC. CS de La Laguna. Cádiz*

[5] *Médico Residente de 2º año de MFyC. CS de Pinillo. El puerto de Santa María (Cádiz)*

Objetivos: comparar la efectividad de la propuesta de estrategia terapéutica "Global Initiative for Chronic lung Disease (GOLD)" con la de la "Guía Española de la EPOC (GESEPOC)" en términos de mortalidad atribuible a la enfermedad, número de exacerbaciones y calidad de vida.

Diseño: observacional, prospectivo, analítico.

Emplazamiento: atención primaria.

Material y Método:

Población: Pacientes de ambos sexos y cualquier edad, incluidos en Proceso asistencial o Programa de Salud EPOC; Criterios selección: Criterios para diagnóstico de EPOC. Muestreo aleatorio simple, consecutivo; Variables: antropométricas, sociodemográficas, funcionales respiratorias, categorización según aleatorización, severidad, calidad de vida (CAT), adecuación del tratamiento a estrategia aleatorizada.

Análisis estadístico con programa Gstat. 2.0.

Resultados: N= 55. 67,27% aleatorizados al grupo de estrategia "GOLD", 32,73% a la estrategia "GesEPOC". Edad media 68 años. Años transcurridos desde diagnóstico, 8,9 de media, siéndolo el 65,45% en atención primaria y el resto en neumología... Continúan siendo fumadores el 29, 09%, siendo el 60% exfumadores. Comorbilidad de otros factores de riesgo cardiovascular (diabetes mellitus, hipertensión arterial, cardiopatía isquémica, obesidad) en el 63,64% de los casos. Cuestionario de calidad de vida, mayoritariamente con grado "bajo" en el 46,34%, o "moderado" en el 39, 02%. Se detecta inadecuación a la estrategia aleatorizada en el 57,58% de los individuos.

Conclusiones: de forma preliminar se evidencia clara oportunidad de mejora en la adecuación de los tratamientos farmacológicos a pacientes con EPOC, independientemente de la estrategia terapéutica aleatorizada, así como elevado porcentaje de tabaquismo activo en pacientes diagnosticados y con tratamiento farmacológico.

Palabras clave: Efectividad, GOLD, GesEPOC.

RESULTADO DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

Adecuación en el registro en historia digital de salud de pruebas radiológicas realizadas de pacientes atendidos en atención primaria

Maqueda Pedrosa D[1], Pérez Delgado de Torres MªJ[2], Silva Santos MªJ[3], Martínez Sarmiento AI[4], Pascual de la Pisa B[4]

[1] Médico Residente de 3er año de MFyC. CS Camas. Sevilla
[2] Médico Residente de 1er año de MFyC. CS Camas. Sevilla
[3] Médico Residente de 4º año de MFyC. CS Camas. Sevilla
[4] Médico de Familia. CS Camas. Sevilla

Objetivos: conocer la calidad del registro y la adecuación de las pruebas radiológicas solicitadas desde Atención Primaria en la Historia Digital de Salud (HDS).

Diseño: descriptivo transversal.

Emplazamiento: Centro de Salud periurbano.

Material y Método:

Población de estudio y criterios de selección: Adultos citados en Agenda de Radiología en Mayo de 2014.

Tamaño muestral: Universo muestral. Muestreo consecutivo.

Variables y métodos de medición: Género, Registro en HDS motivo de solicitud radiográfica, registro de proyección solicitada, adecuación de la misma (según la Sociedad Española de Radiología Médica), tratamiento final realizado, necesidad de tratamiento hospitalario.

Fuente de datos: auditoria clínica.

Análisis estadístico: distribución de frecuencias.

Resultados: de los 400 pacientes estudiados (63,2% mujeres y 36,8% varones), el motivo de solicitud radiográfica constaba en el 88,2%. La proyección realizada se registraba en el 9% de los casos, de los cuales en el 38,9% no era la adecuada. El tratamiento final realizado no constaba en el 40,8%, y en el 59,2% restante consistía en analgesia oral (47,5%), medidas higiénico-dietéticas (3,8%), antibioterapia (3,5%), ortesis (2,3%), analgesia intraarticular (1,5%) y tratamiento quirúrgico (0,8%). El 19,8% de los pacientes necesitaron control hospitalario posterior.

Conclusiones: el grado de cumplimentación del motivo de consulta, registro de la proyección solicitada y tratamiento en la HDS es mejorable. La adecuación de la proyección es poco valorable debido al infrarregistro en HDS. Se propone una intervención estructurada para mejorar la calidad y la adecuación de las consultas que originen estudios radiográficos.

Palabras clave: Registro, Adecuación, Radiografía.

RESULTADO DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

Uso de aplicaciones para smartphone como herramienta de comunicación en una UGC con dispersión geográfica de los profesionales que la forman

Sandoval Codoni J[1], Pérez Romera FJ[2], Solís Sola M[a]B[2], Josanu S[2], Maadi Ahmed S[3], Rivera Rodríguez N[3]

[1] Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y comunitaria. CS de La Mojonera. Distrito poniente. Almería

[2] Médico de Familia, UGC La mojonera, distrito poniente. Almería

[3] Médico Residente de 2º año de MFyC. CS de La Mojonera. Distrito poniente. Almería

Objetivos: valorar el uso de nuevas tecnologías para la comunicación en un equipo de atención primaria con dispersión geográfica de los profesionales sanitarios que lo constituyen.

Diseño: estudio observacional descriptivo.

Emplazamiento: UGC de Atención Primaria Rural.

Material y Método: estadísticas básicas del total de mensajes registrados en el grupo creado con los profesionales sanitarios de la unidad en una aplicación para smartphone de mensajería y envío de archivos desde su creación en noviembre de 2013.

Resultados:

Actualmente están incluidos dentro del grupo 14 de los 17 profesionales sanitarios del centro (médicos y enfermeros), con un solo administrador.

Desde su puesta en marcha, se han generado 560 mensajes (250 con documentos adjuntos -44.6%-). La media total de mensajes/día es de 2,3.

Las temáticas más frecuentes son la difusión de artículos y noticias de interés formativo y asistencial (60%), notificación de reuniones (25%) y modificación de guardias (5%).

Conclusiones: el uso de este tipo de nuevas tecnologías en unidades en las que los profesionales se encuentran dispersos en diferentes lugares de trabajo permite una mejora dentro de la comunicación y dinámica de funcionamiento del grupo. Gracias a estas se evitan desplazamientos innecesarios y se consigue una mayor difusión de noticias así como de formación, disminuyendo la sensación de aislamiento del profesional.

Palabras clave: whatsapp, telegram, atención primaria rural, archivo, aislamiento, dispersión geográfica.

RESULTADO DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

Cirugía Menor en Atención Primaria

De Vicente Contreras D[1], Aguirre Martínez S[2], Avilés Escudero C[3], Compán Medina MªM[4], López López C[4], Martos Sánchez PMª[1]

[1] Médico Residente de 3er año de MFyC. CS La Cañada. Almería

[2] Médico Residente de 4º año de MFyC. CS La Cañada. Almería

[3] Médico de Familia. CS La Cañada. Almería

[4] Médico Residente de 2º año de MFyC. CS La Cañada. Almería

Objetivos:

• Describir características de pacientes atendidos en Cirugía Menor en una UGC y tiempo de demora la intervención.

• Describir las diferentes intervenciones.

• Grado de concordancia entre el diagnostico clínico y anatomo-patológico.

Diseño: estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento: pacientes atendidos en Cirugía Menor.

Material y Método:

Pacientes atendidos en Cirugía Menor durante 2013 de una Unidad Gestión Clínica.

• Historia clínica Diraya.

• Registros de cirugía menor.

• Hojas de anatomía patológica.

Técnicas de análisis univariable: variables cualitativas en porcentajes. Variables cuantitativas: en su media, desviación estándar e intervalo de confianza al 95%.

Índice Kappa, para determinar la concordancia entre el diagnostico clínico y el anatomo-patológico.

Resultados:

477 pacientes. 62% mujeres. La edad media de 42 años DS 19.

Media de tiempo de cita 101 días.

13% se deriva por motivo estético, la localización más frecuente es miembros inferiores un 15%, cara 13% y espalda 13%.

Las lesiones clínicas más frecuentes son: dermatofibroma 17%, Verruga Vulgar 17%, quiste epidérmico 12% Queratosis seborreicas 10%.

Se utiliza la electrocirugía 27%, la escisión en 15% y crioterapia 14%. El 15% se biopsiaron.

El índice Kappa de concordancia fue de 0,78 ($p<0,05$). El 100% tenían consentimiento informado.

Conclusiones:

El perfil es una mujer de mediana edad, mas de tres meses de espera.

Las lesiones más frecuentes son verrugas vulgares y dermatofibromas, la intervención más frecuente es la electrocirugía.

Una minoría de lesiones de biopsian, buena concordancia clínica y anatomo-patológica.

Palabras clave: cirugía menor, motivo intervención, estadística cirugía menor, diagnostico anatomo-patológico.

RESULTADO DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

¿Cómo es el perfil de riesgo cardiovascular de pacientes incluidos en el proceso asistencial de diabetes mellitus en atención primaria?

Navas Avellaneda M[a1], Garrido Torres L[2], Sánchez Martínez M[2], Segura Torres P[3], Del Castillo Tirado FJ[4]

[1] Médico Residente 3er año de MFyC. CS Virgen de la Capilla. Jaén

[2] Médico Residente 2º año de MFyC. CS Virgen de la Capilla. Jaén

[3] Especialista en Nefrología. Complejo hospitalario de Jaén

[4] Médico de Familia. Urgencias Complejo San Agustín de Linares (Jaén)

Objetivos: describir el perfil de riesgo cardiovascular de los pacientes diabéticos.

Diseño: estudio transversal.

Emplazamiento: un Centro de Salud urbano.

Material y Método: estudio transversal. Seleccionamos tres cupos de pacientes incluidos en el PAI Andaluz de Diabetes Mellitus de un Centro de Salud entre Junio/2013-Julio/2014. En total existen 301 pacientes incluidos en el proceso dentro de una población objetivo de 4353 usuarios

Resultados:

Total de 301 pacientes incluidos en el proceso dentro de una población objetivo de 4353 usuarios. Edad media 69,6±13,9 años. Hombres 54,5%. Tipo de Diabetes: 5% Tipo 1, 91% tipo 2, 0,3% LADA y 3,7% desconocida. Tiempo de evolución 8,9±8,2 años.

Factores Riesgo Vascular: Peso medio 76,2±15,3 kg, IMC 29,2 kg/m2 (19,9-45,8kg/m2), tabaquismo 14,9%, enolismo 6,4%, HbA1c 7,1±1,2% (5,4-13,2%), HTA 65,8% (TAS 129±14 mmHg, TAD 73±10 mmHg y TAM 92±11 mmHg, frecuencia cardiaca 75±10 lpm), hipercolesterolemia 49,8% (Colesterol total 198±45 mg/dL, HDL 49±13 mg/dl, LDL 118±37 mg/dL), Cardiopatía isquémica 13,3%, FA 6,4%, HVI 6,1%, ACV 7,4%, Nefropatía diabética 7,1% (Cr 1,05±0,39 mg/dl, albúmina/creatinina 34,7 mg/g), retinopatía 7,5%, arteriopatía periférica 9,2% (pie diabético 5,6%, isquemia de MMIIl 2,3% y amputaciones 1,3%).

Conclusiones:

-El 90% son Diabetes Mellitus tipo 2.

-El 65,8% de los pacientes diabéticos son hipertensos y el 49,8% tienen hipercolesterolemia.

-La media de LDL estaba en 118 mg/dL y de HbA1c 7%.

-El 14,9% de los pacientes diabéticos son fumadores.

-El 7% tienen nefropatía diabética y 9,2% arteriopatía periférica.

Palabras clave: Diabetes, Riesgo cardiovascular.

RESULTADO DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

Análisis de cinco años de ecografías en una UGC de atención primaria

González Urbano Mª[1], Guerrero García FJ[2], Sánchez Martín L[3], García Lucena G[4]

[1] *Médico Residente 4º año de MFyC. CS Gran Capitán. Granada*
[2] *Médico de Familia. CS Gran Capitán. Granada*
[3] *Médico Residente 3er año de MFyC. CS Gran Capitán. Granada*
[4] *Médico Residente 1er año de MFyC. CS Gran Capitán. Granada*

Objetivos:

Analizar las ecografías realizadas en cinco años en una UGC de Atención Primaria.

Estimar el grado de concordancia diagnóstica de las ecografías realizadas por médicos de familia en atención primaria con las posteriormente realizadas en el hospital.

Diseño: estudio Observacional Descriptivo Retrospectivo.

Emplazamiento: atención primaria. Ámbito hospitalario.

Material y Método: se analizan la totalidad de las ecografías, excluyendo las obstétricas, registradas en el Libro de Registro de Ecografías de la UGC durante los años 2009-2013. Se comprueba a través de los sistemas de información disponibles, la realización de una prueba de imagen en el Hospital con posterioridad a la realización de la ecografía en AP. Variables de Estudio: Tipo de ecografía, hallazgo en AP, hallazgo en Hospital.

Resultados:

Se realizan durante estos 5 años 600 ecografías, distribuidas: 2009: 114 (19%), 2010: 144 (24%); 2011: 118 (20%); 2012: 125(21%); 2013: 99(17%).

Tipo de Ecografía: Abdominal: 399 (66,5%); Musculoesquelética: 106 (18%); Tiroides: 41 (7%); Partes Blandas: 10 (1.6%); Mama: 3 (0,5%); Escroto: 21 (3,5%); Vascular: 1 (0,2%); Otras: 16 (2,7%).

Se realizaron pruebas de imagen posteriores a nivel hospitalario en 162 casos. Hubo concordancia entre el hallazgo detectado en AP y el detectado en la prueba hospitalaria en 137 casos (84,6%), mientras que no la hubo en 25 casos (15,4%).

Conclusiones:

La ecografía se ha constituido como una herramienta fundamental para el médico de familia.

La abdominal y la musculoesquelética son las más utilizadas por el médico de familia, probablemente por la incidencia de síntomas abdominales y osteomusculares.

La tiroidea, por su fácil acceso y técnica, cada vez es más utilizada por los médicos de familia.

La concordancia entre los hallazgos en Atención Primaria y las pruebas diagnósticas hospitalarias permite inferir la buena capacitación de los médicos de familia para realizar diagnósticos ecográficos fiables.

Palabras clave: Ecografía, Fiabilidad, Medicina de Familia.

RESULTADO DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

Adecuación del uso de AAS en paciente diabéticos con alto riesgo cardiovascular

Simao Aiex L[1], Oliva Molina P[2], Extremera García E[3], Atienza López SM[3]

[1] *Médico Residente de MFyC. CS El Valle. Jaén*
[2] *Residente de MFyC. CS El Valle. Jaén*
[3] *Residente de MFyC. CS Mancha Real. Jaén*

Objetivos: conocer la prevalencia del uso de AAS en los diabéticos con riesgo cardiovascular elevado (SCORE >10%).

Diseño: estudio Descriptivo Transversal.

Emplazamiento: 6 Centros de Salud Urbanos.

Material y Método: auditoria de historias clínicas Diraya de 38 cupos médicos de paciente incluidos en el proceso de diabetes. Se recogen datos de dos años previos: sexo, tratamiento antiagregante, datos analíticos, complicaciones médicas y frecuentación sanitaria. Análisis de datos mediante estudio descriptivo y bivariante. Autorizado por comité de ética.

Resultados:

De un total de 370 pacientes 47% son mujeres y el 17% tienen tratamiento antiagregante, de los cuales el 73% son hombres (p=0,038 Chi2).

Además, según Score el 47% presentan RCV elevado, y solamente el 20% toman antiagregantes.

No hay diferencias significativas en cuanto al tipo de tratamiento antiagregante utilizado (AAS/Clopidogrel 12% y 1% en grupo de riesgo moderado bajo, frente a 18% y 3% en grupo de RCV elevado), ni en tratamiento antidiabético utilizado.

En cuanto a complicaciones registradas, tampoco existen diferencias significativas entre los grupos aunque hay mayor incidencia de isquemia de miembros inferiores y cardiopatía entre los pacientes que toman antiagregantes (10% frente a 3%, p=0.076 Chi2 y 3% frente a 0%, p=0,52 Chi2, respectivamente).

Conclusiones:

Según proceso de diabetes todos los pacientes con RCV elevado deberían tomar antiagregantes, sin embargo muy pocos realmente lo hacen.

Además parece existir diferencias por sexos, siendo las mujeres menos consumidoras de estos fármacos, aunque las indicaciones terapéuticas en ambos sexos sean las mismas.

Palabras clave: antiagregantes, diabetes mellitus.

RESULTADO DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

Evolución del estado nutricional de las personas mayores frágiles en atención primaria

Morales Sutil MªL[1], Faz García MªC[1], Ariza González M[1], Alarcón Pariente E[2], Zarco Manjavacas J[3], Garrido Canning C[4]

[1] *Médico Residente 2º año de MFyC. CS El Palo. Málaga*
[2] *Médico Residente 1er año de MFyC. CS El Palo. Málaga*
[3] *Médico Residente 3er año de MFyC. CS El Palo. Málaga*
[4] *Médico Residente 4º año de MFyC. CS El Palo. Málaga*

Objetivos: determinar la evolución del estado nutricional en personas mayores frágiles en Atención Primaria.

Diseño: estudio observacional longitudinal.

Emplazamiento: Centro de Salud urbano.

Material y Método: cohorte de 128 personas mayores frágiles con riesgo nutricional captados en un Centro de Salud urbano. Mediciones: Índices antropométricos (Índice masa corporal [IMC], perímetro braquial [PB], perímetro de pantorrilla [PP], pliegue tricipital [PT], circunferencia muscular del brazo [CMB]) y Estado funcional (Índice de Barthel). Tipos desnutrición: proteica, calórica, mixta. Gravedad: leve (p50-p25), moderada (p25-p10) o severa (<p10). Mediciones cada 6 meses (2003-2014). Análisis: T de Student para muestras apareadas. Nivel de significación 0.05.

Resultados: la edad media inicial fue 82.64 +/- 0.67 años, 68% mujeres. En la medición basal: Barthel 69.11 +/-2.95, IMC 22.92 +/-0.38, PT 14.69 +/-0.59, PB 23.55 +/-0.27, CMB 19.14 +/-0.24, PP 30.40 +/-0.33. Presentaban malnutrición basal el 76.6%; siendo la más frecuente la mixta (32%). Fue leve en 40.6%, moderada 30.5% y en 5.5% severa. En la 7º medición presentaban malnutrición el 21.9% (10.2% proteica, 4.7% calórica, 7% mixta), siendo 39.28% leve, 42.85% moderada y 17.85% severa. Tras siete evaluaciones (tiempo medio de seguimiento 39.66 meses) hay descenso significativo del IMC ($p < 0.01$) y en el índice de Barthel ($p < 0.0001$) sin otros cambios significativos.

Conclusiones: existe un importante porcentaje de malnutrición en las personas mayores frágiles. La intervención individual sólo mantiene el estado nutricional pero no lo mejora. El IMC y el grado funcional empeoran con el tiempo.

Palabras clave: Malnutrition (malnutrición) Frail elderly (anciano frágil), Anthropometrics parameters (parámetros antropométricos).

RESULTADO DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

¿Existen diferencias entre el perfil riesgo vascular de pacientes diabéticos hipertensos frente a diabéticos no hipertensos en atención primaria?

Sánchez Martínez M[1], Del Castillo Tirado FJ[2], Segura Torres P[3], Navas Avellaneda Mª[1], Garrido Torres L[1]

[1] *Médico Residente de MFyC. CS Virgen de la Capilla. Jaén*

[2] *FEA Urgencias. Complejo Hospitalario San Agustín de Linares (Jaén)*

[3] *FEA Nefrología. Unidad Hipertensión Arterial. Jaén*

Objetivos: analizar las diferencias entre perfil de riesgo vascular de paciente diabéticos hipertensos y diabéticos no hipertensos.

Diseño: estudio transversal y descriptivo.

Emplazamiento: Centro de Salud de tipo Urbano.

Material y Método: seleccionamos todos los pacientes procedentes de tres cupos incluidos en el Proceso Asistencial Integrado Andaluz de Diabetes Mellitus de un Centro de Salud entre Junio/2013 - Julio/2014.

Resultados: total 301 pacientes. Hipertensos 65,8% con 8,8±7 años de evolución. Encontramos diferencias en: edad media (HTA si 72±11 vs no 64±17 años; p<0,001), antecedentes de hipercolesterolemia (HTA si 58% vs no 34%;p<0,001), y toma de estatinas (HTA si 55,5% vs no 27%;p<0,001) siendo la más frecuente simvastatina, con cifras de colesterol total (HTA si 195±47 vs no 202±43 mg/dl; p=0,06), LDL (HTA si 114±39 vs no 124±34 mg/dl; p=NS), HDL (HTA si 48±13 vs no 53±14 mg/dl; p=NS), también encontramos diferencias en antecedentes de cardiopatía isquémica (HTA si 17,4% vs no 6,1%;p=0,007), ACV (HTAsi 10,2% vs no 2%; p=0,01), e HVI (HTA si 8,7% vs no 1%; p=0,008).

No encontramos diferencias en las cifras de TA a expensas de mayor toma de diurético (HTA si 59,5% vs no 7%; p<0,001, (el más frecuente: Hidroclorotiazida), toma de IECA (HTA si 33,8% vs no 7%; p<0,001), (el más frecuente: enalapril), toma de ARA II (HTA si 54% vs no 6%; p<0,001), (el más frecuente: losartán), toma de calcioantagonistas y betabloqueantes.

Conclusiones:

1.- Los diabéticos hipertensos han sufrido más episodios cardiovasculares (cardiopatía-isquémica, ACV e HVI) que los diabéticos no hipertensos.

2.- Los pacientes diabéticos hipertensos tienen más edad, más antecedentes de hipercolesterolemia y toman más estatinas por ese motivo que los diabéticos no hipertensos.

Palabras clave: diabetes, hipertensión, tratamiento.

RESULTADO DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

Prevalencia y tipos de infección de los MRSA en atención primaria de un distrito sanitario

Pérez Eslava Mª[1], Mazón Ouviña EA[2], Flores Cebada EMª[3], Rodríguez Iglesias MA[4]

[1] *Médico Residente de 4º año de Medicina de Familia y Comunitaria. CS Loreto-Puntales. Cádiz*

[2] *Médico Residente de 3er de Medicina de Familia y Comunitaria. CS Loreto-Puntales. Cádiz*

[3] *Médico Residente de 4º de Medicina de Familia y Comunitaria. CS La Laguna. Cádiz*

[4] *Médico-Profesor Titular de Microbiología. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz*

Objetivos: conocer la prevalencia de las infecciones producidas por Staphilococcus Aureus resistente a meticilina (MRSA) en atención primaria, así como los tipos de infección más prevalentes de estas durante el año 2009 en una población determinada.

Diseño: estudio observacional multicéntrico.

Emplazamiento: atención primaria y área de urgencias hospitalarias.

Material y Método: se obtuvo una muestra con 1086 pacientes a los que se les recogió muestra biológica de posibles infecciones de la comunidad, realizado en diez Centros de Salud de atención primaria y del área de urgencias del hospital de referencia de dicha población. Se analizó en hoja Excel 2007 las variables a estudiar: tipo de infección, resistencia a meticilina, para posteriormente calcularlas mediante porcentajes.

Resultados: el 16% de las infecciones fueron producidas por MRSA. Del total de estas las más prevalentes fueron: Exudados de heridas (31%), infecciones de orina (21%) y úlceras en distintas localizaciones (18%), encontrando en un segundo plano, con un 4% aproximado, exudados vaginales, ópticos y nasales, y con un porcentaje aún menor: bacteriemias (hemocultivos), infecciones respiratorias con esputos infectados, absceso/pus, escaras y exudados uretrales.

Conclusiones: las infecciones por MRSA no sólo son nosocomiales, si no que están apareciendo en la comunidad, como se objetiva en nuestra muestra con un 16%. Dado la prevalencia hallada en nuestra muestra, debemos tenerlas presentes especialmente en infecciones de heridas, del trato urinario y de úlceras en distintas localizaciones.

Palabras clave: Prevalence, MRSA, Infections.

RESULTADO DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

Prevención secundaria de cardiopatía isquémica en un Centro de Salud

Benítez Rodríguez MªD[1], Berekoetxea Robador M[2], Rey Núñez de Arenas MªP[2], Romero Muñoz E[1], Salinas Gutiérrez J[3], Valls Pérez B[3]

[1] Médico Residente de 4º año de MFyC. CS Albaycín. Granada

[2] Médico Residente de 1er año de MFyC. CS Albaycín. Granada

[3] Médico Residente de 2º año de MFyC. CS Albaycín. Granada.

Objetivos: conocer la prevención secundaria en pacientes con cardiopatía isquémica según registro en la historia clínica de FRCV y tratamiento antiagregante.

Diseño: estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento: atención primaria.

Material y Método: se ha obtenido una muestra representativa de 113 pacientes con diagnóstico de cardiopatía isquémica (CIE-9) de pacientes de un Centro de Salud, se han recogido datos de sexo, edad, registro de tensión arterial (TA), hábito tabáquico, índice de masa corporal (IMC) de su historia clínica y tratamiento antiagregante. Análisis de datos con SPSS20, análisis descriptivo y comparativo.

Resultados: se analizaron datos de 113 pacientes, 66,4% Varones y 33,6% Mujeres, edad media 70,8 años ±25. El 47,8% de los pacientes tenían registrado en su historia la TA, habito tabáquico e IMC. El 95,6% de los pacientes tenían recogidos la TA, el 66,4% tenían recogidos tabaco y el 65,5% tenían recogido el IMC. El 88,5% tienen tratamiento antiagregante. El 63,7% usan AAS, 10,6% clopidogrel y la asociación de AAS y clopidogrel la usan el 4,4%. No se apreciaron diferencias estadísticamente significativas (p>0,05) entre sexos, en el registro en la historia clínica de FRCV, en cuanto al tratamiento antiagregante existen diferencias (p=0,03) el 61,1% de hombres tienen tratamiento y un 26,5% de mujeres.

Conclusiones: se realiza una adecuada prevención secundaria de los pacientes con cardiopatía isquémica en este Centro de Salud mediante el registro de TA, hábito tabáquico e IMC y en cuanto a la prescripción de tratamiento antiagregante existen diferencias entre hombres y mujeres.

Palabras clave: Prevention, Myocardial, Ischemia.

RESULTADO DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

Prevención secundaria de ICTUS en un Centro de Salud

Benítez Rodríguez MªD[1], Romero Muñoz E[1], García López E[2], Salinas Gutiérrez J[1], Berekoetxea Robador M[3], Rey Núñez de Arenas MªP[3]

[1] *Médico Residente de 4º año de MFyC. CS Albaycín. Granada*

[2] *Médico Residente de 2º año de MFyC. CS Albaycín. Granada*

[3] *Médico Residente de 1er año de MFyC. CS Albaycín. Granada*

Objetivos: conocer la prevención secundaria en pacientes con ICTUS valorando el registro en la historia clínica de factores de riesgo cardiovascular y tratamiento antitrombótico.

Diseño: estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento: atención primaria.

Material y Método: se ha obtenido una muestra representativa de 82 pacientes con diagnostico de ICTUS (CIE-9) de los pacientes de un Centro de Salud. Se han recogido datos acerca del sexo, edad, registro de tensión arterial (TA), hábito tabáquico, índice de masa corporal (IMC) de su historia clínica y tratamiento antitrombótico. Los análisis de los datos se han realizado con SPSS 20, análisis descriptivo y comparativo.

Resultados: se analizaron los datos de 81 pacientes, 54,3% varones y 45,7% mujeres, edad media 72,8 ± 22. El 45,68% de los pacientes tenían registrado en su historia todos los factores cardiovasculares a estudio. El 97,53% de los pacientes tenían recogido TA, el 62,96% tenían recogido el hábito tabáquico y el 65,43% tenían recogido el IMC. El 82,72% tienen tratamiento antitrombótico. El 53,1% usan AAS, el 12,3% usan clopidogrel, el 13,6% acenocumarol, el 2,5% warfarina y 3,7% otros ACOs. No hay diferencias estadísticas significativas (p>0,05) en el registro de la historia clínica de FRCV ni en el tratamiento antitrombótico entre hombre y mujeres.

Conclusiones: se está realizando una adecuada prevención secundaria de los pacientes con ictus en este Centro de Salud mediante el registro de TA, hábito tabáquico e IMC, y en cuanto a la prescripción del tratamiento antitrombótico no existen diferencias entre hombre y mujeres.

Palabras clave: Secondary, Prevention, Stroke.

RESULTADO DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

Diferencias de presentación de hemorragia digestiva alta (HDA) según género

Macías Beltrán I1, Medero Canela R[1], Domínguez Teba AJ[2], Pedregal González M[3]

[1] *Médico Residente de 4º año de MFyC. CS El Torrejón. Huelva*

[2] *Médico Residente de 4º año de MFyC. CS Luis Taracido. Bollullos Par del Condado (Huelva)*

[3] *Médico de Familia. Técnico Unidad Docente MFyC. Huelva*

Objetivos: describir clínica de presentación de HDA y antecedentes personales de pacientes, comparándolos según género. Valorar relación entre distintas variables y género.

Diseño: estudio observacional descriptivo.

Emplazamiento: Servicio de Urgencias hospitalario.

Material y Método: muestra consecutiva de pacientes atendidos por HDA en últimos 6 meses (65), separándolos en: mujeres (n=27) y hombres (n=38). Variables: edad, tipo de sangrado, hepatopatía, varices previas, primer episodio, consumo AINES y lesión endoscópica. Recogida de datos mediante historia digital. Análisis estadístico: descriptivo: media, desviación típica y porcentajes; comparación de medias: test de Fisher.

Resultados:

Hombres: edad 62.53, DT (19.73), IC 95% (56.04-69.01). Tipo de sangrado: hematemesis 65.8%, melenas 23.7%. Hepatopatía 18.4%, varices previas 10.5%, consumo AINES 7.9%. Lesión endoscópica: ulcus 36.4%, no lesión 13.6%, erosión, Mallory-Weiss, varices y otros 9.1% respectivamente.

Mujeres: edad 56.19, DT (22.9), IC 95% (47.12-65.25). Tipo de sangrado: hematemesis 63%, melenas 37%. Hepatopatía 11.1%, varices previas 11.4%, consumo AINES 25.9%. Lesión endoscópica: no lesión 28.6%, gastropatía por AINES, erosión, varices, ulcus y otros 14.3% respectivamente.

Existe relación al borde de la significación estadística (p=0.052), entre consumo previo de AINES y mujeres.

Conclusiones: los hombres presentan HDA a mayor edad que las mujeres, no existiendo importantes diferencias de presentación clínica salvo consumo previo de AINES, que aunque no existe clara relación significativa puede deberse al tamaño muestral, siendo necesario ampliar la muestra posteriormente. La gastropatía por AINES es más frecuente en mujeres y prácticamente nula en hombres que presentan más ulcus. También es más frecuente en mujeres endoscopias sin lesiones.

Palabras clave: hemorragia digestiva alta, género, gastropatía por AINES.

RESULTADO DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

Valoración de crisis de ansiedad en urgencias de atención primaria

Domínguez Teba AJ[1], Macías Beltrán I[2], Medero Canela R[2], Pedregal González M[3]

[1] Médico Residente de 4º año de MFyC. CS Luis Taracido. Bollullos Par del Condado (Huelva)

[2] Médico Residente de 4º año de MFyC. CS El Torrejón. Huelva

[3] Médico de Familia. Técnico Unidad Docente MFyC. Huelva

Objetivos: describir perfil clínico de pacientes atendidos por ansiedad. Valorar si presentan patología psiquiátrica y tratamiento previo. Valorar características y tratamiento de la crisis y si existe relación entre número de crisis y medicación de base.

Diseño: estudio observacional descriptivo.

Emplazamiento: Urgencias Atención Primaria.

Material y Método:

Muestra consecutiva de pacientes atendidos por crisis de ansiedad en últimos 6 meses en urgencias de Atención Primaria. (n=94)

Variables: edad, sexo, número de crisis último año, existencia y tipo de patología psiquiátrica, seguimiento en Salud Mental, tratamiento de base, clínica y tratamiento de crisis, derivación hospitalaria.

Análisis estadístico: descriptivo: media, desviación típica y porcentajes. Inferencia estadística: Chi cuadrado y T de Student. Recogida de datos: historia digital.

Resultados: edad 42.91, DT (18.35), IC 95% (39.16-46.67). Mujeres 70.2%. Patología psiquiátrica 64.9%: trastorno de ansiedad generalizada 40.3%, trastorno de pánico y trastorno mixto 17.7%, respectivamente. Seguimiento Salud Mental 78.7%. Medicación de base 60,6%: Benzodiazepinas 52.6%, asociación Benzodiazepinas e ISRS 24.6%. Clínica de crisis: 60.6% nerviosismo, 14.9% dolor torácico, 12.8% agitación. Lo más frecuente una crisis en 36 pacientes y dos en 26 pacientes. Tratamiento de crisis 79.8%. Derivación hospitalaria 7.4%. Existe relación estadísticamente significativa (p=0.002) entre tomar medicación previa y presentar más crisis.

Conclusiones: se trata de una patología más frecuente en mujeres, en seguimiento por Salud Mental y tratamiento con ansiolíticos principalmente. La manifestación más frecuente es nerviosismo, aunque existe un amplio perfil clínico. La mayoría de las crisis requieren tratamiento farmacológico y no derivación hospitalaria. El número de crisis está relacionado con tener tratamiento previo.

Palabras clave: ansiedad, crisis, benzodiacepinas.

RESULTADO DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

Evolución de las contingencias de I.T. en ámbito hospitalario

Salvador Gómez AJ[1], Hernández Aliaga MA[2], García Olivares G[3]

[1] Médico Residente de 4º año de MFyC. CS Almería Centro. Almería

[2] Médico Residente de 4º año de Medicina del Trabajo. Almería

[3] Médico Residente de 3er año de MFyC. CS Virgen del Mar. Almería

Objetivos: describir la evolución de las Contingencias de Incapacidad Temporal en el personal de un Hospital.

Diseño: estudio descriptivo longitudinal retrospectivo.

Emplazamiento: atención primaria.

Material y Método: se recopilaron todos los episodios de Incapacidad Temporal (I.T.) del personal de un Hospital en el período julio 2011 a Junio 2014, obteniéndose datos de sexo, edad, duración de las bajas, causa de baja y contingencia de dichas bajas. Se procedió al análisis estadístico descriptivo mediante uso del paquete IBM SPSS 21.

Resultados: durante el período estudiado se produjeron 2292 episodios de I.T., de los cuales 1929 (84,2%) fueron por Enfermedad Común, 216 por Accidente de Trabajo (9,4%), 141 por Accidente no Laboral (6,2%) y 6 por Enfermedad Profesional (0,3%). En el análisis trimestral se observó que en el primer trimestre de cada año se produce un repunte de I.T. con respecto a los trimestres anteriores, repunte de entre el 31% (entre el 4º trimestre de 2012 y el 1º de 2013) y el 51% (entre el 4º trimestre de 2013 y el 1º de 2014). Se ve un aumento de la proporción de Accidentes de Trabajo a partir del tercer trimestre de 2012 (11 accidentes de trabajo, 7,5% de I.T del Trimestre) hasta el último trimestre estudiado (21 accidentes de trabajo, 16,3% de I.T. del Trimestre).

Conclusiones: a pesar de la progresiva reducción de las I.T. en el medio Hospitalario no se consigue reducir la siniestralidad laboral, sino que esta aumenta. Llama la atención el escaso número de Enfermedades Profesionales declaradas (sólo 6).

Palabras clave: personnel Hospital, disability, absenteeism, contingency.

RESULTADO DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

Desmontando falsos mitos. Evaluación del uso de cuestionario como herramienta didáctica en módulo de manejo de anticoncepción

Vélez Medina JM, García Hidalgo R

Médico Residente de 4º año de MFyC. CS El Alamillo. Sevilla

Objetivos:

Favorecer la inmersión rápida de los/as participantes en el módulo.

Favorecer la participación activa.

Favorecer el debate sobre ideas/fuerza del módulo.

Indagar acerca de conocimientos/creencias previas de los/las participantes.

Conocer las prácticas en anticoncepción que se realizan en atención primaria.

Diseño: se creó una encuesta de 34 preguntas validadas con posibilidad de respuesta verdadero, falso y NS/NC, de diferentes temas del ámbito de la anticoncepción, en la consulta de atención primaria, haciendo mayor hincapié en los falsos mitos y actuaciones clínicas con poca evidencia científica. Dicha encuesta se repartió al principio y al final del curso. Los porcentajes de respuesta se registraron y se han analizado mediante el paquete estadístico R.

Emplazamiento: atención primaria.

Material y Método: la encuesta la realizaron 69 profesionales sanitarios principalmente MF y matronas (npre=69; npost=57) en cuatro sesiones.

Resultados:

El 25% tiene creencias erróneas acerca de la necesidad de exploración ginecológica previa al inicio de la ACHO frente al 6% del grupo de tutores.

En el posttest el porcentaje de preguntas contestadas correctamente fue del 82,06%. El análisis mediante el test Z arrojó diferencias estadísticamente significativas para todas las preguntas ($p<0,05$ y $p<0,01$) de preguntas correctas antes y después del curso.

Conclusiones:

- Podemos afirmar que los asistentes al curso adquirieron los conocimientos suficientes para mejorar el consejo anticonceptivo en la consulta de AP.

- Mejorar el cuestionario recopilando más información sobre los participantes.

- Creemos que es una herramienta útil para detectar puntos débiles y oportunidades de mejora en la exposición del módulo.

Palabras clave: planificación familiar, anticoncepción, Anticoncepción Postcoital.

RESULTADO DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

Retinopatía diabética relacionada con el grado de control glucémico

Sánchez López-Gay J[1], Reyes Aguilar R[2], Rodríguez Barón B[3], Moreno López MªC[4], Moreno Fernández L[4], Rivera Moya AMª[5]

[1] *Médico Residente de 3er año de MFyC. CS Huércal de Almería. Almería*

[2] *Médico Residente de 3er año de MFyC. CS Plaza de Toros. Almería*

[3] *Médico Residente de 3er año de MFyC. CS Virgen del Mar. Almería*

[4] *Médico Residente de 4º año de MFyC. CS Huércal de Almería. Almería*

[5] *Médico de Familia. CS Vera. Almería*

Objetivos: la retinopatía diabética (RD) es la principal causa de ceguera en diabéticos en edad laboral en países industrializados. Nuestro objetivo es valorar su detección utilizando retinógrafo y evaluar factores asociados.

Diseño: estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento: atención primaria.

Material y Método: pacientes diabéticos de 3cupos de un Centro de Salud del área sanitaria. Se recogieron datos del último año de seguimiento: edad, sexo, tipo de DM, años de evolución, tratamiento, control metabólico (HbA1c), hipertensión arterial(HTA), obesidad, dislipemia y valoración del retinógrafo.

Resultados:

Muestra constituida por 236 pacientes, con media de 68años.El 51'6% eran mujeres, y el 48'4%, varones. El 4'7% eran DM1 y el 95'3%, DM2.El tiempo de evolución medio fue 7'57±4'77años: el 33'1%, menos de 5años; el 39'4%, entre 6-10años; el 23'3%,11-15años, y el 3'8%, más de 15 años. En cuanto al tratamiento, el 5'1% sólo realizaba dieta, el 88'5% recibía algún ADO y 18'2%insulina.Un 53% presentó HbA1c≤7%. Entre los factores de riesgo cardiovasculares destacaron la HTA (TAS media 131'01±18'31mmHg; TAD 74'33±11'5mmHg), la dislipemia (colesterol-total 186'02±37'03mg/dl; LDL 103'41±32'73mg/dl; triglicéridos 157'24±94'75mg/dl), y la obesidad (IMC 30'32±5'43kg/m2). La prevalencia de RD detectada mediante retinógrafo fue del 7'2%. La prueba no fue valorable o no quedaron registradas en 28sujetos (11'9%). Las variables que se asociaron de manera significativa a la RD fueron: tiempo de evolución, control glucémico y tratamiento.

Conclusiones: la detección de retinopatía en nuestros diabéticos fue 7'2%.Dada la disponibilidad del retinógrafo y su simplicidad, debe consolidarse como cribado en AP y ser mayor el número de profesionales competentes para valorarlo. Los factores predictores de RD fueron estar en tratamiento con insulina, mal control metabólico, y tener más de 10años de evolución.

Palabras clave: diabetes, diabetic retinopathy, metabolic syndrome.

RESULTADO DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

Insuficiencia cardiaca en el paciente pluripatológico en Atención Primaria: perfil clínico y funcional

Pascual de la Pisa B[1], Moreno Moreno RE[2], Bafalliu Catalá JA[3], López Borreguero JM[4], López González FM[5], Piñero Grande P[6]

[1] *Médico de Familia. UGC Camas. Sevilla*
[2] *Médico de Familia. CS Palma Palmilla. Málaga*
[3] *Médico de Familia. CS Castro Río. Córdoba*
[4] *Médico de Familia. CS de Alanís. Sevilla*
[5] *Médico de Familia. CS Cabo de Gata. Almería*
[6] *Médico de Familia. CHARE Constantina. Sevilla*

Objetivos: las características clínicas de los pacientes con insuficiencia cardíaca (IC) y otras patologías crónicas han sido escasamente evaluadas. Nuestro objetivo fue conocer el perfil clínico y funcional en los pacientes pluripatológicos (PP) con y sin IC de Atención Primaria (AP).

Diseño: descriptivo transversal.

Emplazamiento: Multicéntrico: 25 Centros de Salud.

Material y Método: población a estudio: PP con IC como categoría principal (PP-IC) y PP sin IC (PP-noIC). Se consideraron PP aquellos que presentaban más de 2 enfermedades crónicas distribuidas dentro de siete posibles categorías (definidas por un panel de expertos). Mediciones: sociodemográficas, clínicas y funcionales. Análisis estadístico: descriptivo uni y bivariante según naturaleza de las variables.

Resultados: 867 PP fueron incluidos (306 PP con IC y 651 PP sin IC). La edad media fue 77,97 años (DS 9,56), el 49,3% mujeres. En PP-IC la media de categorías fue 2,89 frente a 2,45 en PP-noIC ($p<0,05$): las más frecuentes fueron PP-IC categoría C (41,8%) y E (32,7%) y en PP-noIC la E (43,9%) y A (39,2%). La obesidad y la hipertensión fueron más prevalentes en PP-IC. La media del índice de Charlson fue superior PP-IC (4,27±1,58) frente PP-noIC (3,76±1,58) ($p<0,001$). El colesterol total y LDLc fue inferior en el grupo de PP-IC frente PP-noIC ($p<0,001$). El estado funcional fue similar (índice de Barthel, Lawton Brody y Pfeiffer) fue similar en ambos grupos.

Conclusiones: la IC es una categoría clínica altamente prevalente en los PP, ya que más del 35,3% padecía IC como una de las categorías definitorias.

Palabras clave: Comorbidity, Heart Failure, Primary Health Care.

RESULTADO DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

Vacunación Antigripal en Personal Sanitario: el caso del Hospital en la temporada 2013-2014

Cañadas López P[1], Hernández Aliaga MA[2], Tejera Puente H[3]

[1] Médico Residente de 4º año de MFyC. CS Plaza de Toros. Almería

[2] Médico Residente de 4º año de Medicina del Trabajo. Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Almería

[3] Médico Residente de 4º año de MFyC. CS Virgen del Mar. Almería

Objetivos: realizar una descripción de los trabajadores que acuden a la campaña de Vacunación Antigripal.

Diseño: estudio descriptivo longitudinal prospectivo.

Emplazamiento: atención hospitalaria.

Material y Método: la población de estudio fueron los trabajadores del Hospital. Se incluyeron aquellos trabajadores que acudieron al Servicio de Medicina Preventiva a vacunarse contra la gripe durante la campaña Octubre 2013 - Febrero 2014. Se recogieron las variables de Servicio, Categoría Profesional, Edad, Sexo y se realizó un estudio estadístico descriptivo.

Resultados: acudieron a vacunarse durante la campaña 457 personas, de las cuales 312 eran Trabajadores del Hospital (n=3208, el 9,7%). Por servicios el mayor porcentaje de vacunados fue en Pediatría (25 vacunados, 49% del Servicio, 8,24% de los vacunados), seguido de Mantenimiento (13 vacunados, 21% del Servicio, 4,12% de los vacunados). Por Categoría Profesional el personal Sanitario Facultativo tiene mayor número de vacunados (99 vacunados, 16,5% de facultativos, 31,95% de los vacunados), seguido de Sanitarios no Facultativos (72 vacunados, 7,2% de Sanitarios no Facultativos, 22,68% de los vacunados). Por edades los que más se vacunan son el grupo entre 41-55 años (160 vacunados, 51% de los vacunados), seguido del grupo de mayores de 55 años (96 vacunados, 30% de los vacunados). En el análisis por sexos, se vacunaron el 12% de los varones (98) y el 8,9% de las mujeres (214%).

Conclusiones: la cobertura de la vacunación antigripal entre los trabajadores del Hospital es muy escasa, salvo en contados servicios, habiendo que replantearse las estrategias de vacunación en este personal expuesto.

Palabras clave: Influenza Vaccines, Personnel Hospital, Prevention.

RESULTADO DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

Utilización del MAPA (Monitorización ambulatoria de la presión arterial) en Atención Primaria

Rodríguez Cuadros TB[1], Reche Padilla AI[2], Hachem Salas N[3], Latorre Hernández J[4], Zapata Martínez M[4], Navarro Moreno P[5]

[1] Médico Residente de 4º año de MFyC. CS Retamar. Almería

[2] Médico Residente de 3er año de MFyC. CS Retamar. Almería

[3] Médico Residente de 2º año de MFyC. CS Retamar. Almería

[4] Médico de Familia. CS Retamar. Almería

[5] DUE. CS Retamar. Almería

Objetivos:

• Describir las características de los pacientes que se le ha realizado un MAPA en Atención Primaria.

• Detectar los patrones Dipper / no Dipper.

Diseño: estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento: atención primaria

Material y Método:

• Población: Pacientes con MAPA realizado en 2012-2013.

• Variables:

Sociodemográficas: edad, sexo.

Factores Riesgo cardiovascular: Diabetes, Tabaco, HTA, Dislipemia, Obesidad.

Complicaciones macro/microvasculares: Retinopatía, vasculopatía, Insuficiencia renal, Cardiopatía Isquémica, ACV.

V.Tratamiento: IECAs, ARAII; Antagonistas CA; B-Bloqueantes; a-bloqueantes, diuréticos.

V.MAPA: PAS_media (Global, Diurna, Nocturna) PAD_media (Global, Diurna, Nocturna). Recogida de datos en Diraya.

Análisis estadístico:

A.Descriptivo: V.cualitativas: frecuencias. V.cuantitativas: media, DE.

Análisis bivariable: V.Cualitativas: chi2. V.cuantitativas: t´Student.

Se rechaza la Ho error de tipo I o error < 0.05.

Resultados: 69 pacientes, edad media 57años, 54% mujeres, 16% DM, 51%dislipemia, 44% sobrepeso /obesidad, 9% HVI 10%cardiopatia Isquémica. MAPA para diagnostico en el 32%, mal control 29%. El 93% presentan HTA, 81% tratamiento antihipertensivo, siendo 58% ARA II, Diuréticos 50%, IECAS 27%, asociaciones en 27%. Patrón no Dipper 87%. No diferencias en cuanto, edad, sexo y sobrepeso/obesidad.

Conclusiones:

El paciente que realiza el estudio es una mujer de mediana edad, con dislipemia y obesidad, se realiza para diagnóstico o mal control de TA, en el 93% se confirma HTA y la gran mayoría se trata con fármacos siendo el diurético y el ARA II el más frecuente.

La gran mayoría de pacientes tienen un patrón no dipper. Lo que nos lleva a pensar el alto riesgo cardiovascular del paciente.

Palabras clave: Ambulatory blood pressure monitoring, Primary care, Hypertension.

RESULTADO DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

La Roja y la asistencia a Urgencias

Guerrero Barranco B[1], Ámez Rafael D[2], Rivera Rodríguez N[3], López L[4], Villegas Funes E[5], Jiménez Rodríguez I[6]

[1] Médico Residente de 2º año de MFyC. CS Roquetas Sur. Roquetas (Almería)
[2] Médico Residente de 2º año de MFyC. CS La Gangosa. La Gangosa (Almería)
[3] Médico Residente de 2º año de MFyC. CS La Mojonera. La Mojonera (Almería)
[4] Médico Residente de 1er año de MFyC. CS Roquetas Sur. Roquetas (Almería)
[5] Médico Residente de 1er año de MFyC. CS La Gangosa. La Gangosa (Almería)
[6] Médico Servicio de Urgencias. Hospital de Poniente. El Ejido (Almería)

Objetivos: durante el actual mundial surgieron comentarios en los Servicios de Urgencias sobre la tranquilidad durante las guardias mientras tenían lugar los partidos de la Selección Española. El objetivo de este estudio era verificar o desmentir esta idea, extendida entre todo el personal sanitario.

Diseño: análisis descriptivo retrospectivo.

Emplazamiento: servicio de urgencias.

Material y Método: para realizar el estudio, dado el papel de la selección española en el Mundial de 2014, recurrimos a los partidos de mayor envergadura que han tenido lugar, Semifinal Mundial 2010, final Mundial 2010 y Eurocopa 2012. Tomando franjas horarias de 2 horas prepartido, postpartido y el partido en sí. Como referencia tuvimos en cuenta las mismas franjas horarias justo 7 días posterior al partido en el mismo mes. Clasificando a los pacientes en función del sexo y prioridad. Se excluyeron las visitas a Pediatría y Ginecología para evitar sesgos.

Resultados: obtuvimos como muestra 316 pacientes, existiendo diferencias de entorno a 10 pacientes más en cifras totales que acudieron los días de no partido frente a los días con partido. Concretando se objetivó que los días de partido existía menor afluencia de hombres durante la franja partido (2 en Semifinal frente a los 14 en el día comparativo).

Conclusiones: con el análisis establecimos que no existen diferencias estadísticamente significativas, en cuanto a cifras totales, pero dada la población pueden deberse a la variabilidad étnica (variable que no se consideró). Precisando un estudio con mayor tamaño muestral para la significación estadística en función del sexo.

Palabras clave: urgencias, fútbol, asistencia.

Proyectos de investigación orales
Proyectos de investigación tipo póster

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN ORAL

Evaluación de un plan de mejora para la optimización del consumo de omeprazol en una Unidad de Gestión Clínica de Andalucía

Fajardo Contreras MªC[1], Alcalá Grande AJ[2], Conesa Pedrosa I[2], Fernández Fernández MªC[3], Jiménez Muñoz L[4], Serrano Guzmán C[4]

[1] *Médico EBAP. CS Rute. Córdoba*

[2] *MIR 2º año de MFyC. Unidad Docente de MFyC de Córdoba. CS Rute. Córdoba*

[3] *Responsable de Investigación, Docencia, Investigación y Calidad. AGS Sur de Córdoba*

[4] *Médico DCCU. AGS Sur de Córdoba*

Introducción: en los últimos años se ha incrementado notablemente en nuestro país el consumo de inhibidores de bomba de protones (IBP), siendo el omeprazol el más utilizado en este grupo farmacológico. Son múltiples los factores que ha llevado a esta sobreprescripción y excesivo consumo de IBP. Esta utilización inadecuada de los mismos está incrementado los efectos secundarios derivados de su administración, produciendo además un aumento del gasto sanitario por doble vía: el gasto farmacéutico y los gastos generados por la aparición de secundarismos. Parece adecuado diseñar estrategias que optimicen el consumo de estos fármacos.

Objetivos: objetivo principal: Determinar la efectividad de un plan de mejora para adecuar el consumo de omeprazol a las indicaciones marcadas por las Guías Clínicas en la población adscrita a un Centro de Salud de Andalucía.

Objetivos secundarios: Determinar el perfil de los pacientes que consumen frecuentemente omeprazol. Determinar el perfil del grupo de pacientes que responden al plan de mejora. Determinar el perfil del grupo de pacientes que no responden al plan de mejora.

Diseño: estudio cuasi-experimental.

Emplazamiento: Centro de Salud de Atención Primaria.

Material y Métodos: estudio cuasi-experimental que se realizará en una Unidad de Gestión Clínica Andaluza con un período de intervención sobre la población que acude a las consultas de tres meses.

Población elegible: Pacientes que estén en tratamiento continuado con omeprazol durante los tres meses previos a la intervención. Población diana: Pacientes que están consumiendo de forma frecuente omeprazol sin indicación que se adecue a Guías de Práctica Clínica (GPC). Muestra: Universo muestral.

Criterio de inclusión: Estar consumiendo omeprazol frecuentemente sin indicación clínica, mayor de 14 años, prestación farmacéutica a cargo del SAS y activo en BDU al inicio del estudio.

Criterios de exclusión: Tener indicación según GPC y consumo esporádico de omeprazol.

Intervenciones: Se elaborará hoja informativa con secundarismos de omeprazol e indicaciones del omeprazol en la gastroprotección. Se colocaran copias al alcance de los usuarios que acuden a las consultas de la Unidad de Gestión Clínica y se mantendrán tres meses. El análisis cuantitativo de las variables se realizará mediante descripción de los datos, análisis bivariante y análisis lineal multivariante.

Limitaciones: Se excluyen otros IBP, dificultad de valoración de frecuencia de consumo.

Aplicabilidad: aplicación del un plan de mejora de bajo coste en Centros Sanitarios para mejor adecuación del uso de omeprazol.

Aspectos ético-legales: el estudio no vulnera principios éticos en investigación y cumple los principios legales vigentes en la actualidad, está pendiente de aprobación por el Comité de Ética de Investigación de Córdoba.

Palabras clave: omeprazol, sobreprescripción, atención primaria.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN ORAL

Prevalencia del infradiagnóstico de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) en pacientes mayores de 40 años en Atención Primaria

Kosaka Zanabria LV[1], Soriano Arroyo R[1], Valverde Bolivar FJ[2]

[1] *MIR de MFyC. CS Federico del Castillo. Jaén*

[2] *Jefe de estudios de la Unidad Docente de MFyC. Jaén*

Introducción: el EPOC es un problema de salud mundial, pues en países occidentales el aumento de la esperanza de vida y el tabaquismo puede llevar a convertirla en la tercera causa de muerte. Sus estimaciones de prevalencia difieren dependiendo en gran medida del método de diagnóstico utilizado y la población.

Objetivos:

Principal: Determinar la prevalencia del infra diagnóstico de EPOC en pacientes mayores de 40 años.

Secundario: analizar la relación entre los factores de riesgo ambientales y EPOC. Conocer la distribución de tabaquismo y EPOC infra diagnosticado según edad y sexo. Evaluar la presencia de síntomas respiratorios como un factor predictor de EPOC.

Diseño: estudio Observacional, descriptivo de prevalencia. Población diana: Pacientes mayores de 40 años. Población de estudio: Pacientes mayores de 40 años sin antecedentes personales de EPOC atendidos en atención primaria.

Emplazamiento: pacientes de dos cupos de un Centro de Salud de España.

Material y Métodos:

Sujetos: Pacientes mayores de 40 años sin antecedentes personales de EPOC ni otra patología bronquial de nuestra zona geográfica. Para el diagnóstico de EPOC se tendrán en cuenta criterios diagnósticos espirométricos (GesEPOC-2014). Criterios de inclusión: Pacientes mayores de 40 años con consentimiento informado. Criterios de exclusión: Pacientes con diagnóstico previo de patología pulmonar crónica incluido EPOC. Personas con sus capacidades mentales alteradas. Muestra: se seleccionara de forma aleatoria sistemática 339 pacientes (precisión del 4%, proporción infradiagnóstico 17%, referencia del estudio o trabajo).

Mediciones, intervenciones y análisis: Programa estadístico R commander. Se considerará un nivel de significación <=0.05. Análisis descriptivo: Se comprobará la normalidad de los datos mediante el Test de Shapiro-Wilk. Para variables cualitativas se obtendrá su distribución de frecuencias. Para las variables cuantitativas media, mediana y desviación típica. La prevalencia del infradiagnóstico de EPOC se calculará dividiendo el número de personas diagnosticadas por el número total de personas incluidas en la muestra. Análisis bivariante: En el caso de variables cualitativas se analizarán mediante la prueba de la χ^2. Para comparar medias la prueba t de Student o Análisis de la Varianza si hay varios grupos.

Variables: edad, sexo, tabaquismo, Índice de paquetes/ año, espirometría, síntomas respiratorios, factores de riesgo cardiovascular (Hipertensión arterial, dislipidemia, accidente cerebro vascular, trombosis venosa profunda o tromboembolismo pulmonar, claudicación intermitente), nivel socio económico y riesgo laboral (profesión/ ocupación). Limitaciones: Sesgo de Selección: negación a colaborar por parte del paciente. Sesgo de información: falta de información en la historia clínica, por lo que se realizara un cuestionario a los pacientes. También la posibilidad de realización incorrecta o variabilidad de la Espirometría.

Aplicabilidad: mejorar el diagnóstico precoz de la EPOC (en pacientes asintomáticos o con incipiente sintomatología) y el abordaje de la enfermedad en estadíos iniciales (indicación de tratamiento de forma temprana, correcta y permanente, incluyendo el cambio de estilo de vida) por consiguiente mejorando su calidad de vida y disminuyendo la morbilidad-mortalidad.

Aspectos ético-legales: el protocolo ha sido aprobado por parte del Comité Ética de la Investigación Provincial. Todos los pacientes firmaran el consentimiento informado para participar en el estudio.

Palabras clave: chronic obstructive pulmonary disease.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN ORAL

Mayores diabéticos de Cádiz. Estudio Madica(c)

Machuca Albertos MªJ[1], Bellanco Esteban P[1], Flores Cebada EMª[1], Pérez Eslava M[1], Benítez Rivero J[2]

[1] *MIR 4º año de MFyC, UGC La Laguna. Cádiz*
[2] *Médico de Familia. Geriatra. UGC La Laguna. Cádiz*

Introducción: asistimos a una pandemia de Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2), cuya prevalencia aumenta con la edad. El recientemente publicado Consenso de tratamiento del anciano con DM2 pone en evidencia la necesidad de realizar una valoración integral del paciente para establecer objetivos terapéuticos. La escasa la evidencia científica que aborde estos aspectos justifica la realización de este estudio.

Objetivos: conocer el grado de cumplimiento de la evidencia científica existente sobre el tratamiento del paciente mayor diabético, en función de su nivel de autonomía, así como el seguimiento que se realiza de su enfermedad.

Diseño: estudio descriptivo transversal, en su primera fase, con una muestra de 570 pacientes mayores de 65 años, distribuidos homogéneamente por grupos de edad y género. En su segunda fase, estudio de cohortes, dividiendo la muestra significativa en dos brazos de 285 pacientes, uno para intervención y el otro como control. La muestra al 95% de confianza con un error alfa del 5%.

Emplazamiento: AP. UGC La Laguna y Loreto-Puntales en Cádiz.

Material y Métodos: utilizando la base de datos DIRAYA, se extraen los pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus 2 y con 65 años o más. Se agrupan por género y grupos de edad en función del tamaño de la muestra. Se recogen las siguientes variables: edad, género, clave médica, peso, talla, hematocrito, urea, creatinina, perfil lipídico, transaminasas, LDH, gamma GT, microalbuminuria, hemoglobina glicosilada, Test de LOBO, Barthel y Lawton-Brody. Fármaco utilizado, dosis, comorbilidades, cumplimentación del Proceso de Diabetes en cuanto a valoración del pie, fondo de ojo y complicaciones detectadas. El software utilizado ha sido la hoja de cálculo Excel 2007 con un diseño de prevalidación de las muestras que ha permitido la inexistencia de errores en la toma de datos y, por tanto, una validez del 100% de la misma. Así mismo, se han realizado controles y formulaciones adicionales con el fin de optimizar el tratamiento de la información.

Aplicabilidad: realizar un correcto abordaje de la diabetes en las personas mayores de 65 años teniendo en cuenta las peculiaridades que acompañan al envejecimiento del paciente y su grado de autonomía.

Aspectos ético-legales: se respeta la confidencialidad del paciente en todos los términos de la Ley de Protección de Datos, así como del facultativo que le trata.

Palabras clave: type 2 diabetes mellitus, ancient, complications, therapy.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN ORAL

Infiltraciones: ¿una buena opción en atención primaria? Estudio de efectividad

Soler Pérez MªA[1], Balaguer Villegas IMª[2], Aguilera Piedra MªJ[3]

[1] *Médico de Familia. Dispositivo de apoyo. UGC Níjar. Almería*

[2] *Médico EBAP. CS Balerma. Almería*

[3] *Médico de Familia. Dispositivo de apoyo. CS Roquetas de Mar. Almería*

Introducción:

El dolor osteoarticular es uno de los principales motivos de consulta en atención primaria (AP). En nuestra zona la mayoría de los pacientes realizan su actividad laboral en la agricultura e industrias derivadas. Este trabajo conlleva carga de pesos y movimientos repetitivos que favorecen padecer patologías articulares, periarticulares o de tejidos de partes blandas.

El tratamiento de primera elección es antiinflamatorios y reposo articular. Pero frecuentemente es insuficiente, siendo la infiltración un tratamiento adecuado como segundo escalón terapéutico. A veces es el tratamiento de elección.

La infiltración es la introducción de un medicamento (anestésico local, antiinflamatorio o viscosuplementador) en una zona del cuerpo mediante jeringuilla y aguja para el tratamiento de un proceso inflamatorio o degenerativo, con el objetivo de disminuir la inflamación o dolor y recuperar capacidad funcional. Generalmente produce alivio de la sintomatología, con escasos efectos secundarios, consiguiendo beneficio para el paciente y para el sistema sanitario.

Objetivos:

- Valorar la efectividad de las infiltraciones con corticoide y anestésico local.

- Prevalencia de la patología articular y periarticular susceptible de infiltración.

- Conocer perfil de paciente candidato a infiltración en AP.

Diseño: estudio de intervención cuasiexperimetal.

Emplazamiento: Centro de Salud semiurbanos.

Material y Métodos:

- *Sujetos*: mayores de 18 años que acudan a consulta de AP con patología susceptible de infiltración

- *Criterios de inclusión/exclusión*:

Inclusión: mayores de 18 años con fracaso con tratamiento farmacológico no invasivo.

Exclusión: menores de 18 años, embarazadas, pacientes con dos infiltraciones o más en la misma localización no efectivas y las contraindicaciones absolutas de las infiltraciones.

- *Muestreo consecutivo*.

- *Mediciones e intervenciones*:

Variables: edad, sexo, actividad física, IMC, diagnóstico, respuesta de la infiltración (según EVA antes-después), número de infiltraciones, efectos secundarios.

Intervención: Infiltración local con acetónido de triamcinolona y bupivacaína o lidocaína 2%.

Análisis estadístico:

- Descriptivo: con distribución de frecuencias para las variables cualitativas, y medidas de posición y dispersión para las cualitativas.

- Analizaremos sin hay relación entre la intervención y disminución del dolor según la EVA. Mediante la prueba estadística t de student para datos apareados.

Limitaciones:

• Sólo se estudiará a la población que acuda a la consulta de AP.

• No podemos asegurar que los cambios aparecidos sean debidos a la intervención, otras intervenciones o factores no controlados.

• Posibilidad de que se produzca el efecto Hawthorne, efecto placebo, regresión a la media y no control de la evolución natural de la enfermedad.

Aplicabilidad:

Con los resultados del estudio se podría:

- Obtener información acerca de las enfermedades susceptibles de la intervención más prevalentes en AP, efectos adversos, complicaciones, enfermedades concomitantes, fármacos utilizados y tasa de fracaso.

- Mejorar la selección de pacientes infiltrados.

- Establecer un protocolo de infiltraciones en AP.

- Conocer las causas potencialmente corregibles del fracaso de la intervención.

Aspectos ético-legales: se informará a todos los pacientes acerca del procedimiento, finalidad, riesgos, beneficios y alternativas (consentimiento informado). Se asegurará la confidencialidad y protección de datos. Y se dará a conocer a la comisión de investigación de distrito.

Palabras clave: infiltration, primary health care, musculoskeletal system pain.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN ORAL

¿Tenemos correctamente anticoagulados a nuestros pacientes? Proyecto multicéntrico

Carrera Robles J[1], Fuentes García V[1], Ramón Soria JA[2], Ruiz del Álamo I[2], Tomás Muñoz JJ[1], Concha López MªP[3]

[1] Médico Residente de 4º año MFyC. CS Salvador Caballero. Granada

[2] Médico Residente de 1er año de MFyC. CS Salvador Caballero. Granada

[3] Médico de Familia. CS Salvador Caballero. Granada

Introducción: la Fibrilación Auricular (FA) es una patología con prevalencia cada vez mayor debido al envejecimiento de la población. Actualmente se estima una prevalencia del 2% en el mundo desarrollado. Su presencia se asocia a un riesgo 5 veces mayor de sufrir un accidente vasculocerebral. Los eventos isquémicos cerebrovasculares que se producen como complicación son una de las causas más importantes de su morbimortalidad. Los anticoagulantes orales (ACO) han demostrado la disminución de la morbimortalidad por esta causa. Pero estos fármacos tienen efectos adversos hemorrágicos a veces muy importantes e incluso fatales por lo que la decisión del inicio de la terapia anticoagulante en los pacientes con FA debe ser suficientemente meditada, evaluando en cada caso individualmente el riesgo hemorrágico. Existen tablas consensuadas por sociedades científicas para estratificar el riesgo embólico en cada paciente así como el hemorrágico.

Objetivos: conocer la adecuación de la prescripción de ACO antagonistas de la vitamina K, Apixabán e inhibidores directos de la trombina) mediante las escalas de riesgo de trombosis y de hemorragia, adscritos a los Centro de Salud urbanos de una zona básica de salud.

Diseño: estudio observacional descriptivo transversal.

Emplazamiento: todos los centros de salud urbanos de una zona básica de salud.

Material y Métodos:

Sujetos: Pacientes registrados en BDU de los centros de salud.

Criterios de inclusión: Pacientes mayores de 18 años con FA que tengan prescripción de anticoagulantes orales en receta electrónica.

Muestreo: se realizará un muestreo aleatorio simple sistemático.

Mediciones e intervenciones: obtendremos de la historia clínica digital los datos necesarios para aplicar a los pacientes la escala CHA2DS2-VASC para evaluar el riesgo embólico (Insuficiencia cardíaca o disfunción ventricular izquierda, hipertensión arterial, edad, Diabetes Mellitus, fenómenos tromboembólicos previos, vasculopatía y sexo) y la escala Has Bled para evaluar el riesgo hemorrágico(edad, consumo de alcohol, ictus previo, sangrado, hipertensión arterial, insuficiencia renal, INR lábil, fármacos consumidos, afectación hepática. Cálculo y estratificación de dichos riesgos.

Análisis estadístico: mediante SPSS 15.1

Limitaciones: las limitaciones para realizar el estudio se relacionan con la obtención de los datos: mal registro de datos clínicos en las historias clínicas, pacientes de mutualidades que no tienen receta electrónica…

Aplicabilidad: conocer la adecuación de prescripción de anticoagulación oral y en caso de que no esté indicada o el paciente presente riesgo de sangrado plantearse un cambio de tratamiento o un seguimiento y/o reevaluación frecuente y periódica.

Aspectos ético-legales: garantizar al máximo la confidencialidad y la custodia de datos. Así mismo, y de acuerdo a lo estipulado en la Ley orgánica 15/1999 de protección de datos de carácter personal, se asume la obligación de no enviar ficheros con datos clínicos a través de correo electrónico, ni manejar ficheros con datos del proyecto de investigación fuera de las dependencias de los Centros Sanitarios.

Palabras clave: anticoagulants, embolism, hemorrhage.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN ORAL

Evaluación del riesgo trombótico vs hemorrágico en pacientes tratados con anticoagulantes orales por fibrilación auricular no valvular

Atienza López SM[1], Simao Aiex L[2]

[1] *Médico Residente de MFyC. CS de Mancha Real. Jaén*

[2] *Médico Residente de MFyC. CS El Valle. Jaén*

Introducción:

La fibrilación auricular (FA) es la arritmia cardíaca sostenida más frecuente. Ésta aumenta 5 veces el riesgo de accidente cerebrovascular comparado con la población general.

La mayor parte de los pacientes que debutan con una FA no valvular reciben anticoagulación oral durante tiempo indefinido. Siguiendo inercia terapéutica sin evaluar los riesgos del tratamiento prolongado con anticoagulantes orales (ACO).

Objetivos:

Principal: Conocer si el riesgo trombótico por el que fue prescrito el tratamiento anticoagulante en estos pacientes sigue superando al riesgo hemorrágico tras 5 años de tratamiento.

Específicos:

-Determinar el perfil de riesgo de los pacientes según las escalas CHA2DS2-VASc y HAS-BLED.

-Determinar la prevalencia de INR lábil en los pacientes con fármacos antivitamina K.

-Conocer el perfil clínico de los pacientes anticoagulados.

Diseño: estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento: 15 cupos médicos de 2 Unidad de Gestión Clínica de atención primaria.

Material y Métodos:

Se pretende desarrollar un estudio descriptivo valorando a pacientes en tratamiento con Sintrom por FA no valvular. Para ello se realizará auditoría de historia clínica digital (Diraya) y entrevista personal (si necesario) los pacientes anticoagulados de una zona básica de salud urbana, utilizando una hoja de recogida de datos diseñada para el estudio y se aplicarán las distintas escalas a cada uno de ellos.

Se incluirán a todos los pacientes anticoagulados con Sintrom por FA no valvular de la zona básica de salud. Se excluyen a las embarazadas.

Las variables recogidas serán edad, sexo, indicación antitrombótica, fecha de inicio del tratamiento, presencia de otros factores de riesgo (HTA, DM, ICTUS previo, enfermedades vasculares, insuficiencia renal, insuficiencia hepática, sangrado activo previo), INR, número de determinaciones de INR en el último año, hábitos tóxicos (tabaco, alcohol), CHA2DS2-VASc y HAS-BLED.

Se realizará un análisis descriptivo (medias con su desviación estándar, proporciones y porcentajes); así como una determinación de Chi2 para comparar a los pacientes con riesgo de sangrado con los que presentan riesgo de trombosis.

Limitaciones: El estudio se diseña desde una perspectiva pragmática: pacientes con características muy diferentes entre sí y profesionales con diferente formación y distintas actuaciones ante problemas similares, posibilitando variabilidad entre la recogida/registro de datos. Se evitarán sesgo de información al recoger datos faltantes en las historias mediante entrevista personal.

Aplicabilidad:

Los resultados de este estudio pueden ayudar a prevenir la prescripción inadecuada de ACO, así como la inercia terapéutica.

Fomentar entre los Médicos de Atención Primaria el uso de escalas CHA2DS2-VASc y HAS-BLED para valorar riesgos, antes de prescribir tratamiento anticoagulante y tras años de tratamiento con ACO.

Aspectos ético-legales:

Se solicitará evaluación por el Comité de Ética e Investigación Provincial, RD 22304, manteniendo las normas de buena práctica clínica, RD 223/2004. Se preservará la confidencialidad/anonimato de los datos (Ley 15/1999).

Se explicará la naturaleza de la investigación al paciente, solicitando su consentimiento informado (Ley 41/2002).

Palabras clave: Anticoagulación oral, CHA2DS2-VASc, HAS-BLED.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN ORAL

Concordancia diagnóstica de fibromialgia en base a los nuevos criterios del American Colleage Rheumatologie

Gallo Vallejo FJ[1], Casas Reyes P[2], Rojas García E[3], Turnes González AJ[4], Ortega Bueno I[5], Aguilar García A[5]

[1] *Médico de Familia. CS Zaidín Sur. Granada*
[2] *Médico Residente de 4º año de MFyC. CS Zaidín Sur. Granada*
[3] *Médico Residente de 2º año de MFyC. CS Zaidín Sur. Granada*
[4] *Médico Residente de 3er año de MFyC. CS Zaidín Sur. Granada*
[5] *Médico Residente de 1er año de MFyC. CS Zaidín Sur. Granada*

Introducción:

La Fibromialgia (FM) es el síndrome del dolor musculoesquelético generalizado más común y cuyo diagnóstico es algo incierto, a partir de los puntos prevalentes de dolor o puntos gatillo (tender points). En el año 2010, Wolfe establece unos nuevos criterios diagnósticos para este síndrome. Para ello utiliza dos escalas (se citan más adelante) además de confirmar que los síntomas han estado presentes durante los tres últimos meses y descartar otra patología que pudiera explicar el dolor (Wolfe et al., ArthrCare Res 2010; 62: 600-10).

Los autores realizan diferentes justificaciones para la presentación de estos nuevos criterios: en atención primaria no se ha explorado correctamente al enfermo o que los puntos de Yunus no han sido suficientemente conocidos. Pero también en las consultas especializadas se ha constatado la poca fiabilidad y especificidad de estos puntos, como se demuestra en el trabajo de Letchumann (Letchumann R et al. ArchPhysMed Rehabil.2005;86;1333-7).

Objetivos: reevaluar a la totalidad de pacientes diagnosticados de fibromialgia de un Centro de Salud urbano en base a los nuevos criterios de Wolfe, para detectar el nivel de concordancia existente.

Diseño: se trata de un estudio transversal prospectivo que se realizará con la totalidad de pacientes diagnosticados de Fibromialgia de un Centro de Salud urbano (N=80), que ya tenemos registrados previamente. Sobre estas pacientes se realizará una intervención a nivel individual dónde se aplicarán, previo consentimiento informado de los pacientes, los nuevos criterios diagnósticos de Wolfe con el objetivo de evaluar la concordancia existente entre el diagnóstico de fibromialgia previo y el diagnóstico que resulte.

Emplazamiento: Unidad de Gestión Clínica de Atención Primaria, de ámbito urbano.

Material y Métodos: en el estudio se incluirán todos aquellos pacientes con diagnóstico de Fibromialgia en Historia Clínica Diraya, registrados hasta Abril de 2014, siendo la muestra la totalidad de la población (N=80). Se excluyen aquellos pacientes que no presten su consentimiento para realizar la intervención individual. Se tomarán como referencia los nuevos criterios de Wolfe, en los que se valoran: Índice de dolor generalizado (Escala WidespreadPainIndex – WPI) e Índice de Gravedad de Síntomas (SymptomSeverity Score – SS Score). Dichas escalas se pasarán de forma individual a cada paciente previamente citado para una posterior reevaluación de los mismos en relación con su diagnóstico de Fibromialgia. El análisis del estudio será descriptivo y univariante y se realizará en una base de datos SPSS 13.

Aplicabilidad: creemos que es de alto interés para atención primaria comprobar si los nuevos criterios diagnósticos de fibromialgia confirman el diagnóstico de nuestros pacientes ya etiquetados de esta enfermedad.

Aspectos ético-legales: el proyecto será presentado, para su aprobación, al CEIC del Hospital Universitario de nuestra área de referencia. A los incluidos se les pedirá consentimiento escrito para participar en el estudio y se advertirá que los datos serán guardados y tratados anónimamente, cumpliendo los requisitos legales establecidos. Todo el proceso de investigación se regirá por los principios éticos contenidos en la Declaración de Helsinki (revisión Seúl 2008) y el Convenio de Oviedo (1997) y será acorde con lo dispuesto en la Ley 14/2007 de Investigación Biomédica.

Palabras clave: fibromialgia, diagnóstico, dolor.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN ORAL

Implementación de la vacunación antigripal en las embarazadas de un Centro de Salud

Castro Fernández CM[a1], Salido Morales I[2], Soto Díaz C[3], Aguado Taberné C[4]

[1] Médico Residente de 4º año de MFyC.

[2] Médico de Familia y Comunitaria. Hospital Santa Bárbara. Puertollano (Ciudad Real)

[3] Médico Residente 4º año de MFyC. CS Santa Rosa. Córdoba

[4] Médico de Familia y Comunitaria. CS Santa Rosa. Córdoba

Introducción: la vacuna antigripal está indicada en la gestación pues previene de las infecciones y las complicaciones de la misma. Es bien conocido que se puede prevenir haciendo una vacunación efectiva en dicha población, pero percibimos que la cobertura vacunal en esta población es muy baja. Existen pocos estudios sobre cuál es el conocimiento de los médicos de familia sobre este tema, y si se aconseja o no a las pacientes gestantes la posibilidad de vacunación, por lo que proponemos un estudio para conocer si las pacientes embarazadas de nuestra población conocen los beneficios de la vacunación antigripal, y si reciben consejo médico para llevar a cabo ésta.

Objetivos:

Principal: comprobar si las gestantes se vacunan durante el periodo de campaña antigripal, y aquellas que no lo hacen, si estarían dispuestas a vacunarse o no, y cuál es el motivo.

Secundarios: conocer si los Médicos de Familia y las gestantes conocen los beneficios e importancia de la vacuna antigripal en el embarazo; valorar en qué medida los Médicos de Familia aconsejan vacunación antigripal durante el embarazo.

Diseño: estudio Observacional descriptivo.

Emplazamiento: centro salud urbano.

Material y Métodos:

Criterios de Selección:

Criterios de Inclusión: Mujeres gestantes mayores de 18 años que se encuentren en proceso de embarazo y Médicos de Familia que lleven el mismo.

Criterios de Exclusión: Pacientes embarazadas en las que la vacuna antigripal esté contraindicada por alergia, intolerancia o enfermedad.

Número de sujetos necesarios y muestreo: Se incluirán mujeres gestantes en periodo de vacunación antigripal del año 2014, y las nuevas pacientes embarazadas que entren en el proceso durante este periodo (N=80), y Médicos de Familia del Centro de Salud que lleven el proceso de embarazo (N= 8). La recogida de datos se realizará mediante dos cuestionarios, uno para los médicos y otro para las pacientes, que se rellenarán durante la cita programada de revisión del embarazo.

Análisis estadístico y variables: Mediante programa SPSS para Windows versión 17.00 un análisis descriptivo para variables cuantitativas y cualitativas (Edad, Nivel de estudios, Semana de gestación, Número de embarazos, Vacunación antigripal previamente, Edad Médico de Familia, Sexo del Médico de Familia, Formación del Médico, Años con el proceso de embarazo, encuesta a médicos sobre beneficio de la vacuna antigripal en embarazadas y consejo de la misma. Encuesta a las embarazadas sobre vacunación antigripal y sus beneficios). Se consideran intervalos de confianza del 95%.

Limitaciones del estudio: No se podrá calcular la incidencia de la vacunación real en las embarazadas. Sólo se registraran a aquellas que acudan a control del embarazo durante el periodo de vacunación antigripal.

Aplicabilidad: conocer datos reales sobre la opinión tanto de embarazadas como de Médicos de Familia acerca de los beneficios de la vacuna antigripal en la gestación, así como saber en qué medida se utiliza, y si va a servir para mejorar el proceso del embarazo y la implementación de la vacuna.

Aspectos ético-legales: será aprobado por el Comité Ético Provincial de Córdoba. El cuestionario se realizará tras firma del Consentimiento Informado.

Palabras clave: Influenza vaccines, Influenza virus, Pregnancy.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN ORAL

"No puedo Dormir". Abordaje del Insomnio en Atención Primaria

Rodríguez Cuadros TB[1], Reche Padilla AI[2], Hachem Salas N[3], Goretti S[4], García Ventura M[5], Expósito Rodríguez F[6]

[1] *Médico Residente de 4º año de MFyC. Consultorio Cabo de Gata. UGC Almería Periferia*

[2] *Médico Residente de 3er año de MFyC. CS Retamar. Almería*

[3] *Médico Residente de 2º año de MFyC. CS Retamar. Almería*

[4] *Médico Residente de 1er año de Psiquiatría. CH Torrecárdenas. Almería*

[5] *Médico Residente de 2º año de MFyC. CS La Cañada. Almería*

[6] *Médico Residente de 1er año de MFyC. CS La Cañada. Almería*

Introducción:
El insomnio es el trastorno del sueño más frecuente y uno de los que mayor trascendencia sanitaria y social tiene. Un 30% de la población tiene al menos alguna de las manifestaciones propias del insomnio, si la definición se basa en la clasificación del DSM-IV-TR la prevalencia del insomnio es de un 6%.
El ser una queja frecuente en las consultas del Médico de Familia y tener consecuencias importantes para el paciente, es necesario hacer un abordaje integral en Atención Primaria (AP).
Las guías de Práctica Clínica recomiendan un abordaje no farmacológico, dándoles importancia a:
- Educación para la salud.
- Higiene del sueño.
- Intervenciones psicológicas:
    1. Terapia de control de estímulos.
    2. Técnica de Restricción de Sueño.
    3. Entrenamiento en habilidades de manejo del estrés y terapias de relajación.

La Meditación Mindfulness (MM) es una práctica de meditación que cultiva la conciencia del momento presente, sin realizar juicio de valor. La traducción más frecuente de mindfulness es "atención plena". Mindfulness es una habilidad y por tanto, se puede enseñar.
La atención basada en la reducción del estrés (MBSR) es un programa de grupo, el fundamento es el mantenimiento de la conciencia en el momento presente, desconectándose de los fuertes nexos a los sentimientos, pensamientos y emociones, y, de este modo, desarrollar un gran equilibrio emocional y de bienestar.
Hay diversos estudios donde se ha utilizado la MM para el tratamiento del insomnio. La hipótesis de nuestro trabajo es que el paciente mejorara del insomnio después de asistir a un programa de MM.
Objetivos: evaluar la eficacia de un programa de MM en el tratamiento del insomnio al mes, seis meses y al año.
Diseño: estudio cuasi-experimental, antes–después sin grupo control.
Emplazamiento: AP.
Material y Métodos:
Sujetos. Pacientes que acuden a consulta de AP con insomnio crónico primario (DMS-IV-TR).
Criterios de Inclusión:
Edad: 18-65 años.
ISI Índice de Gravedad del Insomnio (ISI) >7.
Cuestionario de calidad de sueño de Pittsburg (PSQI)>5.
Hablar y entender castellano.
Consentimiento Informado.
Criterios de Exclusión: No querer participar.
Muestreo: Muestreo consecutivo. Tamaño Muestral: 20.
Mediciones e intervenciones.
Edad, sexo, estado civil, trabajo, nivel estudios, enfermedades previas, tratamientos, ISI, PSQI.
Intervención: 8 sesiones 1/semanal. 90 minutos.
Análisis estadístico:
A.descriptivo. A.bivariante: T pareada. O de Wilcoxon (no paramétrica). Se rechazará la hipótesis nula con un error de tipo I o error $\alpha < 0.05$.
Limitaciones:
La principal es la constancia en participar.
Sesgo del voluntario: puede ocurrir que los pacientes que quieran recibir esta intervención estén más motivados. Recogeremos los motivos de no participación.
Estudios antes-después: No permiten comparar la eficacia de la medida adoptada con otras medidas distintas ni garantizar que los cambios detectados sean exclusivamente debidos a la intervención.
Aplicabilidad: si se comprueba que es útil la técnica tanto al finalizarla como después de un año, podríamos aplicar este tipo de programas en nuestros Centro de Salud, y podríamos desmedicalizar a muchos pacientes.
Aspectos ético-legales:
-El tratamiento de datos se ajustará a lo dispuesto en la Ley Orgánica15/1999, 13diciembre, de protección de datos
-Consentimiento informado.
-Autorización por Comisión de Investigación.
Palabras clave: Insomnia, Mindfullness, Primary care.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN ORAL

¿Efectividad del Chikung en pacientes con fibromialgia para la mejora de aspectos biológicos y psicosociales?

Rodríguez Sánchez MªÁ[1], Pedregal González M[2]

[1] *Médico Residente de 4º año de MFyC. CS Cartaya. Huelva*

[2] *Médico de Familia Unidad Docente de MFyC de Huelva. Distrito Huelva-Costa*

Introducción:
La Fibromialgia (FM) es una patología crónica cuya prevalencia va en aumento. Es una de las causas más frecuentes de dolor musculoesquelético crónico generalizado, fundamentalmente en mujeres, con una considerable disminución de la calidad de vida. Constituye una causa importante de hiperfrecuentación y un elevado consumo de recursos.
No existe tratamiento definitivo para la FM, obteniéndose los mejores resultados con un abordaje multidisciplinar:
- Farmacológico.
- Educación sanitaria.
- Tratamiento psicológico.
- Ejercicio físico aeróbico suave y técnicas de relajación.
Basándonos en este último bloque de tratamiento se pretende enfocar este proyecto de investigación, mediante el aprendizaje y la práctica regular de ejercicios de Qigong, más conocido como Chikung.
El Chikung es una disciplina empleada de forma preventiva y terapéutica en la Medicina Tradicional China (MTC) basada en la realización de suaves ejercicios físicos coordinados con la respiración y la concentración mental. Según la MTC la práctica del Chikung (Chi=energía, Kung=trabajo, destreza), permite el flujo armonioso de la energía vital, eliminando los bloqueos y aumentando la cantidad y calidad de la misma.
Con este proyecto se pretende buscar evidencias a favor de la práctica del Chikung como terapia efectiva para la FM, así como valorar su utilidad como herramienta que ayuda a la persona a ser parte activa en su curación, reforzando su autonomía y su integridad como ser humano.
Objetivos: determinar la efectividad del Chikung en pacientes con fibromialgia.
Diseño: estudio de intervención sin grupo control.
Emplazamiento: atención primaria.
Material y Métodos:
La muestra son 30 pacientes diagnosticados de FM que, tras ser informados den su consentimiento. La muestra se extraerá de las consultas del centro de salud y de la Asociación local de FM.
Criterio de inclusión: diagnostico previo de FM por un profesional sanitario.
Intervención: se realizará la práctica de Chikung durante un período de 10 meses, 1 hora 3 veces por semana. Se acompañará la práctica de Chikung con técnicas de meditación y relajación y estiramientos suaves.
Para medir la efectividad se utilizarán los siguientes cuestionarios validados, que serán realizados antes de comenzar el estudio y posteriormente cada 3 meses hasta la finalización del mismo: Escala Goldberg y S-FIQ. Otras variables: edad, sexo, patologías concomitantes y tratamiento farmacológico actual.
Aplicabilidad:
Análisis estadístico:
- Descriptivo: para las variables cuantitativas, media y desviación típica. Para las cualitativas utilizaremos porcentajes.
- Inferencial: test de la T-student para muestras repetidas. Test de McNemar. Se verificarán las condiciones de aplicación.
Al finalizar la intervención se realizará una valoración cualitativa mediante un grupo focal.
Como limitación principal a este proyecto destaca el reducido tamaño muestral (máximo 30 personas, por cuestiones logísticas).
Aspectos ético-legales: todos los pacientes firmarán un consentimiento informado y se respetará su autonomía para decidir abandonar este estudio si lo considera conveniente. En todo caso se respetará la confidencialidad sobre los datos aportados por el paciente y los obtenidos en el estudio.
Este protocolo será presentado al Comité de Ética para su valoración y aprobación.
Palabras clave: Qigong, Fibromialgia, Síndrome de Fatiga Crónica.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN ORAL

Detección de pacientes con riesgo de padecer DM tipo 2 y evaluación de grado de conocimiento del mismo en el ámbito de la atención primaria

López Macías I[1], Sukhanova A[2], Arjona Huertas MªD[3], Rodríguez Morales A[3]

[1] *Médico Residente de 2º año de MFyC. CS Lucena I. Córdoba*

[2] *Médico Residente de 3er año de MFyC. CS Lucena I. Córdoba*

[3] *Médico de Familia. CS Lucena I. Córdoba*

Introducción: la diabetes mellitus (DM) es un problema de salud de gran impacto sanitario y social que consiste en la elevación de la glucemia secundaria a un defecto en la producción de insulina por el páncreas y/o a una resistencia a su acción. La diabetes constituye un importante problema de salud por su alta prevalencia, importante morbi-mortalidad y elevado volumen de recursos sanitarios que consume. Además es una de las principales casusas de ceguera, insuficiencia renal terminal, amputación de miembros inferiores y enfermedad vascular, potenciada además por su frecuente asociación con otros factores de riesgo de enfermedad cardiovascular como la obesidad, la hipertensión arterial y la dislipemia.

Objetivos: pretende detectar pacientes con riesgo de padecer diabetes mellitus tipo 2 en el ámbito de la Atención primaria, y evaluar el conocimiento que dichos pacientes poseen sobre la enfermedad. Objetivos específicos: detectar factores de riesgo de padecer DM tipo 2 en los pacientes incluidos en el estudio y evaluar la intensidad de dicho riesgo; Valorar la concienciación que el paciente de riesgo tiene de ser un futuro diabético; Evaluar el conocimiento sobre la diabetes e identificar aquellos aspectos de la enfermedad en los cuales existe mayor desconocimiento.

Diseño: estudio observacional, de prevalencia.

Emplazamiento: atención primaria.

Material y Métodos:

Población y muestra: Criterios de inclusión (Pacientes de ambos sexos, entre 30 y 65 año, no diagnosticados previamente de diabetes, que acepten y firmen el consentimiento informado); Criterios de exclusión (Paciente con diagnóstico previo de diabetes, elevación de glucosa basal o intolerancia a la glucosa o antecedentes de diabetes gestacional embarazadas, menores de 30 años y mayores de 65 años, pacientes con enfermedades graves o enfermedades crónicas degenerativas, pacientes que estén participando en otros ensayos clínicos, pacientes que por cualquier situación o estado a criterio del investigador desaconseje su participación en estudio. La muestra a estudiar es de 317 pacientes. Variables: Variable principal, riesgo de padecer diabetes y conocimiento de la enfermedad. Variable secundaria: edad, sexo, dieta saludable, obesidad, perímetro abdominal, dieta adecuada, hipertensión arterial, antecedentes familiares e hiperglucemia ocasional. Análisis estadístico: Se realizará un análisis descriptivo de la anteriores variables usando el programa G-STAT 2.0.1.

Aplicabilidad: establecer un circuito asistencial protocolizado que incluya a los pacientes de mayor riesgo en el Proceso Asistencial Integrado de Diabetes, poniendo mayor acento en aquellos aspectos educativos relativos a la prevención. Proponer nuevas vías para estudios ulteriores a este, relativos a seguimiento de los pacientes con riesgo de padecer diabetes incluidos en el plan, los resultados de las actuaciones preventivas, educativas y de seguimiento llevadas a cabo en éstos y su repercusión en la aparición o no a la enfermedad.

Aspectos ético-legales: aprobación por el Comité de ética e investigación. Consentimiento informado del paciente y se le hará entrega de información sobre el proyecto, una serie de recomendaciones y pautas de prevención de la enfermedad referentes a la modificación del estilo de vida, dieta y ejercicio físico. Confidencialidad de los datos en base a la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal.

Palabras clave: Primary Prevention, Type 2 diabetes mellitus, knowledge.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN ORAL

El cáncer de colon en un área sanitaria

Salinas Navarro A[1], Bonetti Munnigh A[2], González Ballesteros A[3]

[1] *Médico Residente de 3er año de MFyC. CS Cuevas del Almanzora. Almería*

[2] *F.E.A. Servicio de Digestivo Hospital de la Inmaculada. Huércal-Overa. Almería*

[3] *F.E.A. Servicio de Medicina Preventiva Hospital de la Inmaculada. Huércal-Overa. Almería*

Introducción:

El cáncer de colon como problema de primer orden en salud pública, -con una incidencia en España que supera los 30.000 casos nuevos al año, siendo el primer cáncer en frecuencia y la segunda causa de muerte por cáncer en nuestro país-, genera tanto el interés como la necesidad de investigar no solo acerca de su tratamiento y prevención sino en la evolución de su historia natural.

La tendencia actual de optimizar el tratamiento, individualizándose para cada caso, justifica la necesidad de conocer los datos de la enfermedad, no solo a nivel mundial sino en nuestro medio.

Objetivos:

El objetivo principal de este proyecto es analizar la evolución y el comportamiento del cáncer colorrectal desde un punto de vista multidisciplinar en un área de salud determinada en los periodos que comprenden del 2003 al 2013, ambos incluidos.

Las áreas que se pretenden abordar incluyen:

Epidemiología descriptiva.

Recoger los casos que han precisado intervención quirúrgica en el área durante ese periodo analizando los factores de riesgo y pronósticos desde un punto de vista histopatológico.

Estudio de supervivencia.

Se completara el proyecto con un estudio de calidad de vida.

Diseño: estudio observacional retrospectivo en el que se incluyen los pacientes con cáncer de colon diagnosticados y los tratados quirúrgicamente con intención curativa en el periodo de tiempo que incluye los años 2003 a 2013.

Emplazamiento: atención primaria en colaboración con atención hospitalaria.

Material y Métodos

Población: Tanto la población diana como la población de estudio incluyen a todos los pacientes que han sido diagnosticados de cáncer de colon en un área de salud determinada en el periodo de tiempo que comprende de 2003 y 2013. También se incluyen, como uno de los objetivos del proyecto, aquellos pacientes que han precisado de tratamiento quirúrgico con intención curativa en ese mismo periodo.

Criterios de inclusión: Pacientes diagnosticados de cáncer de colon que pertenezcan al área de salud donde se realiza el estudio.

Criterios de exclusión: Pacientes que pese a haber sido diagnosticados y/o intervenidos en el hospital de referencia del área no pertenezcan a dicha área.

Intervenciones: No se precisa de intervención en este estudio.

Análisis estadístico: Análisis epidemiológico descriptivo. Estudio de tendencias. Estudio de supervivencia. Cuestionario de calidad de vida.

Limitaciones: Sesgo de selección de aquellos pacientes que hayan sido diagnosticados de cáncer de colon pero no se intervengan en el hospital de referencia del área en estudio.

Aplicabilidad: pese a encontrarnos ante uno de los principales problemas de salud mundial son escasos los estudios descriptivos realizados en torno al cáncer de colon en nuestra comunidad autónoma, por lo que conocer el comportamiento del mismo en nuestro medio se convierte en una herramienta clave para el avance en su diagnóstico y tratamiento.

Aspectos ético-legales: se trata de un estudio observacional retrospectivo en el que no se vulneran los aspectos éticos ni morales de los pacientes que han sido diagnosticados de cáncer de colon en nuestra área.

Palabras clave: Cáncer de colon, Epidemiología, Supervivencia, Calidad de vida, Factores pronósticos histopatológicos.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN ORAL

Deprescripción de medicamentos en pacientes institucionalizados mayores de 65 años

Arrizabalaga Aldalur I[1], Benabdellah Abouhammadi S[1], García Martínez B[1], Sánchez Mariscal MªD[2]

[1] *Médico Residente 4º año de MFyC. CS Almanjáyar. Granada*

[2] *Médico Adjunto de MFyC. CS Almanjáyar. Granada*

Introducción:

Las personas mayores son un grupo heterogéneo de pacientes, en el que a menudo coexisten múltiples enfermedades para las que se prescribe un elevado número de medicamentos. El riesgo de sufrir reacciones adversas medicamentosas (RAM) e interacciones farmacológicas es elevado, siendo la principal causa la prescripción inapropiada (PI) de fármacos y la mala monitorización de tratamientos.

Existen motivos éticos y evidencias científicas que avalan la necesidad de de prescribir en aquellas personas cuyo consumo de medicamentos puede provocarles más perjuicios que beneficios.

Objetivos: analizar el impacto de una auditoria de calidad y mejora identificando el porcentaje de PI del último año y evaluando el efecto de una intervención de feedback sobre la reducción de la PI a los 3 meses.

Diseño: estudio cuasi-experimental pre-post tipo evaluación de calidad con tres momentos temporales: 1ª evaluación; tiempo de feedback y 2ªevaluación.

Emplazamiento: dos residencias ubicadas en una zona de transformación social con pacientes con diversos grados de dependencia.

Material y Métodos:

Unidad de estudio: total de prescripciones realizadas a dicha población durante 6meses, siendo la fuente de información la historia clínica Diraya.

Población: 126 pacientes mayores de 65 años con prescripción realizada por 4 médicos (2 de centro de salud y 2 de las residencias): tamaño muestral con confianza del 95%.

Variable principal o de efecto: prescripción inadecuada. Instrumento de medida: algoritmo de 6 pasos consecutivos y excluyentes: no eficacia comprobada, no indicación para el fármaco, más efectos adversos que beneficios, síntomas asociados, mejor alternativa, posibilidad de reducir la dosis, utilizando como criterios de referencia de calidad para dicha valoración el modelo START/STOPP.

La evaluación se realizará mediante enmascaramiento del profesional que realiza la prescripción, por parte de residentes que conforman parte del equipo de investigación.

Variable de estudio: intervención de feedback. Se realizará un informe individual con los resultados del análisis, que se entregará al médico responsable de dichos pacientes. En la última fase, se recibirá por parte dicho médico, otro informe describiendo si está de acuerdo con el análisis, si se ha realizado alguna modificación y las dificultades con las que se ha encontrado.

Análisis. De acuerdo a los objetivos de estudio se articularán dos estrategias de análisis tanto descriptivas como analíticas: univariante y bivariante; considerando como la variable principal el porcentaje de PI antes y después de la intervención. Se estimarán los parámetros de estudio mediante intervalos de confianza al 95% y se compararán los grupos mediante la prueba de chi cuadrado y el test de McNemar para el análisis de variables cualitativas independientes y emparejadas respectivamente.

Limitación principal: sesgos. Sesgo del evaluador. Sesgo de infrarregistro de datos. Sesgo de instrumento de medida. Sesgo de insuficiencia de tiempo.

Aplicabilidad:

Conocer las razones de PI, puede ayudar a mejorar las próximas prescripciones y, por lo tanto, la seguridad del paciente. Identificar dificultades encontradas a la hora de de prescribir para enfocar futuras estrategias.

Aspectos ético-legales: confidencialidad de datos del paciente.

Palabras clave: prescripción medicamentos, reacción adversa a medicamentos, interacción de medicamentos.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN ORAL

Eficacia de la intervención mediante grupos socioeducativos en atención primaria en la depresión leve-moderada frente a terapia farmacológica convencional

Domínguez Teba AJ[1], García Sardón P[2], Medero Canela R[3], Macías Beltrán I[3], Pedregal González M[4]

[1] *Médico Residente de 4º año de Medicina familia y Comunitaria. CS Luis Taracido. Bollullos. Huelva*

[2] *Médico Residente de 1er año de MFyC. CS Luis Taracido. Bollullos Cdo. Huelva*

[3] *Médico Residente de 4º año de MFyC. CS El Torrejón. Huelva*

[4] *Técnico. Unidad docente de Huelva*

Introducción: en la génesis del episodio depresivo leve-moderado intervienen múltiples factores, especialmente psicosociales. Es por ello que las terapias farmacológicas resultan insuficientes en el control sintomatológico. Como fruto de esta demanda, en los últimos años han surgido numerosos grupos terapéuticos como los socioeducativos de atención primaria (GRUSE) con aplicabilidad comprobada a otras patologías de la esfera psíquica.

Objetivos:

Principal: Determinar si la intervención mediante los grupos GRUSE es eficaz como tratamiento en el episodio depresivo leve-moderado frente a la terapia farmacológica habitual.

Secundarios:

-Describir las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes.

-Evaluar que los grupos sean comparables.

-Analizar factores confundentes si no los son.

Diseño: estudio experimental controlado y aleatorizado abierto.

Emplazamiento: atención primaria.

Material y Métodos:

Sujetos mayores de 18 años con episodio depresivo leve-moderado según CIE-10 y puntuación en la Escala de Hamilton para la depresión (HAM-D) entre 8-18, excluyéndose aquellos con riesgo de suicidio, consumo de tóxicos, que no acudan a las sesiones o fallezcan.

Se efectuará muestreo consecutivo hasta alcanzar dos grupos establecidos mediante asignación aleatoria, 76 que recibirán terapia farmacológica y 76 que conformarán 3 grupos GRUSE seguidos a lo largo de 8 sesiones semanales de 90 min, en base a lo propuesto en la aplicación de los grupos GRUSE de la Junta de Andalucía.

Variables dependiente: en función de la variabilidad de la HAM-D tras la intervención se define como Mejoría una disminución ≥ 50% de la puntuación inicial; respuesta parcial entre el 25 y 49% y no respuesta < 25% e independientes: Intervención. Puntuación escala HAM-D. Sexo, Edad, Estado civil, Ideología religiosa, Vivienda, Situación laboral, estudios, Grado depresivo, comorbilidades, Antecedentes personales y familiares de depresión, Abuso previo de sustancias psicoactivas, Tratamientos.

En el análisis de datos se exigirá una significación estadística del 5% con el programa estadístico SPSS, empleándose porcentajes para cualitativas; media y desviación típica para cuantitativas. El análisis descriptivo mediante una ji-cuadrado para dicotómicas y ANOVA en cuantitativas. Si las variables de intervención cumplen normalidad utilizaremos t-Student para varianzas iguales o en caso contrario U de Mann-Whitney. Se calcularán las medidas de impacto (Riesgo relativo, Reducción relativa del riesgo, Reducción absoluta del riesgo, Numero de pacientes necesarios para tratar) Si no son totalmente comparables, se procedería a Regresión logística multivariante que demuestre distribución diferente

Limitaciones: presenta la complejidad de coordinación, organización y entrenamiento de los profesionales. Es necesario asistir a todas las sesiones organizadas, con el consiguiente sesgo por pérdidas y sesgo por muestreo.

Aplicabilidad: se plantean los grupos GRUSE como terapia útil, costo-efectiva y aplicable en la estrechez tiempo-espacio de las consultas de atención primaria para los trastornos depresivos subumbrales y leves-moderados cuyo plan terapéutico basado en la terapia farmacológica está siendo cuestionado actualmente.

Aspectos ético-legales: se aplicaran los aspectos que se recogen en la declaración de Helsinki, en la Ley Básica Reguladora de la Autonomía del paciente, Ley Orgánica de protección de datos, Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios y el Real Decreto 223/2004, por el que se regulan los ensayos clínicos con medicamentos.

Palabras clave: Self-Help Groups, Depressive Disorder, Clinical Trial.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN ORAL

Efectividad de una intervención a sanitaros para mejorar la adecuación del tratamiento en ancianos polimedicados institucionalizados

Silva Santos MªJ[1], García Lozano MªJ[2], Maqueda Pedrosa D[3], Martínez Granero MªM[2], De Santiago Cortés R[4], Pascual de la Pisa B[2]

[1] *Médico Residente 4º año de MFyC. CS de Camas. Sevilla*

[2] *Médico de Familia. UGC de Camas. Sevilla*

[3] *Médico Residente de 3er año de MFyC. CS de Camas. Sevilla*

[4] *Médico Residente de 2º año de MFyC del CS de Camas. Sevilla*

Introducción:

En España, la población geriátrica e institucionalizada representa cada vez un mayor porcentaje, el 10% de los pacientes mayores de 75 años están institucionalizados, en ellos se caracteriza la polimedicación, que tiene un impacto relevante ya que aumenta el riesgo de sufrir reacciones adversas a medicamentos (RAM) e interacciones farmacológicas. Los errores de medicación están implicados en 15-22% de los ingresos hospitalarios. Por lo que es esencial ver la adecuación del tratamiento en pacientes institucionalizados, tanto por exceso como por defecto.

Objetivos: determinar la efectividad de una intervención estructurada en la mejora de la adecuación de la medicación en ancianos institucionalizados de un municipio periurbano valorando los criterios STOPP/START (SS) y MAI modificado (MAIm) antes y después de la intervención.

Diseño: estudio cuasi experimental antes y después sin grupo control no enmascarado.

Emplazamiento: residencia de ancianos.

Material y Métodos:

Sujetos institucionalizados internos con independencia del género, raza, estado clínico o funcional. Criterios de inclusión: Ausencia de deterioro cognitivo (menos de 4 errores en Test de Pfeiffer). Criterios de exclusión: Negativa a participar del paciente y/o tutor legal.

Al inicio del estudio se realizará una valoración sociodemográfica, clínica (comorbilidad, estadiaje de enfermedades crónicas, hábitos, antropometría, tensión arterial), analítica (hemoglobinemia, perfil lipídico, función renal, albuminemia, HbA1c), farmacológica (número de fármacos, principio activos, adecuación según SS y MAIm), funcional (Barthel, Lawton Brody, riesgo de caídas) y cognitiva (Pfeiffer, Lobo y Yesavage).

La intervención constará de:

• Elaboración de informes farmacoclínicos individualizados para los médicos sobre la mejora de la adecuación del tratamiento: informe en formato papel y electrónico enviado a su mail.

• Entrevista presencial individual con los médicos para consensuar las posibilidades de mejora.

• Sesiones clínicas grupales en horario de formación continuada.

Variable de resultado principal: Mejora de la adecuación según SS y MAIm a los tres meses de la intervención.

Análisis estadístico: Univariante: medidas de tendencia central o medianas, según normalidad de la muestra y distribución de frecuencias. Bivariante según naturaleza de las variables.

Aplicabilidad: la búsqueda conjunta de errores por exceso y por defecto en la prescripción de fármacos permite hacer una evaluación más completa de la práctica de prescripción. La valoración integral de los pacientes institucionalizados contribuirá a la planificación de estrategias de cuidados.

Aspectos ético-legales: el estudio se realizará siguiendo los "Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos", se ajusta a la ley 14/2007 de 3 de Junio de investigación biomédica. Cumpliendo las normas de Buena Práctica Clínica. Hoja de información y formulario de consentimiento para pacientes y/o familiares. Garantizando la confidencialidad de los datos. Se ha solicitado la valoración por el Comité de ética de la investigación clínica local.

Palabras clave: Homes for the Aged [MeSH], Medication Reconciliatin [MeSH], Appropriateness Review [MeSH], Assesment Tool [MeSH].

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN ORAL

Prevalencia y caracterización de pacientes pluripatológicos en un área sanitaria

Rodríguez Guerrero E[1], Arroyo Oteros MªS[2], Martín Aguilera IMª[3], Mengíbar Ariza E[4], Sukhanova A[2], Hidalgo Requena A[5]

[1] *Médico Residente de 1er año de MFyC. CS Lucena. Córdoba*
[2] *Médico Residente de 4º año de MFyC. CS Lucena I. Córdoba*
[3] *Médico Residente de 4º año de MFyC. CS Lucena II. Córdoba*
[4] *Médico Residente de 4º año de MFyC. CS Cabra. Córdoba*
[5] *Médico de Familia. CS Lucena I. Córdoba*

Introducción:

Las enfermedades crónicas fueron la causa del 63% de las muertes en el mundo durante 2008 y se espera que supongan el 75% en 2020, por eso la OMS han otorgado a la cronicidad el título de "el principal reto de salud para el siglo XXI". El concepto de paciente pluripatológico (PP) según la 2º edición del Proceso Asistencial Integrado de Atención al PP de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, incluye una serie de criterios que permiten identificar a la población de pacientes con características comunes derivadas de padecer dos o más enfermedades que el sistema sanitario no cura y que genera un progresivo deterioro con disminución gradual de la autonomía y la capacidad funcional de la persona enferma.

Objetivos: estimar la prevalencia de PP en la población y la caracterización de éstos en la Atención Primaria y Pediátrica.

Diseño: estudio descriptivo prospectivo y multicéntrico.

Emplazamiento: atención primaria y pediátrica.

Material y Métodos: trabajaremos con un tamaño muestral estratificado por edad de 8507 pacientes de 264.834 totales de la población origen. Los criterios de inclusión serán ser residente del Área Sanitaria en estudio y cumplir los criterios de PP según la definición de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, siendo criterios de exclusión la no cumplimentación de los mismos. En una primera selección se obtendrá el % de posibles PP del total de la muestra, consultando la hoja de problemas individual de cada paciente. Posteriormente, se aplicarán las escalas de valoración integral a aquellos pacientes dudosos de inclusión, a nivel funcional (índice de Barthel), psicoafectivo (escala de Pfeiffer, y escala de Yesavage, para mayores de 65 años, y test de Lobo para menores de 65 años) y sociofamiliar (escala de Gijón). Finalmente obtendremos el % de PP confirmados, a los cuales se les aplicará un cuestionario en una entrevista presencial. El análisis descriptivo de la población general y de los parámetros clínicos, funcionales, mentales y sociofamiliares nos ofrecerá unos resultados que compararemos mediante la prueba Chi cuadrado (con corrección de Yates) o prueba exacta de Fisher para las variables cualitativas; y la prueba de U de Mann-Whitney para las cuantitativas (o mediante t-Student) para las cuantitativas. Para evitar posibles limitaciones del estudio se programará un estudio piloto en una submuestra, se adiestrará a los investigadores para evitar el sesgo del entrevistador y se accederá a los cupos pediátricos para no perder a los individuos de 0-13 años.

Aplicabilidad: poder abordar integralmente a estos pacientes con múltiples enfermedades crónicas, que demandan y precisan gran cantidad de recursos sanitarios. Así se podrá hacer más eficiente el uso de los recursos sociosanitarios y sistematizar la gestión de su asistencia, como contempla el Plan de Atención Integral al PP de la Consejería de Salud de Andalucía.

Aspectos ético-legales: el estudio seguirá las normas de buena práctica clínica, respetando la privacidad de datos del paciente previo consentimiento informado.

Palabras clave: Pluripatología, Atención Primaria, Comorbilidad.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN ORAL

Cambios en hirsuitismo en la mujer tras intervención bariátrica

Salvador Gómez AJ[1], García Olivares G[2], Martos Sánchez PM[a3], Aguirre Martínez S[3], Cañadas López P[4], Hernández Aliaga MA[5]

[1] Médico Residente de 4º año de MFyC. CS Almería Centro. Almería

[2] Médico Residente de 3er año de MFyC. CS Virgen del Mar. Almería

[3] Médico Residente de 3er año de MFyC. CS La Cañada de San Urbano. Almería

[4] Médico Residente de 3er año de MFyC. CS Plaza de Toros. Almería

[5] Médico Residente de 4º año de MFyC. Distrito Almería. Almería

Introducción:

Las consecuencias del exceso de peso abarcan una amplia gama de aspectos dentro de la salud. El crecimiento del cabello anormal atribuible al exceso de andrógenos es progresivo. El enfoque para el tratamiento del hirsutismo involucra la supresión y eliminación de pelo actual, además de la prevención del crecimiento de nuevo cabello. La puntuación de Ferriman–Gallwey, se estandarizó para valorar los diferentes grados de hirsutismo. Parece que con la pérdida de peso moderada el hirsutismo puede o no mejorar. El tratamiento de la obesidad siempre comienza con modificaciones del modo de vida y puede incluir fármacos o cirugía, según la categoría del riesgo basada en el Índice de Masa Corporal.

Objetivos: evaluar los cambios del hirsutismo en la mujer tras la realización de cirugía bariátrica.

Diseño: estudio descriptivo observacional de las pacientes diagnosticadas de obesidad mórbida y sometidas a cirugía bariátrica como tratamiento para la obesidad.

Emplazamiento: Hospitalario-Atención Primaria.

Material y Métodos: estudiaremos a todas las pacientes que han sido intervenidas en nuestro centro de referencia, que cumplan los criterios de inclusión (IMC≥40 o ≥35kg/m2 con comorbilidades asociadas a la obesidad, edad entre 15 y 65 años, fracaso del tratamiento dietético o médico, ausencia de enfermedades endocrinas, estado psicológico adecuado y adicciones, firmar consentimiento y riesgo quirúrgico aceptable) y ningún criterio de exclusión (Sexo masculino, histerectomía con doble anexectomía, enfermedad infecciosa o neoplásica activa) durante un año. Se recogerán los datos antes de la cirugía desde el hospital y a los 12 meses de la intervención desde el Centro de Salud, recogiendo: La puntuación de la escala Ferriman y Gallway asignando un valor de 1 a 4 a la densidad del pelo terminal en cada una de las 9 áreas de referencia. El resultado de la suma de puntos que resulte inferior a 10 no se considera patológico, sino constitucional, entre 8 y 11 se considera hirsutismo leve, hasta 19 moderado y un índice igual o superior a 20 grave. Como análisis se realizará un estadístico descriptivo, para variables cualitativas (frecuencias); así como un estadístico analítico consistente en análisis bivariante, para variables cualitativas (chi-cuadrado). El proceso y análisis de datos se realizará con el programa estadístico SPSS 21.0. La selección de las pacientes que se someten a cirugía bariátrica depende de que se incluyan en el programa de intervención, pudiéndose cometer un sesgo de selección. La presencia de patología ginecológica puede actuar como sesgo de confusión, ante ello se intentará corregir en el análisis de los datos mediante análisis multivariante. El gran problema de esta escala es la subjetividad y que para su elaboración se basó en una población predominantemente blanca, y no siempre refleja las variaciones étnicas y raciales en el crecimiento normal del pelo.

Aplicabilidad: conocer el efecto de la pérdida masiva de peso tras las técnicas quirúrgicas en el hirsutismo en las mujeres de nuestro entorno.

Aspectos ético-legales: todos los pacientes firmarán consentimiento informado según documento protocolizado para tal fin. Se intenta mantener en secreto los datos de la paciente.

Palabras clave: Morbid Obesity, bariatric surgery, Hirsutism.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN ORAL

Síndrome postpolio: visión de los pacientes y de los profesionales

Faz García MªC[1], Morales Sutil MªL[1], Ariza González M[1], Salazar Agulló JA[2], Burgos Varo MªL[3], Muñoz Cobos F[2]

[1] *Médico Residente de 2º año de MFyC. CS El Palo. Málaga*

[2] *Médico de Familia. CS El Palo. Málaga*

[3] *Trabajadora Social. CS El Palo. Málaga*

Introducción: la existencia de síntomas tardíos (décadas, 15-40 años) después de padecer poliomielitis conforman el denominado Síndrome postpolio, con una nueva e incrementada debilidad muscular progresiva en territorios no afectos. El mecanismo etiopatogénico es desconocido y el diagnóstico difícil, desconociéndose su prevalencia. Este síndrome afecta de forma importante a la calidad de vida de las personas, especialmente a la movilidad, dolor y energía.

Objetivos:

-Conocer la perspectiva de los pacientes sobre el grado de afectación de su salud actual por el antecedente personal de padecer poliomielitis.

-Explorar el grado de conocimiento sobre el síndrome postpolio de los profesionales de atención primaria y de los pacientes con antecedentes de poliomielitis atendidos en el Centro de Salud.

Diseño: investigación cualitativa exploratoria.

Emplazamiento: Centro de Salud urbano.

Material y Métodos:

Sujetos:

- Pacientes con antecedentes en su historia clínica informatizada de poliomielitis. Código CIE-180.

- Profesionales de la medicina de familia, enfermería y trabajo social del Centro de Salud.

Mediciones:

- Variables de los pacientes: edad, sexo, problemas de salud en lista de problemas, motivos de consulta en el último año: dolor, astenia, insomnio, caídas; medicación analgésica continuada, utilización de ortesis.

- Variables de los profesionales: edad, sexo, profesión, años de ejercicio profesional.

Técnica de recogida de información:

Grupos focales de 10-12 personas, realizándose tantos grupos como se necesiten siguiendo criterios de saturación. Serán y transcritos literalmente siguiendo (criterios de Jefferson).

Análisis de datos:

Se realizará análisis narrativo de las transcripciones siguiendo los métodos de la Teoría Fundamentada de Glasser y Strauss (codificación, categorización, método comparativo constante). Segmentación por sexo. Se utilizará programa Atlas Ti 5.1.

Limitaciones:

Subjetividad de los investigadores. Como métodos para mejorar el rigor metodológico se realizarán:

• Credibilidad: 1) Devolución a los pacientes participantes los resultados del estudio para su validación. 2) Exposición y registro de la visión a priori sobre las preguntas de investigación del equipo de investigadores.

• Conformabilidad: 1) Recogida precisa de todos los pasos realizados durante la investigación, a fin de poder ser reproducidos. 2) Método comparativo constante entre investigadores.

• Transferibilidad: 1) Recogida de datos contextuales suficientes y de calidad. 2) Criterios de inclusión y segmentación precisos.

Aplicabilidad: el conocimiento de este síndrome puede facilitar el diagnóstico precoz y su correcto abordaje contribuyendo a mejorar la situación de salud de los pacientes.

Aspectos ético-legales: petición de consentimiento informado, garantía de confidencialidad.

Palabras clave: Poliomyelitis (poliomielitis), Postpoliomyelitis Syndrome (síndrome postpolio), Primary Health Care (atención primaria).

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN ORAL

El uso de aplicaciones informáticas relacionadas con la medicina en los dispositivos Smartphone entre los distintos profesionales de la salud de Atención Primaria

Calderón Nieto R, Manzanares Rodríguez LM, Moral Moya MªT

Médico Residente de 4º año de MFyC. CS Palma Palmilla. Málaga

Introducción:

La investigación en el uso de los teléfonos inteligentes en la medicina está creciendo rápidamente, pero hay muy pocos estudios de buena calidad en nuestro ámbito de atención primaria, para responder a muchas preguntas acerca de su uso y del impacto que puedan llegar a tener.

Muchas aplicaciones médicas para los teléfonos inteligentes se han desarrollado y utilizado ampliamente por la salud, aunque aún está por determinarse el uso que pueda tener en el campo de la atención primaria. El uso de los teléfonos inteligentes es cada vez más común en el día a día de atención médica entre los profesionales de nuestro medio.

Objetivos: determinar la prevalencia del uso de aplicaciones informáticas médicas en los dispositivos Smartphone entre los distintos profesionales de la salud de AP.

Diseño: descriptivo trasversal.

Emplazamiento: Atención Primaria.

Material y Métodos:

Para evaluar el uso de las distintas aplicaciones de los dispositivos Smartphone entre los médicos de AP se tendrán en cuenta las siguientes premisas:

• Evaluar el perfil de los profesionales encuestados: edad, sexo y puesto de trabajo que desempeña (MIR o FEA).

• Evaluar el índice de utilización (Ratio) de las aplicaciones de los dispositivos Smartphone en la práctica clínica diaria en las consultas de AP.

• Determinar las aplicaciones más utilizadas.

• Recopilar los diversos usos en la práctica clínica diaria.

• Evaluar la ayuda que nos aportan las aplicaciones smartphone en la toma de decisiones, ahorro de tiempo en la consulta, accesibilidad a la información (impacto en la práctica clínica diaria).

• Registrar el uso: Frecuencia general de uso, tiempo invertido por día.

• Evaluar la percepción individual: Grado de dificultad de uso, velocidad de acceso, utilidad.

La población de referencia la conforman más de 250 FAEs y 120 MIR de la ciudad de Málaga.

La información se recabará de las encuestas enviadas. Dicha encuesta ha sido diseñada por 3 residentes de 4º año que igualmente serán responsables de la recopilación de la información que finalmente se plasmará en un formulario de vaciaje de datos a fin de que haya homogeneidad en la recogida de información.

Respecto a las variables del estudio se considera como variable dependiente el uso de las aplicaciones médicas y como variables independientes las referidas a datos socio demográfico.

Aplicabilidad:

Dar a conocer los distintos dispositivos disponibles en el mercado así como fomentar el uso de los mismos ya que parece que aportan una mejora en las consultas de Atención Primaria.

Debido a que los estudios de los que disponemos, se desarrollan en otros contextos, será interesante también, comparar sus conclusiones con las que se obtendrán en nuestro estudio.

Aspectos ético-legales:

La encuesta será una investigación social en personas y se realizará enmarcada en los aspectos éticos de autonomía, beneficencia y justicia.

Será de participación voluntaria, sin perjudicar a los participantes, manteniendo su anonimato y confidencialidad e informándoles de los objetivos del estudio en el que participaran.

Palabras clave: dispositivos móviles, smartphones, atención primaria.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN ORAL

Inteligencia y trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH): un análisis de los sistemas atencionales cerebrales en población infantil

Membrillo Contioso E[1], Lorca Marín JA[2], González Trujillo A[3], Mateos Velo L[1], Palomo Cobos CA[4], Díaz Saborido A[5]

[1] Médico Residente de 4º año de MFyC. CS Valverde del Camino. Huelva

[2] Psicólogo. Profesor asociado de la Universidad de Huelva. Departamento de Psicología Clínica, Experimental y Social

[3] Médico Residente de 4º año de MFyC. Centro Gibraleón. Huelva

[4] Médico Residente de 3er año de MFyC. CS Valverde del Camino. Huelva

[5] Médico Residente de 2º año de MFyC. CS Valverde del Camino. Huelva

Introducción:

Las Redes Atencionales es una propuesta integradora realizada por Posner y Fan sobre las diversas concepciones de la atención. Defiende que las diferentes manifestaciones atencionales son producidas por un sistema modular compuesto por tres redes (Alerta, Orientación y Ejecutiva). Cada una de ellas se encargaría de funciones atencionales distintas y asociadas a áreas cerebrales específicas. Además existen evidencias de la importancia de la red Ejecutiva en diversas patologías clínicas y subclínicas. La tarea de Flancos es la tarea más frecuentemente utilizada para evaluar esta red. Estas tareas permitirían una exploración anatomofuncional de poblaciones clínicas y subclínicas como en el caso del TDAH, Superdotación o discapacidad Intelectual.

Objetivos: relacionar los diferentes índices en las tareas atencionales con el nivel de CI y el diagnóstico de TDAH.

Diseño: transversal.

Emplazamiento: Atención Primaria.

Material y Métodos:

Participarán 80 niños (7.9 ±1.5 años), diestros, agrupados por dos factores: TDAH y nivel de CI. Se controlarán factores conductuales a través del EDAH y el CBCL, y el nivel de CI a través del WISC IV y el Tony-2. Todos los TDAH se encuentran medicados con Metilfenidato u homólogo.

Se establecerán tres grupos sub-clínico (niños con diagnóstico de TDAH, Alto (CI>125) y Bajo (CI<75) y un cuasicontrol (niños sin trastornos conductuales y con CI: Medio 104-114). Las VD registradas serán las latencias de respuesta y los TR.

La prueba que se utilizará será "Ángeles y Demonios", programada en DMDX4 y constituida por varias tareas atencionales: respuesta motora simple, de identificación, selección taquistoscópica, efecto Simon, Stroop, de flancos, go/no go y tareas de mediación de claves.

Se describirá la población de estudio mediante el cálculo de las frecuencias y las medidas de tendencia central y de dispersión para variables de interés relacionadas con el objeto de estudio. Se compararán dichas medidas entre los niños y niñas usando los tests de Chi-cuadrado y t-Student para identificar posibles diferencias entre los tres grupos cuasicontrol y el grupo TDAH en los índices de Atención. Se realizarán pruebas de covarianza y correlación de Pearson para los factores CI y rendimientos en las tareas. Se creará un modelo de regresión lineal con las variables potencialmente confusoras, para identificar su efecto sobre las variables dependientes (CI total de los niños y puntuación en los dominios del test WISC-IV así como cada uno de los índices calculados a través de la prueba "Ángeles y Demonios"). Limitaciones: muestra y datos clínicos insuficientes, cuestionarios incompletos.

Aplicabilidad: facilitar el diagnóstico de TDAH, ya que actualmente es un proceso de inferencia donde a partir del comportamiento informado por los familiares, encontraríamos los signos que permitan su diagnostico según DSM-IV o CIE-10.

Aspectos ético-legales: Ley de autonomía del paciente 41/2002. Ley orgánica 15/1999, de protección de datos de carácter personal. Ley general de sanidad 1986, artículo 10: Carta de derechos y deberes de usuarios, apartados 5 y 6: derecho a información y consentimiento. Código Deontológico 1999.

Palabras clave: TDAH, Redes Atencionales, Cociente Intelectual.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN ORAL

Prevalencia de EPOC en mujeres en atención primaria

Medero Canela R[1], López González J[2], Macías Beltrán I[1], Domínguez Teba AJ[3], Pedregal González M[4]

[1] *Médico Residente de 4º año de MFyC. CS El Torrejón. Huelva*

[2] *Médico Residente de 4º año de MFyC. CS Cartaya. Huelva*

[3] *Médico Residente de 4º año de MFyC. CS Luis Taracido. Bollullos Par del Condado (Huelva)*

4 Médico de Familia. Técnico Unidad Docente MFyC. Huelva

Introducción:

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) constituye un importante problema de Salud Pública. Sus principales factores de riesgo son el hábito tabáquico y el envejecimiento.

Se han realizado múltiples estudios en hombres, pero son escasos en mujeres. Estudios de relevancia cifran la prevalencia de EPOC en mujeres en torno al 5.9%, siendo más alarmante el infradiagnóstico en ellas en torno al 86%.

La mayor tendencia al tabaquismo en mujeres en las últimas décadas sumado a su mayor longevidad producirán una tasa ascendente de EPOC.

Esto plantea la necesidad de obtener una visión real del problema en Atención Primaria para tomar las decisiones clínicas y terapéuticas oportunas así como para plantear futuras intervenciones que ayuden a mejorar la situación actual.

Objetivos: determinar la prevalencia de EPOC en mujeres mayores de 40 años y el infradiagnóstico. Describir su perfil clínico. Relacionar la EPOC con diversos factores clínicos, sociodemográficos o relacionados con hábito tabáquico.

Diseño: estudio observacional descriptivo de prevalencia.

Emplazamiento: Atención Primaria.

Material y Métodos:

Sujetos de estudio: mujeres entre 40 y 80 años adscritas a un Centro de Salud Urbano. Se realizará valoración individual con recogida de datos y realización de espirometría.

Criterios de inclusión: edad mayor o igual a 40 años, mujeres, fumadoras o exfumadoras, que accedan a completar el estudio. Criterios de exclusión: menores de 40 años, hombres, sin hábito tabáquico, imposibilidad para realizar espirometría.

Se ha calculado el tamaño muestral asumiendo prevalencia 6%, precisión 4% y sumando 20% por posibles pérdidas, con muestra final de 164. Se seleccionará muestra aleatoria.

Variables: Dependiente: diagnóstico de EPOC mediante espirometría (positivo si tras prueba de broncodilatación FEV1/FVC < 0.70).

Independientes: sociodemográficas (edad, nivel educativo…), relacionadas con hábito tabáquico (número de cigarrillos diarios, años fumando, exfumador…), clínicas (diagnóstico previo y grado de EPOC, patología concomitante, tratamiento, reagudizaciones e ingresos al año, sintomatología clínica, grado de EPOC según espirometría...)

Análisis: Medidas descriptivas para estudio descriptivo (media, desviación típica y porcentajes según variables). Inferencia estadística usando test de contraste de hipótesis (chi cuadrado o test de t Student según variables) para estudiar relaciones, realizando estudio bivariante. Se comprobarán condiciones de aplicabilidad. Los intervalos de confianza se construirán al 95% y los valores de p serán considerados estadísticamente significativos cuando sean iguales o inferiores a 0.05

Limitaciones: pueden existir pacientes que no accedan a participar o que den datos erróneos por el posible tabú que aún existe sobre la enfermedad en mujeres y la limitación que pueda existir en la realización de la técnica.

Aplicabilidad: el estudio permitirá conocer la situación real de la EPOC en mujeres de nuestro medio, tanto la prevalencia como el infradiagnóstico, para así poner en marcha el procedimiento clínico y terapéutico necesario. Además establecerá bases para desarrollar en el futuro estudios de intervención adecuados.

Aspectos ético-legales: se solicitará aprobación por el Comité Ético de Investigación Clínica y se obtendrá Consentimiento Informado. Se aplicarán los principios éticos de investigación recogidos en la declaración de Helsinki, se respetará la confidencialidad siguiendo la Ley de Protección de Datos y la autonomía del paciente siguiendo la Ley de Autonomía.

Palabras clave: Prevalencia, EPOC, mujeres.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN ORAL

Estudio cualitativo de los factores implicados en el incumplimiento terapéutico en pacientes tratados con antidepresivos en un cupo médico de atención primaria

Guillén Megías AL[1], Olea González AC[2]

[1] *Médico de Familia. CS Benahadux. Almería*

[2] *Médico de Familia. CS Almería Centro. Almería*

Introducción: el incumplimiento terapéutico supone el principal problema sanitario hoy en día; el 50% de los pacientes presentan problemas de incumplimiento farmacológico. Se pueden diferenciar cuatro perspectivas: médico, paciente, familia y sociedad. Se describen múltiples factores implicados. Existe un déficit en la literatura de estudios que aborden la perspectiva del paciente.

Objetivos: realizar una valoración cualitativa de los factores relacionados con el incumplimiento terapéutico farmacológico en pacientes con diagnóstico de depresión y tratamiento con antidepresivos, que presenten test de Morinski-Green positivo, en un cupo médico de Atención Primaria.

Diseño: Descriptivo Transversal y Metodología Cualitativa con Grupos Focales.

Emplazamiento: Centro de Salud AP.

Material y Métodos:

-Selección: pacientes del cupo de 3 consultas médicas:

• Edad entre 20 y 70 años

• En tratamiento con uno o más tratamientos antidepresivos de más 6 meses de duración, con respuesta favorable al tratamiento.

• Consentimiento informado positivo.

-Criterios de inclusión: Test de Morinsky-Green positivo.

El cuestionario se aplica a los pacientes seleccionados del cupo de 3 consultas médicas, hasta un total de 106 pacientes incumplidores incluidos, calculado el tamaño muestral mediante estimación de parámetros.

-Criterios de exclusión:

• Comorbilidad psiquiátrica o seguimiento por Salud Mental de más de 5 años.

• Deterioro cognitivo.

• Situación de dependencia.

• Consentimiento informado negativo.

-Tipo de estudio: incluidos 106 pacientes bajo estos criterios de inclusión se aplica un estudio cualitativo en 2 fases:

1- Fase descriptiva-transversal: análisis de las siguientes variables principales en la población seleccionada:

• Número de patologías médicas o psiquiátricas.

• Tipo de diagnóstico.

• Número de fármacos utilizados, antidepresivos o de otro tipo.

• Tipo de fármaco antidepresivo, posología utilizada, y tiempo de tratamiento

• Número y tipo de efectos adversos relacionados con antidepresivo.

• Análisis de las variables secundarias demográficas.

2-Fase Cualitativa: formación de grupos focales de discusión: se realiza un estudio cualitativo para conocer las opiniones y vivencias de los pacientes incumplidores con respecto al problema en grupo de discusión: conversación planeada guiada por un moderador, a partir de un guión no rígido.

Aplicabilidad: el incumplimiento terapéutico y sus factores asociados constituyen un ejemplo paradigmático del fallo del modelo biomédico tradicional para explicar el proceso de enfermedad; el análisis más efectivo del problema incluye un doble abordaje cuantitativo y cualitativo, dada la riqueza multifactorial del problema.

Aspectos ético-legales:

Diseño de documento de consentimiento informado de acuerdo con Comité Ético.

Se proporciona al médico la hoja de recogida de datos demográficos y el test, y hoja de consentimiento.

Se seguirán las Guías de Buena Práctica Clínica recomendadas.

Palabras clave: compliance, antidepressants, qualitative research.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

Cribado, en Atención Primaria, de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica mediante dispositivos portátiles de medición de la función pulmonar

Cobos Bosquet C[1], Carrera Moyano B[1], Oria Segura E[2], Ibancos Arnaldos JMª[3], Fernández Gómez P[4], Carricondo Avivar MªM[5]

[1] *Médico de Familia. CS Nuestra Señora de la Oliva. Alcalá de Guadaira (Sevilla)*

[2] *Facultativa. CS San Juan de Aznalfarache (Sevilla)*

[3] *Facultativo Especialista. CS Nuestra Señora de la Oliva. Alcalá de Guadaira (Sevilla)*

[4] *Médico Residente de MFyC. CS Doña Mercedes. Dos Hermanas (Sevilla)*

[5] *Médico Residente de MFyC. CS Príncipe de Asturias. Utrera (Sevilla)*

Introducción:

La EPOC es una enfermedad crónica, compleja, multicompetente y progresiva, caracterizada por la limitación crónica al flujo aéreo poco reversible. Causada, fundamentalmente, por la inhalación de humo de tabaco. Sus síntomas principales son: disnea, tos y expectoración.

Su prevalencia es del 10.2% en adultos de 40 a 80 años, siendo la cuarta causa de muerte en los países de nuestro entorno.

Es un proceso con alta morbimortalidad y nivel de infradiagnóstico muy elevado, en un problema de salud pública de gran magnitud.

Se estima que el 73% de los pacientes no están diagnosticados (1.595.000 españoles) y, consecuentemente sin tratamiento.

Es estrictamente necesario el cribado de pacientes de riesgo de EPOC en Atención Primaria y es básica la realización de espirometrías de calidad en nuestro medio.

La EPOC cumple los criterios de la OMS para el cribado poblacional: alta prevalencia, modificación de hábitos tras el diagnóstico y mejora del pronóstico con tratamiento precoz.

La existencia de sistemas portátiles, económicos y sencillos, que miden parámetros respiratorios seleccionados, la manejabilidad de los dispositivos y el poco tiempo necesario para la realización de las maniobras los convierten en un método muy útil para el cribado de pacientes con alto riesgo de EPOC en las consultas de Atención Primaria.

Objetivos: mejorar la capacidad de diagnóstico de la EPOC en el ámbito de la Atención Primaria.

Diseño:

-Captación oportunista guiada por síntomas.

-Cop-6 + Espirometría.

-Análisis estadístico.

Emplazamiento: Centro de Salud de Atención Primaria.

Material y Métodos:

Población:

-Mayores de cuarenta años, fumadores o ex fumadores que presenten síntomas respiratorios.

Tamaño de muestra.

-Para un intervalo de confianza del 95%, sensibilidad y especificidad del 95%, precisión del 5%, para una población estimada de 690 pacientes EPOC, deben revisarse 67 pacientes EPOC y 67 pacientes no EPOC.

Mediciones.

-Copd-6 (VitalograghR):

Flujo espiratorio forzado primer segundo.
Capacidad vital forzada en seis segundos.
Cociente entre ambos.

-Espirómetro:

Flujo espiratorio forzado primer segundo.
Capacidad vital forzada.
Cociente entre ambos.

Análisis estadístico.

-Clasificados como EPOC/no EPOC se analiza la fiabilidad del método calculando el grado de concordancia con la espirometría forzada mediante el coeficiente Kappa de Cohen. Para valorar el método como prueba de referencia se mide sensibilidad, especificidad, valores predictivos y razones de verosimilitud del diagnóstico.

Aplicabilidad: La utilización de dispositivos portátiles sencillos facilita el diagnóstico precoz de EPOC dado el escaso tiempo necesario para su realización. En centros con poca disponibilidad de medios (espirómetro), tiempo y/o personal, podría ser utilizado como método de diagnóstico y seguimiento.

Aspectos ético-legales: Consentimiento informado. Confidencialidad. Observación de la declaración de Helsinki. Autorizado la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios con referencia JAI-EPO-2013-01 y por el Comité de Ética de la Investigación Sevilla Sur.

Palabras clave: Spirometry, Bronchitis, chronic, Emphysema.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

Prevalencia de la sobrecarga en personas cuidadoras en Atención Primaria y relación con trastornos ansioso-depresivos, dolor crónico y consumo de fármacos

Reis Capitao JF[1], Díaz Alfaro MªC[1], Pedregal González M[2]

[1] *Médico Residente de 4º año de MFyC. CS Adoratrices. Huelva*

[2] *Médico de Familia. Unidad Docente de Huelva*

Introducción: el "síndrome del cuidador" se caracteriza como el conjunto de problemas físicos, psicológicos o emocionales experimentados por una persona que realiza tareas de cuidado. La sobrecarga sentida del cuidador repercute negativamente en su salud, habiéndose descrito mayores grados de ansiedad y depresión en ellos.
Objetivos: determinar la prevalencia del síndrome de la sobrecarga del cuidador. Relacionar la sobrecarga que presenten con la presencia de trastornos ansioso-depresivos, dolor crónico y consumo de fármacos, con el apoyo social percibido y grado de función familiar. Relacionar el grado de dependencia del paciente cuidado, su deterioro cognitivo y la existencia o no de sintomatología depresiva, con el grado de sobrecarga del cuidador.
Diseño: observacional descriptivo.
Emplazamiento: Atención Primaria.
Material y Métodos: cuidadores de pacientes dependientes pluripatológicos de un cupo de un centro de salud urbano. Criterios de exclusión: negativa a participar, ser remunerado, pacientes ingresados en un centro sociosanitario o sin cuidador formal.
-Variables del estudio:
A. Paciente cuidador:
• Síndrome de la sobrecarga del cuidador.
• Enfermedad ansioso-depresiva.
• Dolor crónico.
• Valoración del apoyo social.
• Valoración de la función familiar.
• Consumo de fármacos ansiolíticos, analgésicos y antidepresivos.
• Variables sociodemográficas.
B. Paciente dependiente:
• Valorar grado de dependencia.
• Valorar el grado de capacidad para realizar actividades instrumentales.
• Valorar grado de deterioro cognitivo.
• Valorar existencia de sintomatología de depresión geriátrica.

-Análisis de datos:
• Variables cuantitativas: Se calculará la media y la desviación típica de cada variable.
• Variables cualitativas: Se calcularán y mostrarán los resultados en porcentajes.
Se analizará la prevalencia del síndrome de la sobrecarga del cuidador mediante un porcentaje y su intervalo de confianza al 95%. Por otro lado, los demás objetivos, se analizarán mediante ji-cuadrado. Las variables cuantitativas de analizarán mediante comparación de medias con el test de la t para muestras independientes. Se realizará un análisis multivariante mediante regresión logística binaria siendo la variable dependiente la sobrecarga del cuidador.
-Limitaciones del estudio: dada la edad avanzada de los pacientes dependientes, la posibilidad de perder gran parte de la muestra a lo largo del estudio. Por otro lado, dado que la captación de nuestra muestra se hará en consulta mediante la identificación en ese momento del rol de cuidador, existe la posibilidad de no recogida real del total de número de cuidadores. También habrá situaciones en las cuales no se podrá pasar algún test a los dependientes y los que tendrán que realizar esos test serán los cuidadores.
Aplicabilidad: valorar la atención a pacientes crónicos y cuidadores en Atención Primaria.
Aspectos ético-legales: todos los cuidadores y pacientes dependientes firmarán un consentimiento informado. Ley Orgánica 15/1999, de 13 de Diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. Artículo 8: Datos relativos a la salud. Ley 41/2002, de 14 de Noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Ley 39/2006, de promoción de la autonomía y atención a las personas en situación de dependencia. Principios generales de ética: beneficencia, ausencia de maleficencia y justicia. Protocolo de investigación aprobado por un Comité de Ética.
Palabras clave: cuidador, sobrecarga, dependencia.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

Incidencia de Accidente Cerebro Vascular (ACV) en una cohorte de pacientes con fibrilación auricular (FA) y sus características clínicas

Soriano Arroyo R[1], Kosaka Zanabria LV[1], Navarrete Espinosa C[2]

[1] *Médico Residente de MFyC de 4° año. CS Federico del Castillo. Jaén*

[2] *Médico de Familia. Unidad Docente de MFyC. Jaén*

Introducción: la FA es la arritmia cardíaca más frecuente en nuestro medio y es la patología que con más frecuencia se asocia a ACV isquémico. Además estas entidades provocan incapacidad, muerte y consumen importantes recursos económicos y sanitarios.

Objetivos: Principal: Conocer la frecuencia de ACV en pacientes con fibrilación auricular. Secundarios: Evaluar los factores de riesgo, factores sociodemográficos y forma de presentación clínica asociada al ACV y FA.

Diseño: estudio de cohortes y casos-controles anidados en una cohorte.

Cohorte: Pacientes atendidos en urgencias hospitalarias durante el año 2013 con diagnóstico de FA, serán seguidos durante un año desde la consulta de urgencias. Casos-control anidado: Se identificarán como casos los pacientes que desarrollen un ACV en el seguimiento y se emparejaran con dos controles de similares características.

Emplazamiento: hospital de tercer nivel y centros de salud.

Material y Método:

Sujetos-cohorte: pacientes atendidos en urgencias hospitalarias con diagnóstico de FA. Sujetos-casos-controles: Casos: pacientes con diagnóstico de ACV en la historia clínica durante el seguimiento. Controles: de los pacientes con FA de la cohorte inicial se seleccionaran dos controles por cada caso, con el requisito de no haber sufrido ACV en el período de seguimiento. Criterios de inclusión: pacientes con diagnóstico de fibrilación auricular paroxística, persistente o permanente codificados en el sistema informático. Criterios de exclusión: Pacientes con FA que además sufran un síndrome coronario agudo; embarazadas.

Muestra: Si hubiera más de 300 pacientes con FA, aleatoriamente se seleccionarán 250 para su seguimiento (precisión-5%, proporción ACV en pacientes con FA-20,4%; estudio Esfinge-2012). Mediciones, intervenciones y análisis: Programa estadístico R-commander. Nivel de significación ≤0.05. Comprobación de la normalidad de los datos (Shapiro-Wilk). Análisis descriptivo, frecuencias para variables cualitativas y media más desviación típica para cuantitativas. Para comparar grupos de casos y controles en el caso de variables cualitativas se analizarán mediante la prueba de la X2 (o el test de Fisher). En el caso de comparación de medias se utilizará la prueba T de Student (U de Mann Whitney si no hay distribución normal). Se calculará la incidencia de ACV en la cohorte y la Odds Ratio de padecer ACV en pacientes con FA mediante regresión logística multivariante. Variables: Sociodemográficas (edad, sexo, raza), presentación clínica (palpitaciones, disnea, dolor torácico, debilidad, síncope, insuficiencia cardíaca) factores de riesgo (hipertensión, diabetes, hiperlipemia, tabaco, hipertiroidismo, cardiopatía isquémica, cardiopatía estructural, ACV, bronquitis crónica); Otros (fármacos: antiarrítmicos, anticoagulantes, CHAD-VASC2, HAS-BLED, clasificación de FA). Limitaciones: Sesgo de selección: no codificación en el sistema informático del diagnóstico de FA. Sesgo de información: historias clínicas incompletas. Puede haber pacientes controles que posteriormente se trasformen en casos (se analizaran en ambos grupos).

Aplicabilidad: estudiar los factores de riesgo asociados de ACV en pacientes con FA en nuestro medio para disminuir su morbi-mortalidad y mejorar su calidad de vida.

Aspectos ético-legales: el protocolo se ha enviado al Comité de Ética de la Investigación.

Palabras clave: atrial fibrillation, stroke, risk factors.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

¿Capacidad funcional y anticoagulación oral en el medio rural?

Clavero Muñoz EM[a1], Jiménez Liébana M[a]R[2], Fernández Pérez M[a]C[2], Valverde Bolívar FJ[3], Navarrete Espinosa C[4]

[1] *Enfermera. Consultorio de Torres. Torres. Jaén*

[2] *Enfermera. CS Mancha Real. Mancha Real. Jaén*

[3] *Médico de Familia. Unidad Docente. Jaén*

[4] *Médico de Familia. Unidad Docente/CS Mancha Real. Mancha Real. Jaén*

Introducción:

La anticoagulación oral ha demostrado eficaz en la prevención de la enfermedad tromboembólica. La mayoría de los pacientes se siguen en atención primaria. Los fármacos antivitamina k se monitorizan a través del INR y las oscilaciones generan consultas y también exponen a los pacientes a riesgos. La capacidad funcional puede influir en ese control.

Objetivos:

Principal: conocer el grado de control mediante el INR medio de los pacientes incluidos en el programa de aco capilar

Secundarios: describir la influencia del grado de dependencia en el control del INR, conocer perfil clínico de los pacientes incluidos en el programa, conocer la influencia del cuidador en el INR.

Diseño: estudio transversal descriptivo. Incluidos todos los pacientes del programa de anticoagulación oral capilar del centro de salud. Recogida de datos del 1 de octubre de 2013-1 de abril de 2014.

Emplazamiento: Centro de Salud rural.

Material y Métodos: seleccionamos todos los pacientes incluidos en el programa de anticoagulación oral del centro de salud. Se recogerán las siguientes variables:

*Variable dependiente: INR medio en los últimos 6 meses, calculando INR/nº de mediciones en 6 meses con el dispositivo MicroINR.

*Variables independientes:

-Demográficas: Edad, Sexo.

-Clínicas: Indicación de AO (fibrilación auricular, prótesis valvular, embolismo pulmonar, otros). Diagnósticos médicos. Diagnósticos enfermeros. Número de consultas de enfermería y medicina relacionadas con la anticoagulación. Eventos hemorrágicos x 6 meses (tipo). Número de eventos hemorrágicos.

-Presencia de cuidadora o no; formal o no.

-Dependencia: a través del cuestionario Barthel incluido en aplicación informática DIRAYA, como variable cuantitativa.100 para pacientes independientes y menor de 100 para pacientes dependientes.

-Como variable cualitativa categórica: de 90 a 99 dependiente leve, de 60-90 dependiente moderado, de 20-60 dependiente severo, de 0-20 dependiente total.

-Número de fármacos/día. Familia terapéutica.

-Dosis/semana anticoagulante.

Criterios de inclusión:

Pacientes mayores de 18 años.

Los pacientes incluidos en el proceso anticoagulación capilar oral en tratamiento con acenocumarol o warfarina, con al menos tres controles de INR en los 6 meses.

Criterios de exclusión: Embarazadas.

Se utilizará el programa estadístico R. Se comprobará la normalidad de los datos mediante el Test de Shapiro-Wilk. Se realizará un análisis descriptivo de las variables. Para variables cualitativas, se obtendrá su distribución de frecuencias y se presentará el diagrama de barras y/o el diagrama de sectores. Para las variables cuantitativas se obtendrán mínimo, máximo, media, mediana y desviación típica y se va a representar con histograma y diagrama de cajas.

Análisis bivariante: En variables cualitativas mediante la prueba χ^2 (o el test de Fisher). Para comparar medias, utilizaremos la prueba T de Student (o la U de Mann Whitney si no hay distribución normal) o Análisis de la Varianza (ANOVA) si hay más de grupos de comparación (Kruskall Wallis si no siguen una distribución normal. Se creará un modelo de regresión lineal multivariante para valorar la influencia de las variables del estudio sobre el INR.

Limitaciones: sesgo de información, no registro en el la historia. Tampoco podremos realizar una inferencia causal, aunque sí plantear futuras investigaciones.

Aplicabilidad: valorar los pacientes anticoagulados, para planes de mejora. Identificar si los pacientes más dependientes presentan un peor control del INR.

Aspectos ético-legales: enviado al Comité de Ética.

Palabras clave: anticoagulación oral, dependencia, capacidad funcional.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

Evaluación del conocimiento y manejo del Proceso Asistencial Integrado de Cáncer de Cérvix en mujeres entre 40 y 50 años entre los médicos de familia de un centro de salud urbano

Santos Pestaña E

Médico Residente de 4º año de MFyC. CS Adoratrices. Huelva

Introducción: el cáncer cervical uterino es el segundo tipo de cáncer más común en las mujeres, principalmente en las sexualmente activas, existiendo evidencia consistente de que está relacionado con la infección por el virus del papiloma humano (VPH). El VPH se detecta en más del 99% de los cánceres, y representa la infección de transmisión sexual más frecuente. Este estudio evaluará la actuación de los médicos de familia sobre el Proceso Asistencial Integrado (PAI) de Cáncer de Cérvix.

Objetivos: describir la aplicación de las pautas a seguir que indica el PAI Cáncer de Cérvix por parte de los médicos de familia en una muestra de mujeres entre 40 y 50 años (objetivo principal); y determinar la prevalencia de citologías anómalas en dichas mujeres (objetivo secundario).

Diseño: estudio observacional descriptivo transversal.

Emplazamiento: Atención Primaria.

Material y Métodos: los sujetos de estudio son mujeres entre 40 y 50 años de un centro de salud urbano. Se calculó el tamaño de la muestra, considerándose una prevalencia del 50%, un nivel de confianza del 95% y una precisión del 5%, por lo que n=384. Se realizará un muestreo aleatorio para la selección de las participantes. Se excluirán a aquellas mujeres que no tengan abierto el Proceso "Cáncer de Cérvix". Las variables que se estudiarán son: Registro en Diraya de citología realizada en los 3 últimos años, edad, si el intervalo de tiempo transcurrido desde la citología previa registrada en Diraya es correcto, existencia de lesiones en cérvix uterino y estadio, si la actitud que se ha seguido en caso de tener alguna citología anormal es la correcta según el PAI. Los datos se recogerán a partir de la información registrada en las historias clínicas de Diraya, cumplimentándose una hoja de recogida de datos. Las variables cualitativas se analizarán mediante porcentajes y se usará la media y la desviación típica para las cuantitativas. Se calcularán intervalos de confianza al 95%, y en todos los casos se verificarán las condiciones de aplicación. La principal limitación que puede surgir es la ausencia de datos registrados en Diraya. Además, ya que se estudiarán las variables a través de los datos registrados, no será posible establecer ninguna secuencia temporal ni relación causal.

Aplicabilidad: en caso de encontrarse deficiencias con la realización de este estudio, se planteará realizar intervenciones con la finalidad de solventarlas (formación continuada, revisión del PAI, etc.).

Aspectos ético-legales: se seguirán los principios de la Declaración de Helsinki, se respetará la Ley de Protección de Datos y la Ley de Autonomía del paciente. El estudio se enviará para la valoración por parte del Comité de Ética correspondiente.

Palabras clave: conocimiento (knowledge), cáncer de cérvix (cervical cancer), centro de salud (health center).

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

Prevalencia de pie diabético en pacientes con Diabetes Mellitus con comorbilidad asociada en un Área Sanitaria

Martín González FM[1], Titos Herrera RM[2], García Villena J[3]

[1] *Médico Residente de 3er año de MFyC. CS Vélez Norte. Málaga*
[2] *Médico Residente de 3er año de MFyC. CS Algarrobo. Málaga*
[3] *Médico Residente de 3er año de MFyC. CS Torre del Mar. Málaga*

Introducción: dada la importancia que tiene en nuestros tiempos la Diabetes Mellitus en Atención Primaria desde el punto de vista epidemiológico debido a su alta prevalencia e incidencia en la calidad de vida del paciente, se pretende profundizar en una de las complicaciones más importantes que causa gran morbilidad a nuestros pacientes.

Objetivos: analizar cuál es la prevalencia de pie diabético en pacientes que presentan comorbilidad asociada a su diabetes en el área sanitaria.

Diseño: estudio observacional descriptivo de prevalencia que abarca los Centros de Salud del Área Sanitaria entre el periodo comprendido entre Junio 2014 y Noviembre 2015.

Emplazamiento: Atención Primaria. Área Sanitaria.

Material y Métodos: se incluyen 442 pacientes adultos diagnosticados de Diabetes Mellitus previo consentimiento informado de participación. Se realizará un muestreo aleatorio estratificado. Se realizará un examen clínico detallado y cuestionario a cada paciente. Posteriormente se llevará a cabo el análisis descriptivo de las distintas variables.

Aplicabilidad: dado el aumento de la prevalencia y coste socio-sanitario que tiene en nuestros tiempos la Diabetes Mellitus, así como sus complicaciones entre las que se encuentra el pie diabético, es esencial tener un buen seguimiento de la población en mejora de la salud pública. El objetivo principal de nuestro estudio es conseguir una buena concienciación del paciente y con ello mejorar los datos estadísticos para la aparición de menores recidivas y una mejor evolución y pronóstico de la patología en aras de disminuir la morbimortalidad.

Aspectos ético-legales: todos los pacientes firmarán un consentimiento informado donde se expone el anonimato y confidencialidad de los datos obtenidos de acuerdo con el Art.5 de la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal. Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses en la elaboración y revisión del protocolo.

Palabras clave: pie, diabético, prevalencia, diabetes.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

Estudio del estado nutricional y hábitos de vida de la población escolar

Garrido Moyano F[1], Ruíz Pérez de la Blanca M[2], Jiménez González EM[a3], Valverde Prados A[4], Ortega Gutiérrez R[5], Garrido Moyano AE[6]

[1] *Médico Residente de 3er año de MFyC. CS Almanjáyar. Granada*

[2] *Médico Residente de 3er año de MFyC. CS Gran Capitán. Granada*

[3] *Médico Residente de 3er año de MFyC. CS La Chana. Granada*

[4] *Médico Residente de 1er año de MFyC. CS La Chana. Granada*

[5] *Médico Residente de 3er año de MFyC. CS La Cartuja. Granada*

[6] *Enfermera. CS Almanjáyar. Granada*

Introducción: desde 1980, se ha más que duplicado en todo el mundo las cifras de sobrepeso y obesidad, siendo el quinto factor principal de riesgo de defunción en el mundo. Cada año fallecen por lo menos 2,8 millones de personas adultas como consecuencia de ello. Además, el 44% de la carga de diabetes, el 23% de la carga de cardiopatías isquémicas y entre el 7% y el 41% de la carga de algunos cánceres son atribuibles al sobrepeso y la obesidad.

Los efectos adversos y los riesgos de la obesidad para la salud en etapas tempranas de la vida incluyen a corto plazo tanto problemas físicos como psicosociales. Estudios longitudinales sugieren que la obesidad infantil, después de los tres años de edad, se asocia a largo plazo con un mayor riesgo de obesidad en la edad adulta y con un aumento en la morbilidad y mortalidad, persistencia de los trastornos metabólicos asociados, un aumento del riesgo cardiovascular y de algunos tipos de cáncer.

Objetivos: describir el perfil fenotípico de la población escolar pertenecientes a cinco centros de salud (CS) de la provincia de Granada, conocer su estilo de vida y la imagen corporal de sí mismos.

Específicos. (1) Estimar el porcentaje de obesos. (2) Identificar las pautas de alimentación y de ejercicio que realizan los escolares. (3) Explorar la imagen corporal del niño hacía sí mismo así como la del progenitor hacia su respectivo.

Diseño: estudio epidemiológico descriptivo, observacional de diseño transversal sobre una muestra de base poblacional.

Emplazamiento: Atención Primaria, multicéntrico. Cinco centros de salud del área de Granada.

Material y Métodos:

* Población: Población escolar de edad comprendida entre los 6 y 14 años.

* Mediciones:

(1) Perfil fenotípico: peso, talla, percentil de índice de masa corporal.

(2) Datos sociodemográficos: edad, sexo, etnia a la que pertenecen.

(3) Estilo de vida: encuesta sobre hábitos de vida (nutrición, actividad física, nivel socioeconómico).

(4) Autoimagen: escala CBICI.

Aplicabilidad: respecto a la utilidad en la práctica clínica, el presente proyecto, pretende conocer el estado nutricional así como los hábitos de vida de la población escolar y su posible relación con la etnia a la que pertenece, nivel socioeconómico, grado de actividad física, con el desarrollo de obesidad en la infancia.

El objetivo final de este proyecto es llevar a cabo estrategias de intervención en esta población que fomenten estilos de vida saludables.

Aspectos ético-legales: este proyecto está pendiente de ser validado por el comité de Ética de la Investigación de Centro de Granada (CEI-Granada). En la consideración de la normativa vigente sobre ética en investigación, en este proyecto y de acuerdo a sus objetivos y cuestiones metodológicas, se tendrá especial consideración a: consentimiento informado, confidencialidad y procedimientos legales relacionados con el uso de datos sanitarios en sistemas de información y la obligación de protección de datos.

Palabras clave: Primary care, Habits of life, Childhood obesity.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

Importancia del diagnóstico de la disfunción tiroidea en las gestantes

Ávila García NS[1], Ayas Sánchez ÁMª[1], Luna Carretero MªI[2], Espina Rodríguez N[2], López Barroso M[3]

[1] *Médico Residente de 4º año de Medicina Familia y Comunitaria. CS Colonia Santa Inés-Teatinos. Málaga*

[2] *Médico Residente de 3er año de MFyC. CS Colonia Santa Inés-Teatinos. Málaga*

[3] *Médico Residente de 4º año de MFyC. CS Tiro Pichón. Málaga*

Introducción: el normofuncionamiento tiroideo es esencial en cualquier etapa de la vida incluida la gestación, ya que hasta la semana 10-12 de gestación el aporte de hormonas tiroideas es exclusivamente materno. La disfunción tiroidea materna se asocia a mayor morbilidad materna y perinatal; complicaciones obstétricas como infertilidad, aborto, CIR, prematuridad, eclampsias y repercusiones en la prole (aumenta el riesgo de disminución en el desarrollo neuropsicológico). En España, la prevalencia de disfunción tiroidea durante la gestación oscila entre 5%-10%.

Objetivos: determinar la prevalencia de disfunción tiroidea durante la gestación.

Diseño: estudio observacional descriptivo prospectivo multicéntrico.

Emplazamiento: Atención Primaria.

Material y Método:

La población de referencia está constituida por gestantes del Servicio Andaluz de Salud. Criterios de inclusión: gestantes que acudan como primera visita entre los meses de octubre-junio/2013. No hay criterios de exclusión.

Muestreo no probabilístico consecutivo.

Se realizará una entrevista estructurada en un cuestionario (antecedentes personales-familiares, sociodemográficos, obstétricos, antropométricos y analíticos (TSH, T4libre, Anti-TPO, yoduria). Posteriormente, aquellas gestantes que presenten hipotiroidismo clínico o subclínico (según los niveles de TSH definidos por la American Thyroid Association) se derivarán al servicio de Endocrinología para seguimiento e instauración de tratamiento si procede.

Se realizará un análisis descriptivo. Para variables cualitativas se analizaran frecuencias absolutas y porcentajes; para variables cuantitativas: media, mediana, moda, desviación estándar, mínimo, máximo e intervalos de confianza del 95%. Para el cálculo de la prevalencia de disfunción tiroidea se considerarán el total de gestantes con alguna disfunción tiroidea dividido por el total de gestantes participantes en el estudio (incluidas las pérdidas). El análisis bivariante de las variables cuantitativas se realizará mediante la T-student; para variables cualitativas la Chi-cuadrado, con un nivel de confianza del 95%. Se utilizará el programa SPSS.

Limitaciones: No se incluyen las gestantes adscritas al área que opten por seguimiento privado (sesgo de selección). Sesgo de selección en caso de no poder contactar telefónicamente (un máximo de tres llamadas en diferente franja horaria); pueden existir pérdidas como consecuencia de la recogida de orina de 24horas. En el diseño muestral hemos asumido un 20% de posibles pérdidas. Sesgo de atención, pues la gestante al formar parte del estudio y tener un seguimiento más estricto puede presentar una mayor adherencia al tratamiento con suplemento de yodo de la que existe en la población real. Se intentará atenuar el sesgo del entrevistador mediante la realización de un cuestionario con discurso adaptado a diferentes niveles socio-culturales y preguntas cerradas.

Aplicabilidad: identificar los casos de patología tiroidea que permanecerían ocultos. Determinar la prevalencia de patología tiroidea proporciona mayor información para plantear la necesidad de realización de cribado poblacional. Establecer la adherencia de la población a la toma de suplementos de yodo.

Aspectos ético-legales: primer aspecto ético es la firma de consentimiento informado como requisito imprescindible para la participación en el estudio, acompañado de una hoja informativa en la que se le explicará verbalmente en qué consiste el estudio. El segundo requisito es garantizar la confidencialidad de los datos tal como exige la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos y el R.D 994/99.

Palabras clave: Hipotiroidismo, Gestante, Suplementos de yodo.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

Estudio AlcoAP: conocer para intervenir en bebedores alcohólicos de riesgo

Leiva Cepas F[1], García Cuesta D[2], Romero Rodríguez EM[a3], Parras Rejano JM[4], Fernández García FÁ[5], Pérula de Torres LÁ[6]

[1] Médico Residente de 2º años de de MFyC. Consultorio de Villarrubia. UCG Occidente. Córdoba

[2] Médico Residente de 1er año de MFyC. Consultorio de Villanueva del Rey (Córdoba)

[3] Médico Residente de 2º año de MFyC. UGC Occidente. Córdoba

[4] FEA Medicina de Familia. Consultorio de Villanueva del Rey (Córdoba)

[5] FEA Medicina de Familia. Consultorio de Villarrubia. UCG Occidente. Córdoba

[6] Técnico de Salud. Unidad Docente de MFyC. Distrito Sanitario Córdoba y Guadalquivir

Introducción: el consumo de riesgo o nocivo de alcohol es una de las primeras causas prevenibles de morbilidad y mortalidad. No existen estudios que indiquen el grado en que los profesionales de Atención Primaria (AP) conocen, actúan y practican en ellos mismos y con sus pacientes las recomendaciones preventivas en relación al consumo de alcohol.

Objetivos: evaluar los conocimientos, actitudes y prácticas de los médicos y enfermeras de Atención Primaria (AP) hacia la implementación de las intervenciones preventivas postuladas por el Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud –PAPPS- (cribado y consejo antialcohólico).

Diseño: observacional descriptivo, transversal.

Emplazamiento: Centros de Salud del Sistema Nacional de Salud.

Material y Métodos:

Población: médicos y enfermeras de AP. Para un error alfa del 5%, una precisión del 3% y una proporción del 50%, sería necesario reclutar para el estudio a 1068 profesionales. Se invitarán a participar a todos los socios de la semFYC y a los profesionales de una muestra elegida mediante muestreo estratificado por CC.AA. y tipo de centro de salud. Una vez establecida su intención de participar, cumplimentarán una encuesta on-line. Se hará una estadística descriptiva e inferencial (análisis bivariado y multivariado; $p<0,05$).

Aplicabilidad: el problema del alcohol es de una gran magnitud con enormes consecuencias en términos de morbi-mortalidad. A través de los resultados de este estudio se pretende saber los conocimientos, la actitud y el abordaje de los profesionales de AP en relación a este problema en nuestro país, aspectos bastante desconocidos, de tal forma que así se podrá recomendar a las Autoridades Sanitarias medidas de intervención para aumentar ese conocimiento, la sensibilización y la puesta en práctica de las intervenciones preventivas antialcohólicas por los profesionales de AP.

Aspectos ético-legales: el protocolo ha sido aprobado por el Comité de Ética de Investigación de Córdoba. Se solicitará consentimiento informado a los participantes así como el tratamiento de los datos de carácter personal según la LOPDCP.

Palabras clave: Consumo de alcohol, Prevención del alcoholismo, Atención Primaria.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

Prevalencia del infradiagnóstico de la EPOC. Validez de los cuestionarios elaborados por las sociedades científicas y el dispositivo COPd-6 para el diagnóstico de la enfermedad

López González J[1], Medero Canela R[2], Pedregal González M[3]

[1] *Médico Residente de 4º año de MFyC. CS Cartaya. Huelva*

[2] *Médico Residente de 4º año de MFyC. CS El Torrejón. Huelva*

[3] *Técnico de salud. Unidad Docente de MFyC de Huelva*

Introducción: la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) se trata de una enfermedad infradiagnosticada con una elevada morbimortalidad suponiendo un gran problema en la salud pública y elevado coste sanitario. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 2005 presenta 200.000.000 de personas enfermas en el mundo con más de 3.000.000 de personas fallecidas. Supuso el 5% de las defunciones totales.

Su prevalencia es del 10.2% pero va en aumento en los últimos años debido al infradiagnóstico, que según estudios españoles cifran entre el 73-78%. (IBEREPOC y EPI-SCAN).

Las sociedades científicas han desarrollado cuestionarios de aproximación diagnóstica, con una alta sensibilidad que nos pueden dar la sospecha y así comenzar con terapias empíricas para evitar su progresión. La industria farmacéutica está comercializando varios modelos de microespirómetro como el COPd6 (Vitalograph), dispositivo electrónico de bolsillo de similar uso y técnica que el espirómetro, el cual nos puede aportar una sospecha diagnóstica de enfermedad. Calculando el FEV1, FEV6 y coeficiente FEV1/FEV6.

El proyecto de investigación se centra en la determinación del infradiagnóstico dentro de un centro de salud rural, partiendo de la prevalencia registrada ya calculada en el año

2013 sobre la población a estudio y realizar una comparación de pruebas entre los cuestionarios científicos y dispositivo COPd-6 frente a la prueba de referencia que es la espirometría. Si el resultado fuera positivo permitirá diseñar la posibilidad de realizar protocolos de actuación según las guías para centros de salud que no dispongan de la prueba referente.

Objetivos: determinar la prevalencia de enfermedad pulmonar obstructiva crónica no diagnosticada en fumadores / ex fumador en edad igual o mayor de 40 años. Determinar la validez y utilidad diagnóstica de los cuestionarios científicos y el dispositivo COPd-6 frente a la espirometría.

Diseño:

Estudio observacional descriptivo transversal para determinar la prevalencia de EPOC no diagnosticada en población fumadora mayor o igual de 40 años.

Estudio observacional descriptivo de comparación de pruebas diagnósticas de los test científicos y COPd-6 frente a la prueba de referencia que es la espirometría.

Emplazamiento:

Dirigido a la población de un centro de salud en atención primaria.

Material y Método:

Para obtener la prevalencia en 2013 usaremos los datos de Diraya

Para el infradiagnóstico seleccionaremos una muestra representativa estimando el infradiagnóstico en un 78% con una precisión del 5% y asumiendo un 15% de pérdidas.

Criterios de inclusión:

- Edad igual o mayor a 40 años.
- Fumador.
- Ex fumador.

Criterios de exclusión:

- EPOC ya conocido o diagnosticado. Mediante revisión del programa EPOC en Diraya viendo año de diagnóstico y espirometría realizadas concluyentes.
- Fumador o ex fumador menor de 40 años.

Aplicabilidad: reproducible en cualquier centro de atención primaria que presente espirómetro.

Aspectos ético-legales: pendiente de aprobación del Comité Ético-Legal. Cumpliendo con la Declaración de Helsinki de Principios Éticos en estudio con humanos, Ley de Protección de Datos y de Autonomía del Paciente.

Palabras clave: Infradiagnóstico EPOC.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

Uso de Desogestrel para disminuir los efectos adversos de los implantes anticonceptivos

Beltrán Martínez A[1], Pérez Alonso MªC[2]

[1] *Médico Residente de 3er año de MFyC. CS Don Paulino García Donas. Sevilla*

[2] *Médico de Familia. CS Don Paulino García Donas. Sevilla*

Introducción: el implante subdérmico es un método anticonceptivo eficaz, seguro y cómodo para las pacientes. Los implantes en términos de coste-eficacia son un buen método a pesar del coste elevado para el sistema sanitario. A pesar de ello, estos presentan gran cantidad de efectos adversos como spooting, cefalea, rotura del implante entre otros. Muchos profesionales hemos podido observar alguno de estos efectos adversos y como derivados de ellos, se dan muchos casos de retiradas precoces.

La importancia de este estudio radica en investigar si la administración previa de Desogestrel (Gestágeno) durante 3 meses previos a la colocación del implante, disminuye los efectos adversos de este método, así como la tasa de retiradas precoces.

Objetivos:

General: determinar si existen diferencias estadísticamente significativas en la aparición de efectos adversos entre las mujeres que usen Desogestrel y aquellas que no lo tomen.

Específicos:

- Identificar los factores que precipitan a las mujeres de nuestro área a la retirada temprana del implante.

- Analizar la edad y paridad de las pacientes a las que se le ponga el implante y los motivos para ello.

- Identificar si los efectos adversos más comunes registrados coinciden con los de nuestra área.

- Conocer el grado de satisfacción de las mujeres.

Diseño: desde Junio de 2014 a toda mujer que acude a planificación familiar en nuestro centro de Salud y que decida colocarse el implante, se le oferta la toma de Desogestrel los 3 meses previos a la implantación. Aquellas que acepten se incluirán en un grupo y las que no acepten usar desogestrel o no completen los 3 meses se incluirán en el grupo control.

Se realizaran entrevistas telefónicas a los 3, 6, 12 y 36 meses posteriores. Se les realizarán preguntas encaminadas a saber si han presentado algún efecto adverso, grado de satisfacción del implante y si todavía es portadora. En un periodo de 3 años se espera tener una muestra en torno a 50-100 mujeres.

Emplazamiento: Atención Primaria.

Material y Método:

Sujetos: Toda mujer que se le coloque el implante en nuestro centro de salud y que acepte tomar parte del estudio.

Criterio inclusión: Mujeres mayores de 18 años y que se vayan a colocar el implante.

Análisis estadístico: Estudio primario, cuantitativo, experimental, cuasi-experimental con una cohorte en atención primaria. Se pretende comparar la frecuencia de aparición de efectos adversos del implante entre un grupo al cual se administra Desogestrel previo al implante con un grupo control.

Aplicabilidad: en el caso de obtener resultados beneficiosos se podría comenzar en la práctica diaria a administrar Desosgetrel previo al implante, así garantizando la disminución de efectos adversos y las consecuentes retiradas precoces de estos.

Aspectos ético-legales:

Toda la información se mantendrá de forma confidencial y solo las personas participantes en este proyecto de investigación tendrán acceso a la información.

A toda mujer que acepte la colocación del implante se le ofertará la posibilidad de entrar a formar parte del estudio, para su inclusión deberán leer y firmar un consentimiento informado.

No habrá remuneración alguna por ser incluido en el estudio.

Palabras clave: Contraception, Desogestrel, Implanon.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

Descripción de la concordancia clínico-patológica y satisfacción del paciente en la cirugía menor en un centro de atención primaria

Ramírez Arriola MªG[1], Salvador Gómez AJ[1], Stoisa GJ[1], Abad Vivas-Pérez JJ[2]

[1] *Médico Residente de MFyC. CS Almería Centro*

[2] *Médico de Familia. CS Almería Centro*

Introducción: la cirugía menor (CM) en atención primaria (AP) forma parte de las carteras de servicios de las diferentes comunidades en España y del plan de formación de los MIR de medicina familiar. Hay varios trabajos que avalan la eficacia de la CM en AP. A pesar de ello no se encuentra suficientemente incentivada. Además cada vez la realizan más médicos pero se utilizan técnicas menos complejas. Una forma de medir la eficacia es mediante el estudio de la concordancia anatomopatológica y clínica, valorando también la satisfacción de los usuarios.

Objetivos: describir las características de la CM en un centro de AP evaluando la concordancia anatomopatológica y clínica, la satisfacción del paciente (principales), los motivos del paciente y las complicaciones presentadas.

Diseño: descriptivo, retrospectivo.

Emplazamiento: AP.

Material y Métodos:

La población son los pacientes pertenecientes al centro de salud urbano, dentro distrito Almería que son derivados por sus médicos de familia o pediatras para realización de CM a la consulta durante el año 2013. Se incluyen a los usuarios que consultaban por lesiones tributarias de tratamiento con CM ambulatoria (lesiones benignas, no contraindicaciones de CM y aceptaban y firmaban el consentimiento informado). Se excluyen a aquellos que presentaban contraindicaciones para la CM (sospecha malignidad o complicaciones como queloides) y los que no acepten y firmen el consentimiento informado. Se calcula una muestra de 300 pacientes, según listado del proceso CM del programa Diraya.

Variables analizadas: sexo, edad, localización de las lesiones, motivo del paciente, satisfacción del mismo, tipo de intervención realizada, diagnóstico clínico, diagnóstico anatomopatológico y complicaciones. Los datos serán extraídos de la historia clínica del programa informático de CM del DIRAYA, de los informes de anatomía-patológica y mediante encuesta de satisfacción realizada por vía correo a los pacientes.

Análisis de datos: se efectuará estudio descriptivo de todas las variables, las cuantitativas con los estadísticos media y desviación típica y los cualitativos con frecuencias y porcentajes. Se realizará análisis bivariante con las variantes diagnóstico clínico previo y resultado de anatomía patológica. Se utilizará una tabla de contingencias calculándose el coeficiente Kappa. Limitaciones: no todas las técnicas de CM permiten la toma de anatomía-patológica. Las técnicas utilizada dependen mucho de la habilidad del médico que las realiza. En nuestro centro de salud se atiende a una población urbana con un alto porcentaje de mayores de 65 años. Con respecto a la encuesta de satisfacción al realizarse tiempo después puede condicionar que el paciente no recuerde los detalles de la intervención alterando los resultados de la misma.

Aplicabilidad: conocer las características de nuestra población y técnicas más empleadas por nuestros profesionales para detectar problemas e intentar solucionarlos. Detectar si la CM sigue siendo eficaz, costo-efectiva y satisfactoria incluso en nuestro medio. Esto ayudaría a aumentar en incentivo en la adquisición y mejora de esta habilidad para los médicos de familia.

Aspectos ético-legales: todos los pacientes firman consentimiento informado según documento protocolizado para tal fin. Se intenta mantener en secretos los datos del paciente.

Palabras clave: Cirugía menor, Atención primaria, satisfacción del usuario.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

Proyecto de intervención para reducir el uso de benzodiacepinas en una zona con necesidades de transformación social

Castaño Membrives F[1], López Matarín A[1], Sánchez Cañete EM[a2], Rubio Medina A[3], Larrasa Soriano S[3]

[1] Médico Residente de 2º año de MFyC. UGC Guadalquivir. Córdoba

[2] Médico de Familia. CS UGC Guadalquivir. Córdoba

[3] Médico Residente de 1er año de MFyC. CS UGC Guadalquivir. Córdoba

Introducción: las benzodiacepinas (BDZ), se han convertido en uno de los grupos terapéuticos de mayor prescripción en España. Su prescripción se inicia en más de la mitad de los casos en atención primaria. Existen intervenciones tanto a nivel de consejo breve y seguimiento individualizado, así como de intervención grupal en unidades de dependencia especializadas de drogas. La literatura no recoge ningún estudio que incorpore la intervención a nivel grupal e individual, desde Atención Primaria y en una zona de salud de especial prescripción por tratar a una población con necesidades de transformación social.

Objetivos: nuestro objetivo es diseñar un programa de intervención educacional para reducir el uso de BDZ en nuestra población. Analizar el perfil del paciente que usa BDZ. Trabajamos con la hipótesis de si un programa de intervención bien estructurado y establecido puede motivar a los pacientes hasta reducir o retirar las BZD.

Diseño: estudio descriptivo y experimental.

Emplazamiento: Unidad de Gestión Clínica en consulta médica o de enfermería.

Material y Métodos:

-Hoja de recogida de datos.

-Los pacientes incluidos se citaran a tres sesiones grupales motivacionales, educacionales. Aquellos pacientes motivados para el cambio acudirán a su médico de familia para continuar el proceso de forma individual para indicaciones. Se hará un análisis descriptivo para valorar perfil del paciente que consume el fármaco y estudio para datos apareados de abandono antes y después de intervención.

Aplicabilidad:

Población diana: todo paciente que acude por cualquier problema de salud a consulta médica o enfermera y tiene prescrito al menos una BZD.

Criterios de inclusión: mujer u hombre, 16-65 años, acepten entrar en estudio.

Criterios de exclusión: seguimiento en Salud Mental y/o algunos de los siguientes: TOC, T.depresivo Mayor, T.psicóticos, demencias Ansiolíticos o hipnóticos no barbitúricos solos.

Aspectos ético-legales: estudio anónimo, los pacientes no tienen que dar datos personales, no serán recogidos en el estudio.

Palabras clave: intervención sanitaria, dependencia BZD, motivación.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

Síndrome de Burnout en profesionales de atención primaria de un área con gran diversidad multicultural. Relación con la percepción del funcionamiento de recursos y servicios comunitarios del área

Romero Bernal Á[1], García Martín P[2], Trujillo Díaz N[2], Cordero Méndez F[3], García García M[3], Domínguez Zorrero I[3]

[1] *Médico Residente de 4º año de MFyC. CS de Moguer. Huelva*

[2] *Médico Residente de 1er año de MFyC. CS Moguer. Huelva*

[3] *Médico de Familia. CS Moguer. Huelva*

Introducción: el término Burnout hace referencia a un tipo de estrés laboral e institucional generalizado en profesionales que mantienen una relación constante y directa con otras personas, máxime cuando esa es catalogada de ayuda (médicos, enfermeros, profesores) y su origen se basa en cómo estos individuos interpretan y mantienen sus propios estadios profesionales ante situaciones de crisis. Nuestro estudio se basa en una población con gran producción agrícola fresera en los últimos treinta años lo que ha propiciado un gran desarrollo demográfico, económico y social. Durante los meses de recolección de frutas aumenta la inmigración, aunque ya es prácticamente durante todo el año. Los inmigrantes se han ido quedando a vivir en el mismo pueblo, por lo que a las consultas acuden personas de diversos países.

Objetivos: determinar su prevalencia en Atención Primaria en área multicultural. Describir la percepción de los profesionales respecto al funcionamiento de recursos y servicios de la Salud Pública. Valorar la edad, sexo, antigüedad profesional y estado civil en su prevalencia.

Diseño: estudio descriptivo transversal. Profesionales sanitarios y no sanitarios de Atención Primaria que ejercen en área multicultural.

Emplazamiento: Atención Primaria.

Material y Métodos:

Criterios de inclusión: Todos los profesionales que ejerzan en cualquiera de los tres turnos laborales, encontrándose trabajando durante el periodo de tiempo establecido y acepten la participación en el mismo mediante su consentimiento informado y que hayan trabajado durante el último año desde el inicio del trabajo. Criterios de exclusión: Todos los que no cumplan los de inclusión. Variables independientes (CESPYD): Edad, sexo, antigüedad profesional, estado civil. Variables dependientes (MBI): Síndrome de Burnout. Cuestionarios: MBI y CESPYD.

Aplicabilidad: la zona de estudio basa su economía en una agricultura fresera que precisa a numerosos inmigrantes de las más diversas nacionalidades, especialmente durante las épocas de siembra y recolección. Esta situación tiende a estabilizarse ya todo el año en esta zona. La simultaneidad de la crisis económica y la temporalidad de los inmigrantes puede confundir al esclarecer la prevalencia del síndrome. Surgirán nuevas hipótesis para mejorar el estudio, más allá de las fluctuaciones demográficas o económicas.

Aspectos ético-legales: autorización de la Comisión Ética de la Investigación. Se proporcionará el consentimiento informado por escrito a cada uno de los profesionales participantes. Se garantizará la protección de datos personales y la garantía de confidencialidad. Se respetarán los principios básicos de la bioética: beneficiencia, no maleficencia, autonomía y justicia.

Palabras clave: Burnout profesional, Organización y administración, Etnología, Educación, Economía, Epidemiología.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

Impacto de una intervención formativa sobre la calidad de la atención a pacientes con patología respiratoria crónica

Ramírez Robles R[1], Ramírez Robles CM[a2], Sánchez Mariscal D[3]

[1] *Médico de Familia. Hospital de alta resolución El Toyo. Almería*

[2] *Enfermera. Hospital Santa Ana. Motril. Granada*

[3] *Médico de Familia. CS Almanjáyar. Granada*

Introducción: la patología respiratoria crónica: enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)y asma, conllevan un importante consumo de recursos. Sobre ellas, existen acuerdos plasmados en Guías de práctica clínica (GPC) de amplia difusión. Pese a esto hay importantes diferencias entre las recomendaciones basadas en la evidencia y la realidad asistencial. El asma y EPOC siguen siendo enfermedades mal controladas a pesar de contar con recomendaciones ampliamente aceptadas y un arsenal terapéutico muy eficaz. El control se correlaciona con un mayor seguimiento de las recomendaciones de las GPC. Ha sido estudiada la escasa adherencia de los profesionales a estas recomendaciones.

Objetivos: conocer el impacto de una estrategia educativa sobre profesionales en la calidad de la atención a pacientes con patología respiratoria medida en calidad de los registros en las historias clínicas (HC) y adecuación del uso de corticoides inhalados según las recomendaciones.

Diseño: estudio cuasiexperimental.

Emplazamiento: atención primaria.

Material y Métodos:

Sujetos de estudio: dos poblaciones de estudio:

1. 150 médicos sobre los que se realizará la intervención formativa.

Criterios de inclusión: todos los médicos de un distrito sanitario.

Criterio de exclusión: no haber trabajado durante el periodo de intervención formativa o no haber continuado atendiendo a la misma población.

2. Población sobre la que se medirán los resultados de intervención: pacientes >14 años que han retirado más de un broncodilatador en 2011.

Criterios de exclusión: paciente no perteneciente al distrito por tratase de un paciente desplazado o que pertenezca a el.

Muestreo: potencia 90%, para detectar diferencias en el contraste de la hipótesis nula H0:p1=p2 mediante una prueba de McNemar, nivel de significación 5%,y según las proporciones en el grupo de referencia/experimental:1456 pacientes. El procedimiento de muestreo será estratificado por centros.

Mediciones:

-Variables dependientes: calidad de las HC: diagnóstico y espirometría registrada, inclusión del paciente en cartera de servicios, intervención sobre tabaquismo, clasificación de la enfermedad, adecuación de la prescripción, uso de corticoides inhalados según recomendaciones.

-Variables independientes:

Pacientes: edad, sexo, comorbilidades.

Médicos: edad, sexo, formación MIR, años-experiencia, tutor residentes, conocimiento de las guías, tiempo medio por consulta.

Centro: centro docente, acreditado, nº facultativos, proporción de profesionales MIR, zona de transformación social.

Análisis: medidas de tendencia central y dispersión para las variables cuantitativas; frecuencias absolutas y relativas para las cualitativas. Se utilizará el test t de Student. En caso de no normalidad: test de Mann-Whitney. Para las variables cualitativas: test de Mc Nemar. El software estadístico: SPSS19.0 y Stata12.0.

Limitaciones del estudio: negativa de los profesionales, para evitarla la formación se realizará en los centros y en horario de formación continuada. Los profesionales no participantes se analizarán por separado. Deficiencias y falta de información en las HC son inevitables e inherentes a un sistema de registro clínico de texto libre. Variabilidad entre profesionales: se solventará mediante el análisis estadístico.

Aplicabilidad: actualizar a los profesionales de la salud en patología crónica pulmonar reforzando la importancia de seguir las recomendaciones de las GPC y la buena práctica de completar la HC. Comprobar si la práctica formativa se traduce en una mejor práctica clínica, con un mejor control de nuestros pacientes con patologías respiratorias y a un menor número de agudizaciones.

Aspectos ético-legales: los participantes en la formación lo harán voluntariamente, sí serán auditadas las HC de todos los profesionales. Los ficheros de datos tanto de profesionales como de pacientes se acogerán a la Ley de protección de datos. No existen riesgos de ningún tipo para los participantes. Se informará a los participantes de los resultados durante la realización del estudio y al finalizar el mismo.

Palabras clave: Asthma, Pulmonary, Disease Chronic obstructive, Clinical Practice Guideline.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

PROFUND y PALIAR, ¿herramientas útiles en atención primaria?

Ortega Hidalgo EM[1], Beltrán Martínez A[2], de la Calle Vélez M[3], Martínez Moro BM[a4]

[1] *Médico Residente 3er año de MFyC. CS Príncipe de Asturias. Utrera (Sevilla)*

[2] *Médico Residente 3er año de MFyC. CS Don Paulino García Donas. Alcalá de Guadaira (Sevilla)*

[3] *Médico Residente 3er año de MFyC. CS Virgen de Consolación. Utrera (Sevilla)*

[4] *Médico Residente 3er año de MFyC. CS Doña Mercedes. Dos Hermanas (Sevilla)*

Introducción: en nuestras consultas de Atención Primaria se atienden diariamente a pacientes pluripatológicos debido a sus patologías crónicas así como enfermedades intercurrentes. Sería interesante y útil disponer de herramientas que nos permitiesen determinar cuándo estos pacientes pluripatológicos entran en estadios finales de enfermedad, pudiendo aplicar las medidas adecuadas y, si lo precisan, comenzar un programa de cuidados paliativos.

A nivel hospitalario se están comenzando a implantar las escalas PROFUND y PALIAR, éstas determinan la probabilidad de supervivencia de los pacientes pluripatológicos no oncológicos.

Objetivos:

- Principal: Determinar si las escalas de supervivencia PROFUND y PALIAR son aplicables en nuestro área de Atención Primaria y si nos aportan información útil para modificar nuestra práctica clínica.

- Secundarios:

• Analizar las características clínicas de una cohorte de pacientes crónicos pluripatológicos.

• Determinar si es factible el uso de estas escalas con el tiempo de consulta que disponemos.

Diseño:

A todos los pacientes pluripatológicos que acudan de Junio a Diciembre de 2014 a las consultas seleccionadas de varios centros de Salud del área Sevilla Sur se les pasará un checklist con los criterios de inclusión, en caso de que los cumplan se les informará sobre la posibilidad de entrar en este estudio. Se les explica que necesitan responder unas preguntas y se le volverán a preguntar las mismas pasados 6meses y 1año tras la realización. En el caso de aceptación, firmarán un consentimiento informado.

Tras ello se les pasa ambas escalas en un formulario, recogiendo, además, datos personales del paciente.

A los 6 meses y al año se volverán a realizar las mismas preguntas y analizar los datos posteriormente.

Emplazamiento: atención primaria.

Material y Métodos:

-Sujetos: Todo paciente pluripatológico que acuda a consultas seleccionadas.

-Criterios de inclusión: pacientes que cumplan los criterios de pluripatología del "Proceso Asistencial Integrado del SAS".

-Criterios de exclusión: Pacientes oncológicos. La negativa del paciente a la utilización de sus datos clínicos.

- Mediciones e intervenciones: Realización de una entrevista clínica con las escalas PROFUND y PALIAR. A los 6 meses y 1año se revisarán estos pacientes con una nueva entrevista y las escalas para posteriormente analizar los datos y determinar si los resultados son los esperados según estas escalas de supervivencia.

-Análisis estadístico: Se trata de un estudio analítico, observacional y prospectivo de una cohorte en atención primaria. Se pretende evaluar una comparación en la frecuencia de desenlace (mortalidad o supervivencia a los 6 y 12meses) entre la población estudiada.

Limitaciones: Podemos cometer un sesgo de selección al escoger los pacientes que acuden a consulta y no aquellos que no han consultado.

Aplicabilidad: estas escalas podrían ser una herramienta importante para identificar el momento en el que nuestros pacientes pluripatológicos entran en su fase final de la vida y darle los cuidados apropiados en ese momento.

Aspectos ético-legales:

- Toda la información se mantendrá de forma confidencial y solo las personas participantes en este proyecto tendrán acceso a dicha información.

- Toda persona que acepta formar parte del estudio deberá leer y firmar un consentimiento informado.

- No habrá remuneración alguna a los pacientes incluidos en el estudio.

Palabras clave: PROFUND, PALIAR, Chronic Disease.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

Evaluar la Calidad de Vida relacionada con la Salud (CVRS) de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2)

Hamido Mohamed N[1], Ramírez Arriola MªG[2], Manzano de la Paz F[3]

[1] *Médico Residente de 4º año de MFyC. CS Roquetas Sur. Almería*

[2] *Médico Residente de 4º año de MFyC. CS Almería Centro. Almería*

[3] *Médico de Familia CS Roquetas Sur. Almería*

Introducción:

La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) es consecuencia de la interacción de factores genéticos y ambientales entre los que el estilo de vida juega un papel fundamental. El conocimiento del estilo de vida y su medición es una prioridad para los médicos que atienden a pacientes con DM2, pues algunos de sus componentes como tipo de alimentación, actividad física, presencia de obesidad, consumo de alcohol y consumo de tabaco, entre otros, se han asociado a la ocurrencia, curso clínico y control de la diabetes. La modificación de estos factores puede retrasar o prevenir la aparición de la diabetes o cambiar su historia natural.

La OMS define a la calidad de vida como "una percepción del individuo, de su posición respecto de la vida en el contexto de la cultura y de un sistema de valores en el cual vive, con relación a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones .El concepto denominado Calidad de Vida implica la valoración que el individuo hace de la globalidad de su situación y características tanto internas como externas o del entorno.

La Calidad de Vida es un motivo creciente de estudio e interés en los científicos actuales dado que la demanda de la sociedad en parte así lo exige y también porque lo importante no es añadir años a la vida, sino vida a los años; de todos es conocido que a cualquiera que se le pregunte cuanto quiere vivir, todos contestan que mucho, pero casi todos añaden que "con calidad de vida".

Objetivos: evaluar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de pacientes diabéticos tipo 2 adscritos a una Unidad de Gestión Clínica de Atención Primaria; un segundo objetivo sería evaluar la relación entre CVRS y los parámetros metabólicos de control en pacientes diabéticos.

Diseño: estudio Descriptivo-Observacional.

Emplazamiento: Atención Primaria.

Material y Métodos:

La poblaciones serán pacientes diabéticos tipo 2 adultos de 40-70 años en tratamiento o no con Antidiabéticos orales (ADO), con quienes se contacto bien cuando acudían a consulta médica o a la de enfermería, o bien a través de un listado de diabéticos del cupo del Centro de Salud,del total de diabéticos que cumplían con los requisitos del estudio y a los que se pudo tener acceso.

Como criterios de exclusión: Pacientes diabéticos en tratamiento con insulina; deterioro cognitivo moderado-severo; Asociación de otras enfermedades de mal pronóstico; estancia hospitalaria un mes antes de la encuesta.

Se utilizó el instrumento Diabetes 39 que contiene 39 ítems cerrados (energía-movilidad, ansiedad-preocupación, carga social y funcionamiento sexual) valorados mediante una escala analógico-visual en el último mes.

Aplicabilidad: evaluar la CVRS de los pacientes diabético en tratamiento o no con ADO , para incidir en los Estilos de Vida con Educación Sanitaria en el ámbito de Atención Primaria donde la DM2 es un problema de Salud Pública que genera costes importantes dada su prevalencia.

Aspectos ético-legales: el paciente firma antes de entrar el protocolo consentimiento informado, pudiendo revocarlo en cualquier momento.

Palabras clave: Diabetes Mellitus T.2, Calidad de Vida Relacionada con la Salud.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

Cambios endocrinos en la mujer tras intervención bariátrica

Salvador Gómez AJ[1], Hernández Aliaga MA[2], Ramírez Arriola MªG[3], García Olivares G[4], Martos Sánchez PMª[5], Cañadas López P[6]

[1] *Médico Residente de 4º año de MFyC. CS Almería Centro. Almería*

[2] *Médico Residente de 4º año de Medicina del trabajo. Distrito Almería. Almería*

[3] *Médico Residente de 4º año de MFyC. CS La Cañada de San Urbano. Almería*

[4] *Médico Residente de 3er año de MFyC. CS Virgen del Mar. Almería*

[5] *Médico Residente de 3er año de MFyC. CS La Cañada de San Urbano. Almería*

[6] *Médico Residente de 4º año de MFyC. CS Plaza de Toros. Almería*

Introducción:

Según la Organización Mundial de la Salud, el sobrepeso y la obesidad son considerados el quinto factor de riesgo para la mortalidad mundial. Las consecuencias del exceso de peso abarcan una amplia gama de aspectos dentro de la salud. La obesidad se asocia a una gran variabilidad de trastornos endocrinos hipotálamo-hipófiso-ováricos que pueden llevar a una alteración del metabolismo de las hormonas sexuales y en consecuencia a una anovulación persistente. Los datos más habituales consisten en aumento de la producción de andrógenos, disminución de la globulina unida a hormonas sexuales (SHBG) e incremento de la conversión periférica de andrógenos en estrógenos, reflejándose en mayores niveles de testosterona (T), androstenediona (A), dehidroepiandrosterona (DHA), dehidroepiandrosterona sulfato (DHEAS), 17 hidroxiprogesterona (17OHP) y estrona. El tratamiento de la obesidad siempre comienza con modificaciones del modo de vida y puede incluir fármacos o cirugía, según la categoría del riesgo en el Indice de Masa Corporal (IMC).

Objetivos: evaluar los cambios de los parámetros de las hormonas sexuales femeninas tras la realización de cirugía bariátrica.

Diseño: estudio descriptivo observacional de las pacientes diagnosticadas de obesidad mórbida y sometidas a cirugía bariátrica como tratamiento para la obesidad.

Emplazamiento: Hospitalario-Atención Primaria.

Material y Métodos:

Estudiaremos a todas las pacientes que han sido intervenidas en nuestro centro de referencia, que cumplan los criterios de inclusión (IMC>40 o >35kg/m2 con comorbilidades asociadas a la obesidad, edad entre 15 y 64 años, fracaso del tratamiento dietético o médico, ausencia de enfermedades endocrinas, estado psicológico adecuado, ausencia de adicciones, firmar consentimiento informado, y riesgo quirúrgico aceptable) y ningún criterio de exclusión (Sexo masculino, histerectomía con doble anexectomía, enfermedad infecciosa o neoplásica activa) durante un año. Se recogerán los datos antes de la cirugía desde el hospital y a los 12 meses de la intervención desde el centro de salud, recogiendo: perfil antropométrico (edad, IMC, índice cintura-cadera), antecedentes personales (patologías, fármacos, antecedentes ginecológicos) y las variables analíticas (FSH, LH, Prolactina, 17bestradiol, A, T, DHEAS, 17OHP, SHBG, cortisol, glucemia basal, perfil lipídico y tiroideo). Como análisis se realizará un estadístico descriptivo, para variables cualitativas (frecuencias) y para variables cuantitativas (medidas de tendencia central y dispersión); así como un estadístico analítico consistente en análisis bivariante, para variables cualitativas (chi-cuadrado) y para variables cuantitativas (previo test de kolmogorov-Smirnoff)T de Student si siguen distribución Gaussiana y Wilcoxon si no la siguen. El proceso y análisis de datos se realizará con el programa estadístico SPSS 21.0. La selección de las pacientes que se someten a cirugía bariátrica depende de que se incluyan en el programa de intervención, pudiéndose cometer un sesgo de selección. La presencia de patología ginecológica puede actuar como sesgo de confusión, ante ello se intentará corregir en el análisis de los datos mediante análisis multivariante.

Aplicabilidad: conocer el efecto de la pérdida masiva de peso tras las técnicas quirúrgicas en las hormonas sexuales femeninas en las mujeres de nuestro entorno.

Aspectos ético-legales: todas las pacientes firmarán consentimiento informado según documento protocolizado para tal fin. Se mantendrá en secreto los datos de la paciente.

Palabras clave: morbid obesity, bariatric surgery, hormones.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

Prevalencia de enfermedad renal crónica en atención primaria

Macías Beltrán I[1], Medero Canela R[1], Domínguez Teba AJ[2], Pedregal González M[3]

[1] *Médico Residente de 4º año de MFyC. CS El Torrejón. Huelva*

[2] *Médico Residente de 4º año de MFyC. CS Luis Taracido. Bollullos Par del Condado. Huelva*

[3] *Médico de Familia. Técnico Unidad Docente MFyC. Huelva*

Introducción:

La Enfermedad Renal Crónica (ERC) se define como la disminución de la función renal (Filtrado Glomerular < 60 ml/min) y/o la presencia de daño renal diagnosticado a través de métodos directos (biopsia) o indirectos (albuminuria, alteraciones en sedimento urinario o pruebas de imagen) persistentes durante al menos 3 meses.

Se estima su prevalencia en España en torno al 11% de la población adulta, llegando hasta un 20% en mayores de 60 años. En pacientes atendidos en atención primaria con enfermedades frecuentes como Hipertensión arterial (HTA) y Diabetes Mellitus (DM), la prevalencia de ERC puede alcanzar hasta el 35-40%.

La ERC es un importante factor de riesgo cardiovascular (FRCV), asociado a mortalidad prematura (especialmente de origen cardiovascular), con importantes implicaciones sociales y económicas y que está infradiagnosticado. Todo ello, indica la importancia de su diagnóstico y detección precoz, puesto que existen tratamientos que pueden prevenir su desarrollo y enlentecer su progresión.

Objetivos:

Principal: determinar la prevalencia de ERC en pacientes mayores de 65 años en un Centro de Atención Primaria.

Secundarios: describir el perfil clínico de los pacientes con ERC, determinar el correcto control de otros FRCV en ellos, determinar el correcto seguimiento, así como la correcta derivación a consulta especializada.

Diseño: estudio Observacional descriptivo de prevalencia.

Emplazamiento: Centro de Atención Primaria.

Material y Métodos:

Se seleccionará muestra aleatoria de los pacientes mayores de 65 años de un centro de salud urbano (n=246). Para el cálculo de la muestra se asumirá una prevalencia del 20%, una precisión del 5%, y 5% de posibles pérdidas.

Criterios de inclusión: pacientes iguales o mayores de 65 años que tengan realizada al menos una analítica en los dos últimos años.

Criterios de exclusión: pacientes menores de 65 años y pacientes iguales o mayores de 65 años que no tengan realizada analítica.

Variables; Cualitativas: sexo, factores de riesgo cardiovascular (HTA, DM, dislipemia, obesidad, tabaquismo), lesión renal, seguimiento, derivación a nefrología. Cuantitativas: edad, filtrado glomerular (FG), Índice microalbuminuria/creatinina (IMAC), Tensión arterial (TA), HbA1c, LDL, HDL, índice de masa corporal (IMC).

Análisis estadístico: Para descripción de la muestra se utilizarán media y desviación típica para variables cuantitativas y porcentajes para variables cualitativas. Para realizar inferencia estadística y relacionar variables se utilizarán Chi cuadrado y T de Student. Se analizarán datos mediante SPSS.

Limitaciones: Pacientes que no se hayan realizado nunca analíticas o éstas no estén registradas en su historia digital.

Aplicabilidad: este estudio nos va a servir para ver la magnitud de la enfermedad renal crónica y la necesidad de realizar prevención, diagnóstico precoz y tratamiento de la misma. Además podremos valorar si estamos realizando buen control y seguimiento de dicha enfermedad en atención primaria, o si por el contrario, necesitamos mejorar su abordaje.

Aspectos ético-legales: se tendrán en cuenta: los principios éticos de la investigación en seres humanos; Ley Orgánica de protección de datos de carácter personal; Ley básica reguladora de la Autonomía del paciente, de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Palabras clave: enfermedad renal, prevalencia, riesgo cardiovascular.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

Calidad de vida y del sueño en pacientes con dolor neuropático identificados con la escala LANSS

Cerón Machado JM[1], Arias de Saavedra Criado MªI[2], Garrido Torres L[2], Moraleda Barba S[3], Sánchez Arenas E[1]

[1] *Médico de Familia. Distrito Sanitario Jaén-Jaén Sur*

[2] *Médico Residente de 2º año de MFyC Jaén. CS Virgen de la Capilla. Jaén*

[3] *Médico de Familia. CS Virgen de la Capilla. Jaén*

Introducción:

El dolor neuropático (DN) es un síntoma común a un grupo diverso de procesos, como la neuropatía diabética, la neuralgia postherpética y el dolor relacionado con lesiones medulares. Frecuentemente es de carácter crónico y puede detectarse hasta en el 1% de la población general. Nuestro estudio tratará de identificar correctamente el diagnóstico de DN para establecer la relación entre dolor, tratamiento pautado, calidad de vida y sueño.

Objetivos: conocer la calidad de vida y la calidad del sueño de los pacientes con DN y relacionarlo con el tratamiento pautado para el dolor.

Diseño: estudio observacional, transversal.

Emplazamiento: atención primaria.

Material y Métodos:

Sujetos: pacientes atendidos por dolor de cualquier etiología, con o sin tratamiento para su control, atendidos en las consultas del Médico de Familia de dos centros de salud. Criterios de inclusión: pacientes ≥18 años, con sospecha de DN y con una puntuación ≥12 puntos en la escala LANSS. Criterios de exclusión: los que obtuvieron una puntuación < 12 puntos en la escala LANSS y/o presentaban un trastorno mental grave. Muestreo: 60 pacientes atendidos en por dolor en la consulta de Atención Primaria, especializada o urgencias durante un periodo de 3 meses.

Mediciones e intervenciones: Cuestionario para recogida de variables sociodemográficas y la etiología del dolor neuropático. Escala LANSS de diagnóstico de dolor neuropático, versión validada española. Escala visual analógica EVA, para objetivar la intensidad del dolor. La calidad de vida con el cuestionario genérico Health Survey Short – Form (SF – 12) y la calidad del sueño con la escala MOSS. Analizar la adecuación en la prescripción asociada. Limitaciones: medición subjetiva. Análisis descriptivo bivariable y multivariable, empleando R-UCA.

Aplicabilidad: aportar información relativa a la calidad de vida y del sueño de los pacientes con DN, fomentar el uso de la herramienta LANSS para el correcto diagnóstico y consecuentemente adecuar el tratamiento en el DN.

Aspectos ético-legales: el estudio se llevará a cabo siguiendo la Declaración de Helsinki y las normas de buena práctica clínica.

Palabras clave: calidad de vida, sueño, dolor neuropático, LANSS.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

Efectos de la frecuentación en los tiempos de asistencia en urgencias. Comparación entre un Hospital Comarcal y un Provincial

Ramírez Arriola MªG[1], Hamido Mohamed N[2], Cardozo Cabrera HG[3], Ortiz Manzano Á[4]

[1] *Médico Residente MFyC. Hospital Torrecárdenas. Almería*

[2] *Médico Residente MFyC. Hospital de Poniente. El Ejido (Almería)*

[3] *Tutor Urgencias Hospital de Poniente. El Ejido (Almería)*

[4] *Tutor Urgencias Hospital Torrecárdenas. Almería*

Introducción: el triage es una herramienta fundamental en atención a los pacientes en los servicios de urgencias hospitalarias (SUH), especialmente en tiempos de alta frecuentación de los servicios. Se han realizado estudios acerca de los factores que influyen en la saturación de los SUH llegando a demostrar que esto depende más de factores internos inherentes a la función de los servicios. Una forma de valorar la eficacia de los SUH es mediante la efectividad del triage.

Objetivos:

Principal: Estimar la influencia de la frecuentación (alta y baja) en el servicio de urgencias, evidenciando los cambios en los tiempos de espera hasta la clasificación, hasta la asistencia en consulta/ box de RCP y el tiempo total de permanencia en el Servicio, todos ellos correlacionados con la prioridad inicial asignada en triage y el tiempo teórico estipulado para una asistencia de calidad.

Secundario: compara las variables definidas en periodos similares de alta y baja frecuentación en dos hospital, uno comarcal y otro provincial de referencia.

Diseño: descriptivo, retrospectivo.

Emplazamiento: urgencias hospitalarias.

Material y Métodos:

La población de estudio serán dos grupos de pacientes que consultaron o fueron trasladados a los SUH del Hospital de Poniente y Hospital Torrecárdenas de Almería, durante época de alta frecuentación (enero 2013) y el otro grupo durante época de frecuentación baja (noviembre 2013). Se tendrán en cuenta los que consultaron por urgencias generales de adultos, pediatría y de obstetricia-ginecología.

Acerca de los tiempos de espera se considera el tiempo de llegada hasta la clasificación, un segundo tiempo desde la clasificación hasta la asistencias por profesional tanto en consulta como en RCP y por último el tiempo de permanencia en urgencias es decir desde el contacto con médico hasta el alta hospitalaria, ingreso en planta, traslado a otro centro o exitus teniendo en cuenta el tiempo que consta en el ordenador. Estos tiempos se valoraron para cada prioridad de la 1 a la 5, en ambos grupos. También se tendrá en cuenta el grupo de pacientes que se fugan o no presentan en consulta. Los tiempos se calcularán en minutos. También valoremos según la prioridad asignada el porcentaje de pacientes dados de alta, tiempo permanecido en urgencias desde el ingreso por no disponibilidad de camas, traslados a otro hospital o exitus.

Los datos se consultarán de los programas informáticos que utilizamos en urgencias del Hospital del Poniente de Almería Ariadna y Diraya en Hospital Torrecárdenas; se procesarán mediante el programa estadístico SPSS.

Los datos se basan en lo reflejado en los programas informáticos pudiendo constituir un sesgo.

Aplicabilidad: valorar la influencia de la frecuentación en urgencias de nuestros Hospitales, sus efectos sobre los tiempos de espera y de asistencia hospitalaria para mejorar la calidad de la misma. Esto nos ayudaría a evidenciar problemas y generar planes de mejora.

Aspectos ético-legales: se intenta mantener en todo momento el secreto no accediendo a la historia de los pacientes manteniendo oculta su identidad.

Palabras clave: frecuentación urgencias, triage, tiempos de asistencia, urgencias hospitalarias.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

Ejercicio físico en embarazadas para mejorar las lumbalgias

Aguilar Cano L[1], Haro Haro L[1], Castro Planet E[2], Rubio García A[3]

[1] *Médico Residente de 4º año de MFyC. CS Trinidad Jesús Cautivo. Málaga*

[2] *Médico Residente de 4º año de MFyC. CS Alameda Perchel. Málaga*

[3] *Médico Residente de 4º año de MFyC. CS Miraflores. Málaga*

Introducción:

Existe evidencia sobre la reducción del riesgo de padecer complicaciones asociadas al embarazo gracias a la práctica sistemática de actividad física.

El dolor de espalda es un proceso frecuente en las mujeres embarazadas (50-80%). Las estrategias terapéuticas están orientadas a la prevención.

En los años 80 el American College of Obstetricians and Gynecolgists (ACOG) recomendó la práctica de ejercicio físico aeróbico en el embarazo, advirtiendo del daño que podrían causar los ejercicios de alto impacto como carreras. Posteriormente revisó su posicionamiento y adoptó enfoques menos conservadores, siempre que la embarazada estuviera sana.

Objetivos: determinar si el ejercicio físico disminuye a la mitad el porcentaje de crisis de dolor lumbar y sacro en embarazadas.

Diseño: Ensayo Clínico Aleatorizado.

Emplazamiento: centro de salud, ámbito urbano. Multicéntrico.

Material y Métodos:

- Sujetos: 142 mujeres, se escogen por aleatorización en bloque y luego se reparte aleatoriamente en el grupo control y grupo intervención.

- Criterios Inclusión: mujeres incluidas en el proceso asistencial de embarazo (EG 12-15 SG); embarazadas incluidas en el proceso de embarazo pertenecientes a uno de los 3 centros de salud que pertenecen al área de estudio; firma del consentimiento informado; mayores de 18 años; tener permiso médico para la realización de ejercicio físico.

- Criterios de exclusión: Mujeres con criterios de alto riesgo; mujeres con lumbalgias y/o sacralgias crónicas por cualquier patología antes de estar embarazadas; mujeres que no pertenezcan al área de estudio.

- Mediciones e intervenciones: intensidad del dolor mediante la EVA (0-10); número de crisis de lumbalgias o sacralgias; peso; talla; IMC; ganancia ponderal; edad de la mujer, edad gestacional, número de gestaciones anteriores; gestaciones múltiples; patología osteomuscular previa; ejercicio físico previo; uso de analgésicos. La intervención a realizar sobre el grupo de casos sería el ejercicio físico dirigido.

Análisis estadístico: Los datos recogidos se volcarán en una base unificada en SPSS (v. 19.0). Se realizará un análisis descriptivo de las variables, análisis bivariante (chi cuadrado, t Student y U Mann Whitney) y multivariante de las mismas.

- Limitaciones: sesgo de selección y sesgo de atención y memoria debido.

Aplicabilidad: posibilidad de incluir no sólo la recomendación de ejercicio físico a la embarazada, sino instaurar los ejercicios como parte del programa de embarazo.

Aspectos ético-legales: conocimiento de la legislación vigente que regula Ensayos clínicos, así como la Ley de investigación biomédica, Real Decreto principios básicos para los Ensayos Clínicos con seres humanos, Ley de autonomía del paciente. El presente documento pendiente de aprobación por el Comité de Bioética.

Palabras clave: pregnancy, back pain, exercises.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

Variabilidad y control de los síntomas matutinos en los pacientes diagnosticados de EPOC

Atienza López SM[1], Lendinez Duran I[2], Ureña Arjonilla MªE[3], Falla Jurado S[4], Rodriguez Ortega CS[5], Valverde Bolivar FJ[6]

[1] *Médico Residente de 4º año de MFyC. CS Mancha Real. Jaén*

[2] *Médico Residente de 1er año de MFyC. CS Mancha Real. Jaén*

[3] *Médico Residente de 1er año de MFyC. CS Mancha Real. Jaén*

[4] *Médico Residente de 3er año de MFyC. CS Mancha Real. Jaén*

[5] *Médico de Familia. CS Mancha Real. Jaén*

[6] *Médico de Familia. Unidad docente Jaén*

Introducción:

El objetivo del tratamiento de la EPOC además de aliviar los síntomas, mejorar la tolerancia al ejercicio, prevenir y tratar las complicaciones-exacerbaciones, debe reducir la mortalidad y aumentar la supervivencia.

El control de los síntomas es difícil, una proporción de pacientes con EPOC percibe variabilidad de sus síntomas respiratorios, con una mayor intensidad por la mañana, interfiriendo en sus actividades diarias.

Se han desarrollado dos cuestionarios (CDLM y GCSQ) que recogen información sobre la capacidad para realizar tareas cotidianas matutinas y el impacto de los síntomas crónicos en esas actividades.

Objetivos:

-Conocer la variabilidad diurna de los síntomas del paciente EPOC y su impacto en las actividades cotidianas.

-Determinar si el tipo de tratamiento, la edad, grado EPOC predicen el grado de capacidad para la realización de las actividades cotidianas.

Diseño: Estudio Descriptivo Transversal.

Emplazamiento: Zona Básica de Salud rural (6 cupos).

Material y Métodos:

Se realizará una entrevista personal (previo consentimiento informado) y se revisará su historia clínica, a todos los pacientes diagnosticados de EPOC de una zona básica de salud, para cumplimentar los cuestionarios CDLM-GCSQ, y datos sociodemográficos y clínicos.

Criterios de inclusión: pacientes de 45 años diagnosticados de EPOC en la historia clínica digital.

Criterios de exclusión: Ser incapaz de comprender el procedimiento del estudio.

las variables recogidas serán edad, sexo, año diagnóstico EPOC, Clasificación EPOC (leve, moderado, grave o según GOLD), reagudizaciones o ingresos(último año), fumador activo, MRC, ejercicio físico, síntomas (tos, expectoración, disnea, sibilantes, opresión),tratamiento habitual, cuestionarios GCSQ-CDLM(variables dependientes).

GCSQ - Cuestionario global sobre síntomas respiratorios: tiene dos preguntas, puntuando el grado de disnea y sensación de opresión torácica (escala 0-4).

CDLM - Capacidad para realizar las actividades cotidianas durante la mañana: recoge información sobre la capacidad de los pacientes de realizar 6 tareas cotidianas matutinas (lavarse, secarse, vestirse, desayunar, andar por la casa temprano por la mañana, andar por la casa más tarde por la mañana). Se pregunta si realizó o no esa actividad y en caso positivo que evalúe su grado de dificultad (0-5), puntuaciones mayores indican menor afectación.

Análisis Estadístico: Se realizará un análisis descriptivo (medias con su desviación típica y porcentajes). Análisis bivariante Ji2, t-student/ANOVA. Análisis de regresión lineal multivariante con las puntuaciones del GCSQ y CDLM como variables dependientes.

Limitaciones: Sesgo de selección (pacientes EPOC no registrados). Sesgo de información (datos faltantes), se entrevistará al paciente.

Aplicabilidad: conocer la variabilidad de los síntomas, el impacto en las actividades y los factores que predicen esa variabilidad e impacto nos puede servir de guía/planificación/modificación del tratamiento. Generar hipótesis, nos planteamos hacer un estudio experimental para conocer si los fármacos de acción corta mejoran la variabilidad y el impacto en las actividades cotidianas.

Aspectos ético-legales: se solicitará aprobación por el Comité Ético e Investigación Provincial, RD 223/04, manteniendo las normas de buena práctica clínica, RD 223/2003. Se preservará la confidencialidad/anonimato de lso datos (Ley 15/1999). Se explicará la naturaleza de la investigación al paciente, solicitando su consentimiento informado (ley 41/2002).

Palabras clave: EPOC, Síntomas, Disnea, Actividad.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

Evolución de la prescripción de psicofármacos en una zona de transformación social en periodo de crisis económica

Moreno Arco A[1], Aguilera Sánchez A[2], Jiménez González EMª[3], Cueto Avellaneda MªL[4], Ortega Gutiérrez R[1], Romero Romero AMª5

[1] *Médico Residente de 3er año de MFyC. CS Cartuja. Granada*

[2] *Médico Residente de 3er año de MFyC. CS La Caleta. Granada*

[3] *Médico Residente de 3er año de MFyC. CS La Chana. Granada*

[4] *Médico Residente de 3er año de MFyC. CS Almanjáyar. Granada*

[5] *Médico Residente de 1er año de MFyC. CS de Cartuja. Granada*

Introducción:

Los psicofármacos son uno de los grupos farmacológicos más prescritos en la mayoría de los países desarrollados. Los ansiolíticos eran a principios del siglo XXI el tercer grupo terapéutico más utilizado en España. El aumento del consumo de estos fármacos supone una preocupación debido al riesgo de los efectos derivados de su uso a largo plazo (tolerancia, dependencia física y psicológica, enmascaramiento de depresión subyacente, aumento del riesgo de fracturas de cadera, accidentes automovilísticos y deterioro de la memoria). Una publicación reciente del BMJ estudia la relación del consumo de ansiolíticos e hipnóticos con mayor riesgo de mortalidad en una muestra de pacientes seguidos en Atención Primaria en el Reino Unido.

El consumo de psicofármacos no se distribuye por igual en toda la población, existiendo perfiles de personas con mayor riesgo de presentar trastornos de ansiedad y depresión, como son las mujeres, las personas ancianas, las personas con enfermedades crónicas y los emigrantes. Los principales factores de riesgo para los trastornos del estado del ánimo se relacionan con aspectos socioeconómicos y laborales, observándose un incremento de trastornos de ansiedad y depresión como consecuencia de la crisis económica y también en áreas socialmente deprimidas.

Objetivos: estimar prevalencia de consumo de psicofármacos y su uso adecuado (según las guías de práctica clínica y la AEMPS) en dos poblaciones de mi área (una en transformación social y otra con nivel social medio).

Diseño: estudio observacional, descriptivo.

Emplazamiento: Atención Primaria (AP).

Material y Métodos:

-Población de estudio: Pacientes con prescripción de ansiolíticos e hipnóticos en su tarjeta sanitaria.

El estudio se realizará en varias fases.

-Primera fase: obtención de datos de pacientes tratados con fármacos ansiolíticos e hipnóticos entre 2009 y 2013 a través del registro de prescripciones informáticas cedido por Farmacia. Segunda fase: Exclusión de pacientes menores de 14 años y selección de muestra representativa.

-Mediciones. 1ªfase: descripción general de la población, estimación de la prevalencia de prescripciones medidas en DDD por 1000 hab/año, edad de los pacientes, tiempo medio de consumo, grupo terapéutico, principios activos y dosis más prescritos. 2ªfase: A través de la Historia de Salud de Diraya, determinar: zona de residencia, patologías concomitantes, motivo de consulta que generó la prescripción, diagnóstico establecido, tratamiento recomendado, duración del mismo, número de visitas a atención primaria anuales, profesional prescriptor identificado por clave médica. 3ªfase: Comparación con centros de salud de otras áreas sanitarias con distinto perfil psicosocial y económico.

-Análisis de datos por el servicio de apoyo a la investigación.

Aplicabilidad: este estudio intenta objetivar la prescripción de ansiolíticos e hipnóticos desde A.P. en una población con problemática psicosocial y bajo nivel económico (factores que han demostrado influir en la salud mental y que se ven empeorados por la crisis económica), dándonos una idea de su influencia en la salud mental de la población. También informa de los errores en la prescripción desde A.P. y las medidas/intervenciones para la reducción del consumo.

Aspectos ético-legales: proyecto pendiente de ser validado por el comité de Ética de la Investigación de mi zona.

Palabras clave: Psychotropic drugs, Primary care.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

Frecuentación de urgencias en un centro de salud

Collado Lamarca L[1], Pérez Gómez S[2], Vázquez Alarcón RL[2], González Flores JM[a3], Flores Sandoval E[2], Barnestein Fonseca M[a]P[4]

[1] *Médico Residente de 2º año de MFyC. CS Vera. Almería*

[2] *Médico de Familia. CS Vera. Almería*

[3] *Enfermero. CS Vera. Almería*

[4] *Unidad Docente de Atención Familiar y Comunitaria. Distrito sanitario de Málaga*

Introducción:
La Atención Primaria (AP) representa el primer punto de contacto de los individuos, la familia y la comunidad. Se caracteriza por ser continua y permanente, debiendo asumir y responder a cualquier demanda del usuario. La respuesta eficaz de los servicios de urgencias a la demanda asistencial está determinada por su calidad y rapidez, y depende del uso adecuado y racional de sus recursos humanos y materiales.
En los puntos de urgencia de los centros de salud (CS) se lleva a cabo una primera atención inmediata, siendo ésta escalonada e integrada con niveles superiores en dependencia de las necesidades del paciente.
En muchas ocasiones, el paciente se dirige directamente al hospital confiando en su eficacia o recursos disponibles, sin consultar previamente con el médico del Centro de Salud, provocando considerable e innecesariamente retrasos y masificando el servicio de urgencias hospitalarias.
Objetivos:
1) Describir el perfil del usuario que solicita atención urgente (sexo, edad, país de origen) y vía (asistencia al Centro de Salud o aviso a domicilio).
2) Determinar los motivos de consulta que se producen en un punto de atención continuada (urgencias) de una zona básica de salud (ZBS) durante el periodo de enero 2015-junio 2015.
3) Identificar patologías incidentes.
4) Determinar la necesidad de tratamiento en urgencias.
5) Determinar la derivación a urgencias hospitalarias.
Diseño: estudio descriptivo observacional, transversal.
Emplazamiento: Centro de Salud urbano.
Material y Métodos:
Población: usuarios que demanden asistencia urgente.
Muestra: Se calculará un tamaño muestral de 250 pacientes, obtenidos del registro en Diraya.
Criterios de inclusión:
• Usuarios que demanda asistencia urgente en centro de salud, en domicilio o servicio 061.
Criterios de exclusión:
• Ausencia de datos de filiación o diagnóstico.
• Pacientes atendidos de forma programada.
Variables del estudio:
• Variables sociodemográficas: edad, sexo, procedencia.
• Comorbilidades, tratamientos de urgencias.
• Fecha y franja horaria de consulta.
* Número de visitas a urgencias registradas en Diraya en el último año.
• Motivo de consulta, derivación hospitalaria (con o sin transporte y/o acompañado de equipo médico).
* Diagnóstico
Organización y tabulación de los datos:
* variable motivo de consulta: clasificación WONCA de AP (CIAP-2).
* Tratamientos instaurados: clasificación anatómica-terapéutica (ATC).
* Diagnóstico: CIE-10.
Análisis estadístico mediante el programa SPSS.
Para las variables cualitativas se calculará mediante frecuencia absoluta e intervalo de confianza calculados para un nivel de significación del 95%, realizando comparación de frecuencias mediante la Chi-cuadrado de Pearson. Para el análisis de variables cuantitativas se calculará la media y desviación estándar, utilizando el análisis de la varianza para la comparación de medias.
Aplicabilidad: analizar los datos epidemiológicos de la atención continuada en nuestra área, y poder así introducir mejoras en la calidad asistencial. Potenciar la comunicación y coordinación entre AP y Atención Especializada, favoreciendo la continuidad asistencial. Impulsar el uso racional de los servicios y recursos sanitarios.
Aspectos ético-legales: se pedirá permiso a la Comisión Provincial de Ética de la Investigación y autorización al Distrito Sanitario para el acceso a la historia clínica informática de los pacientes. Para el cumplimiento de las normas éticas respecto a la investigación con seres humanos, se diseñará un consentimiento informado. Nos acogeremos a la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.
Palabras clave: Atención Primaria, demanda clínica, frecuentación en urgencias.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

Eficacia de una intervención psicoeducativa realizada en atención primaria en pacientes con lumbalgia crónica

Solís Sola MªB[1], Polo Mañas CMª[2], Pérez Romera FJ[3], Rivera Rodríguez N[4], Sandoval Codoni J[5], Maadi Ahmed S[5]

[1] *Médico de Familia. CS La Mojonera. Distrito Poniente. Almería*

[2] *DUE. CS La Mojonera. Distrito Poniente. Almería*

[3] *Médico de Familia. CS El Viso. Distrito Poniente. Almería*

[4] *Médico Residente de 2º año de MFyC. CS La Mojonera. Distrito Poniente. Almería*

[5] *Médico Residente de 3er año de MFyC. CS La Mojonera. Distrito Poniente. Almería*

Introducción:

Según el estudio europeo de prevalencia de dolor crónico (Breivik), éste afecta a 1 de cada 5 europeos (19%). En España esta cifra está en 11%.

Se estima que un 60-80% de la población sufre dolor de espalda en algún momento de su vida, y es la mayor causa de invalidez y discapacidad en el período laboral. Según estudios recientes, en Europa el dolor lumbar supone entre el 1,7% y el 2,1% del PIB.

Hay evidencia de que las intervenciones que involucran al paciente en su autocuidado (reestructuración cognitiva, terapia de resolución de problemas, biofeedback, relajación, hipnosis y autohipnosis, terapia de aceptación y compromiso, mindfulness, terapia cognitivo-conductual, ejercicio físico, masajes, escritura emocional, educación e higiene postural, etc.) consiguen un manejo mucho más efectivo de este tipo de dolor.

Objetivos: estudiar la disminución de la intensidad del dolor mediante escalas validadas, en pacientes con lumbalgia crónica en Atención Primaria que realizan entrenamiento en técnicas de relajación y reciben atención psicoeducativa.

Diseño: estudio cuasi experimental de antes y después, longitudinal y prospectivo.

Emplazamiento: Atención Primaria. Paciente derivados por los Médicos de Atención Primaria de los tres centros de Salud de una misma Unidad Clínica.

Material y Métodos: 8 sesiones de aproximadamente una hora y media de duración, a realizar semanalmente, en grupos de 5-8 personas, en la sala de Educación Maternal del Centro de Salud. Usaremos sillas y colchonetas para los pacientes, y el ordenador para las presentaciones audiovisuales y para reproducir música.

Antes, y a los 3 y 6 meses tras la intervención, se recogerán datos de medicación, Roland-Morris, STAI, Goldberg, EVA y frecuentación.

Aplicabilidad: aplicable en cualquier centro de Atención Primaria con algún profesional entrenado en técnicas de relajación.

Aspectos ético-legales:

Será realizado siguiendo las Normas de Buena Práctica Clínica y la Declaración de Helsinki.

A cada paciente se le entregará por escrito el documento de Consentimiento Informado, explicando la posibilidad de revocación del consentimiento en cualquier momento.

Los responsables de la obtención, manejo y almacenamiento de los datos de la investigación, serán dos investigadores.

Se procederá a anomización de los datos mediante el uso del AN.

El estudio está basado en el riesgo mínimo que supone para cualquier persona sin enfermedad mental grave realizar técnicas de relajación y visualización entregadas por un profesional de la salud adecuadamente entrenado.

Selección de pacientes según los criterios de inclusión y exclusión descritos en "Material y Métodos", evitando la participación de grupos vulnerables.

Consideramos de utilidad social el proyecto pues la práctica de la relajación puede ser realizada por prácticamente toda la población, y ha demostrado ampliamente su utilidad para mejorar las habilidades personales en el afrontamiento de conflictos básicos de la vida diaria.

La competencia del equipo investigador está garantizada pues cada profesional tiene asignada una intervención de su habitual competencia, y los encargados del entrenamiento en relajación tienen la formación y la experiencia pertinentes.

Se solicitará dictamen favorable del Comité de Ética.

Palabras clave: dolor; dolor crónico, atención primaria, técnicas de relajación, relajación muscular, visualización, imaginación guiada, psicoterapia.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

Satisfacción de los músicos profesionales con la atención recibida por los Médicos de Atención Primaria, en los procesos derivados de su especialidad

Pérez Rama EMª[1], Cazallas Casado RMª[1], Moraleda Barba S[2], Nogales Palomeque I[1], Jiménez Guerrero MªD1, López Ruiz EI3

[1] *Médico Residente de 4º año de MFyC. CS de Jaén*

[2] *Médico de Familia. CS de Jaén*

[3] *Médico de Familia. CS de Móstoles. Madrid*

Introducción: los músicos, al igual que otros trabajadores, están expuestos a diversas enfermedades provocadas por la inapropiada ejecución de su instrumento. Al menos el 35 por ciento de los músicos padece alguna patología relacionada con su actividad musical, siendo la guitarra y el bajo los instrumentos que más lesiones provocan. En algunos casos podría considerarse como paciente crónico a los músicos. No poder tocar, dar clase, realizar sus conciertos y la incertidumbre de cuándo se resolverá su proceso, son causas importantes de insatisfacción. Desconocemos si los médicos están sensibilizados ante este contexto.

Objetivos: conocer la satisfacción del músico, en la atención recibida por el Médico de Familia, en los procesos derivados del instrumento musical que ejecutan, mediante un cuestionario propio.

Diseño: estudio descriptivo, transversal y multicéntrico.

Emplazamiento: Atención Primaria.

Material y Métodos:

5 conservatorios (Grado Medio y Superior). Criterios de selección: todos los músicos en activo (profesores), dependientes de los conservatorios, que voluntariamente auto cumplimentarán un cuestionario, con una introducción que explicará el propósito del estudio, su naturaleza científica y académica y las condiciones de anonimato y confidencialidad. Se recogerán datos sobre variables sociodemográficas, especialidad musical, lesiones sufridas en los últimos dos años, frecuentación de las consultas, si precisó baja laboral y si hubo secuelas. Para medir la satisfacción del músico con la atención recibida de su Médico de Familia hemos construido la escala ISMUM (Índice de satisfacción músico-médico) con 10 preguntas referidas a cuatro dimensiones teóricas: bienestar físico, bienestar psíquico y emocional, relación médico – paciente y ambiente laboral. La escala de respuesta será tipo Likert con 8 opciones desde "Muy de Acuerdo" a "Muy en Desacuerdo".

Análisis estadístico: descriptivo y bivariado. Se analizará el porcentaje de respuesta al cuestionario autocumplimentado. Se realizará un análisis factorial exploratorio para identificar qué porcentaje de variabilidad explica las 4 dimensiones diseñadas. Se analizará la consistencia interna de los ítems respecto a su dimensión correspondiente mediante el coeficiente alfa de Cronbach, estableciendo un coeficiente de 0,7 para interpretar la medida como aceptable.

Consideraremos percepción negativa la puntuación ≤3 y claramente positiva si es ≥4. Se analiza la relación entre las puntuaciones de cada dimensión y las variables sociodemográficas mediante el coeficiente de correlación, t de Student y ANOVA.

Aplicabilidad: conocer la satisfacción del músico, en la atención recibida por el Médico de Familia, en cuanto a los procesos derivados de su especialidad, para sensibilizar a los médicos sobre cómo viven ellos su disfunción. En el caso de que el resultado fuese una percepción negativa, reflejar las consecuencias psicológicas, laborales y relacionales derivadas de su actuación.

Aspectos ético-legales: se solicitará aprobación por el Comité de Ética e Investigación Provincial, RD 223/04, manteniendo las normas de buena práctica clínica, RD 223/2003. Se preservará la confidencialidad/anonimato de los datos (Ley 15/1999).

Palabras clave: Música, Satisfacción del paciente y Agotamiento profesional.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

Análisis de la cobertura de la vacunación por VPH en el distrito sanitario

López López C[1], Compán Medina MªM[1], Martos Sánchez PMª[2], De Vicente Contreras D[2], Gómez Román L[1], Aguirre Martínez S[2]

[1] *Médico Residente de 2º año de MFyC. CS La Cañada. Almería*

[2] *Médico Residente de 3er año de MFyC. CS La Cañada. Almería*

Introducción:

La infección por virus del papiloma humano (VPH) es la infección de transmisión sexual más frecuente en mujeres (50-80% será infectada una vez en la vida). Su prevalencia en España es del 3,4-10% a partir de los 30-35 años (10-15% a nivel mundial), con una mortalidad baja (550 muertes/año).

Se han descrito más de 100 cepas del virus como etiología del 100% de los casos de cáncer de cuello de útero (CCU), siendo los subtipos 16 y 18 responsables del 70-75% de ellos.

Entre las estrategias de prevención del Servicio Andaluz de Salud, dentro del Proceso Integral Asistencial del Cáncer de Cérvix/Útero, se incluyó en el calendario de vacunaciones del 2008, la vacuna bivalente recombinante que incluye estos tipos (Cervarix®), con cobertura universal de niñas de 14 años.

Hoy en día pese a las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, basadas en la evidencia, de las ventajas de dicha vacunación y sus escasos secundarismos, todavía se detecta población que declina beneficiarse de ella.

Sobre el CCU tenemos información sobre la causa principal y las formas de prevención, por lo que nos beneficiaríamos en conocer los datos de vacunación y el motivo de no hacerlo. Así, podríamos intervenir de forma educacional y sanitaria sobre la población y poder aumentar la prevalencia de vacunación, y disminuir los motivos sobre la no vacunación como el miedo a la vacuna, la incertidumbre sobre el efecto a largo plazo, la baja incidencia de CCU en España, etc.

Objetivos: conocer la cobertura vacunal del VPH de las adolescentes del Distrito Sanitario desde su incorporación al calendario. Analizar los motivos del abandono o negación a la vacunación.

Diseño: estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento: atención primaria.

Material y Métodos:

Población a estudio deberá cumplir los siguientes criterios de inclusión: adolescentes de 14 años de edad pertenecientes al DSA, bajo consentimiento, con autorización médica en caso de enfermedad de carácter moderado o grave. Se excluirán aquellas que no los cumplan, alérgicas a componentes de la vacuna o gestantes. Las variables cuantitativas del número de vacunadas correctamente, no vacunadas, incorrectamente vacunadas y número de dosis antes de su abandono, se recogerán de los registros del distrito. Los motivos de no vacunación, se obtendrán mediante cuestionario telefónico.

El análisis de datos se realizará con el programa estadístico SPSS 15.0 mediante análisis descriptivo de frecuencias variables cuantitativas y cualitativas, estas últimas comparadas con test de X^2.

Aplicabilidad: conocer la realidad del porcentaje de vacunación del VPH en nuestro distrito sanitario para que nos ayude a planificar campañas de educación sanitaria.

Aspectos ético-legales:

El proyecto de investigación respeta los principios fundamentales establecidos tanto en la declaración de Helsinki como en el convenio del consejo de Europa relativo a los derechos humanos y la biomedicina y los establecidos en la legislación española en el campo de la bioética.

Los datos recogidos no contendrán información identificativa de forma directa. La población participante serían mayores de 14 años, considerándose "menor maduro" de acuerdo a la ley, teniendo capacidad de decisión sobre contestar personalmente o mediante representante.

Palabras clave: cobertura, vacunación, VPH, distrito sanitario.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

Implantar un programa de atención primaria en un campamento de refugiados en medio del desierto

Calderón Nieto R

Médico Residente de 4º año de MFyC CS Palma Palmilla. Málaga

Introducción:

Más de 200.000 personas sobreviven como refugiados, hace mas de 30 años, en medio del desierto, en duras condiciones climáticas y una ausencia total de recursos naturales. Dependen completamente de la ayuda humanitaria que les llega. Se pretende crear un programa de implantación de atención primaria en un campamento de refugiados en medio del desierto.

Objetivos:

1) Contribuir de forma directa a la mejora de la salud de la población.

2) Colaborar con los sanitarios autóctonos en su formación.

3) Profundizar en la extensión de la Historia Clínica Personal al mayor número posible de pacientes.

4) Implantación y extensión de los Programas de Enfermos Crónicos.

Diseño: observacional descriptivo.

Emplazamiento: campamento de refugiados en medio del desierto.

Material y Métodos.

1) Formación y reciclaje de los médicos y enfermeras.

2) Asistencia de consulta a demanda para detección y abordaje de procesos preexistentes e intercurrentes, que, además de su función asistencial, permite:

a. Hacer de "prácticas" para los sanitarios locales.

b. Selección de candidatos para valoración por otras comisiones de especialidades que puedan desplazarse a los campamentos.

c. Detección de pacientes que precisan, por la gravedad de su proceso patológico o la complejidad de su diagnóstico o tratamiento, informe de evacuación rastreo de procesos prevalentes para edad y sexo, independientemente del motivo de consulta.

3) Inicio de actividad de Consulta de Enfermería con funciones Asistenciales y Formativas.

4) Visita a enfermos impedidos en las haimas.

5) Desarrollo, extensión y seguimiento de los Programas de Crónicos.

a. HTA.
b. Diabetes Mellitus.
c. Asma.
d. Glaucoma.
e. Epilepsia.

Aplicabilidad: fomentar programas de cooperación internacional para el desarrollo para implantar programas de salud pública y comunitaria en el marco de un programa de atención primaria entre los residentes de medicina de familia en las Unidades Docentes.

Aspectos ético-legales: desde una perspectiva ética, la responsabilidad solidaria debe fundamentarse en un principio de universalización y orientarse hacia la superación de las marginaciones y discriminaciones. Una ética universalista que atienda estas exigencias de justicia y solidaridad debe promocionar el desarrollo de una conciencia moral en el orden económico, político y cultural. El reconocimiento internacional de estos principios éticos, queda plasmado en la declaración universal de los derechos humanos.

Palabras clave: salud comunitaria, campamento refugiados, cooperación, solidaridad.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

Estudio sobre el manejo terapéutico en mujeres asintomáticas con diagnóstico de vaginosis bacteriana en dos centros de salud

Bellido Salvatier AI[1], Rojo Iniesta M[2], Pedrosa Del Pino M[2]

[1] *Médico Residente de 3er año de MFyC. CS Portada Alta. Málaga*

[2] *Médico Residente de 3er año de MFyC. CS Puerta Blanca. Málaga*

Introducción: la vaginosis bacteriana es la forma de vaginosis más frecuente en todo el mundo, con una prevalencia entre el 10 y 40%. Está asociada a múltiples complicaciones. Tratándola se podría reducir el riesgo de contraer eventos adversos. Por esta razón, algunos expertos apoyan el concepto de tratar a todas las mujeres con vaginosis bacteriana aunque la evidencia disponible, en el momento actual, es insuficiente para apoyar o excluir un beneficio del tratamiento.

Objetivos: determinar la remisión de la infección en mujeres asintomáticas con vaginosis bacteriana no tratadas, con respecto a las mujeres que reciben tratamiento antibiótico.

Diseño: el tamaño muestral estará determinado por mujeres con resultado de vaginosis bacteriana que cumplan los criterios de inclusión a partir de las citologías y/o exudados vaginales. Se utiliza la técnica de muestreo no probabilístico.

Emplazamiento: atención primaria.

Material y Métodos:

La población son mujeres de edades comprendidas entre los 18 y los 55 años pertenecientes a los Centros de Salud de estudio, diagnosticadas de vaginosis bacteriana y asintomáticas.

Los criterios de inclusión comprenden: haber mantenido relaciones sexuales con coito vaginal al menos desde dos años antes de la toma de la citología y/o exudado vaginal; Vaginosis bacteriana demostrada mediante exudado vaginal o citología; Mujeres sexualmente activas. Los criterios de exclusión son: no aceptar participar en el estudio; Portadoras de otras infecciones de transmisión; Gestantes; Promiscuidad sexual.

El estudio se llevará a cabo en dos fases. En la primera se realizará un análisis descriptivo transversal o de prevalencia, para variables cualitativas se calcularán frecuencias absolutas y porcentajes y para variables cuantitativas, media o mediana, desviación estándar, mínimo y máximo, e intervalo de confianza del 95%. La segunda fase se trata de un estudio analítico observacional de cohortes prospectivo, en el que se calculará la tasa de incidencia de curación a través del riesgo relativo, diferencia de incidencias o riesgo atribuible y fracción atribuible. El análisis bivariante para variables independientes cualitativas se realizará mediante la Chi-cuadrado y para variables independientes cualitativas dicotómicas y cuantitativas la t de Student, con un nivel de confianza del 95%.

La validez interna del estudio puede verse afectada por los sesgos de: selección, información (sesgo de la memoria motivada; sesgo del entrevistador; sesgo de obsequiosidad; sesgo de falseamiento) y los de confusión.

Aplicabilidad:

Dado que en una parte de las pacientes persisten los síntomas durante larga data e incluso aparecen complicaciones, queremos obtener una respuesta encaminada hacia si plantear un tratamiento farmacológico o, si por lo contrario, hay que declinarse por una abstención terapéutica.

Se conseguiría unificar criterios en cuanto el manejo de la vaginosis bacteriana asintomática.

Al no haber fuentes que se centren en este tipo de estudio, los resultados obtenidos tendrían un alto impacto para la comunidad sanitaria.

Aspectos ético-legales:

La obtención de datos se hará conforme a lo que se establece en la legislación vigente en España sobre protección de datos.

El proyecto será sometido a estudio y aprobación por los Comités Éticos.

Palabras clave: bacterial vaginosis, asymptomatic condition, treatment.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

Estudio de la calidad y grado de cumplimentación de los documentos de derivación a Área Hospitalaria de Obstetricia ante diagnóstico de embarazo desde las Unidades de Gestión Clínica de Atención Primaria dependientes de ella

Sandoval Codoni J[1], Pérez Romera FJ[2], Hamido Mohamed N[3], Navarro Aparicio N[4], Berenguer Callejón M[5], Vázquez Villegas J[2]

[1] *Médico Residente de 3er año de MFyC. CS La Mojonera. Distrito Poniente. Almería*

[2] *Médico de Familia. UGC La Mojonera Distrito Poniente. Almería*

[3] *Médico Residente de 4º año de MFyC. CS de Roquetas de Mar. Distrito Poniente. Almería*

[4] *Médico Residente de 1er año de MFyC. CS de Roquetas de Mar. Distrito Poniente. Almería*

[5] *Médico Residente de 3er año de MFyC. CS de Vícar. Distrito Poniente. Almería*

Introducción:

La falta de una buena comunicación y coordinación entre Atención Primaria (AP) y Atención Hospitalaria (AH)conduce a una pérdida de calidad en la asistencia con la consecuente repercusión para la salud del paciente, así como para el sistema sanitario (aumento de los costos de la atención, demoras y gestión ineficiente de los recursos). Una buena comunicación y coordinación está determinada por un correcto y claro reparto de las tareas asignadas a cada profesional y por la cumplimentación de los documentos consensuados de derivación. Esta es la base en la que se sustenta el concepto de continuidad asistencial entendido como la capacidad de los servicios sanitarios para ofertar sincronizadamente un objetivo asistencial común de calidad.

Un ejemplo en el que se pone de manifiesto la necesidad de una continuidad asistencial es en el manejo y seguimiento del embarazo. Esta necesidad ha sido recogida y plasmada por multitud de grupos de trabajo, instituciones y publicaciones, como sucede en el Proceso Asistencial Integrado (PAI) Embarazo Parto y Puerperio de la Junta de Andalucía.

El trabajo que aquí se desarrolla, tomando como referencia las indicaciones del PAI, va a estudiar el grado de cumplimiento de las tareas asignadas a Atención Primaria centrándose en la captación y derivación de las embarazadas en nuestra zona.

Objetivos:

Principal: Conocer las características de las derivaciones de primera visita de gestantes desde las Unidades de Gestión Clínica (UGC) de Atención Primaria dependientes del área de Obstetricia de su Hospital de referencia.

Secundarios: Conocer posibles diferencias en cuanto a precocidad de captación según nacionalidad de la gestante (inmigrante o española). Establecer áreas de mejora.

Diseño: estudio descriptivo de las variables: edad, presencia de alergias, de listado de problemas, nacionalidad, Fecha Última Regla (FUR), cumplimentación de cartilla maternal (con antecedentes personales, familiares , ginecológicos y obstétricos), inicio de fólico-yodoterapia, captación correcta vs tardía.

Emplazamiento: Unidad de Gestión Clínica de AP y Hospital de referencia.

Material y Métodos: Historia Clínica Digital, Cartilla maternal.

Criterios de selección de la muestra: Total de derivaciones producidas desde las UGC de AP durante un trimestre como 1ª visita en Obstetricia.

Aplicabilidad:

Con este trabajo esperamos poner de manifiesto el grado de cumplimiento del acuerdo establecido entre AP y AH en lo referente a la captación e inclusión dentro de proceso asistencial del embarazo y proponer según los resultados obtenidos áreas de mejora dirigidas a dar una asistencia de mayor calidad para los pacientes.

También buscamos conocer posibles diferencias entre población inmigrante y foránea en lo referente a la precocidad de la captación y establecer posibles soluciones si se diesen éstas.

Aspectos ético-legales: el siguiente proyecto no incurre en conflictos éticos ni legales.

Palabras clave: Embarazo, Derivación, Continuidad asistencial.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

Indicadores de calidad del código sepsis en el servicio de urgencias del complejo hospitalario

Cañadas López P[1], Hernández Aliaga MA[2], Martos Sánchez PM[a3], García Olivares G[4], Salvador Gómez AJ[5]

[1] *Médico Residente de 4º año de MFyC. CS Plaza de Toros. Almería*

[2] *Médico Residente de 4º año de Medicina del Trabajo. Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Almería*

[3] *Médico Residente de 3er año de MFyC. CS La Cañada. Almería*

[4] *Médico Residente de 3er año de MFyC. CS Virgen del Mar. Almería*

[5] *Médico Residente de 4º año de MFyC. CS Almería Centro. Almería*

Introducción:

La sepsis es un gran problema sanitario a nivel mundial. Millones de personas en todo el mundo la padecen anualmente, y en los últimos tiempos las cifras han aumentado. Además, un 25%, en ocasiones más, de las personas que la padecen, mueren por esta causa. La sepsis es la disfunción severa y aguda en el organismo como consecuencia de una infección constatada o sospechada. El shock séptico es un estado más grave del mismo proceso, en el que además existe hipotensión arterial severa con poca o nula respuesta a fluidoterapia intensiva.

Cuanto más temprano es el diagnóstico y la instauración de tratamiento apropiado, las probabilidades de supervivencia aumentan. Igualmente, muchas complicaciones potencialmente letales se minimizan o evitan.

Los objetivos terapéuticos de la Campaña para sobrevivir a la Sepsis, actualmente considerados como estándares de calidad, son los siguientes:

a. En el plazo de 3 horas: medir ácido láctico; extracción de hemocultivos previa a antibioterapia; antibioterapia de amplio espectro; control de la hipotensión arterial.

b. En el plazo de 6 horas: uso de vasopresores ante hipotensión resistente a fluidoterapia; si persiste hipotensión medir la presión venosa central y saturación de oxígeno venoso central; medir nuevamente el ácido láctico si éste estaba elevado inicialmente.

Por tanto, la importancia del reconocimiento y tratamiento precoz en este proceso es nuclear para mejorar la supervivencia de los pacientes.

Objetivos:

Principal: determinar si el código sepsis se ha implantado de forma correcta en el Complejo Hospitalario, en función de los objetivos terapéuticos establecidos para la atención en las 3 primeras horas.

Secundario: determinar cuántos de los pacientes proceden de Atención Primaria, y comparar los estándares finales de éstos con los de los pacientes que acceden por medios propios.

Diseño: se trata de un estudio descriptivo observacional prospectivo.

Emplazamiento: atención hospitalaria.

Material y Métodos:

Se incluirán en este estudio todos los pacientes diagnosticados de sepsis y shock séptico en el Servicio de Urgencias, que tengan entre 18 y 85 años y que firmen el consentimiento informado. Además deberán cumplir todos los criterios de inclusión y ninguno de exclusión.

Criterios de inclusión: pacientes que cumplan criterios diagnósticos de sepsis/shock séptico, edad de 18-85 años, diagnóstico realizado, firma de consentimiento informado.

Criterios de exclusión: no cumplir los criterios de inclusión.

Mediciones e intervenciones: se recogerá si a las 3 horas desde su llegada se ha solicitado ácido láctico, extracción de hemocultivos previa antibioterapia, antibioterapia de amplio espectro, control de tensión arterial.

Análisis estadístico: se usará el programa SPSS 22.00 para sistema operativo Windows.

Limitaciones del estudio: sesgo de información (variabilidad de personal, variabilidad en la recogida de información en las historias), no participación en el estudio, profesionales que no codifican en diagnóstico al alta.

Aplicabilidad: con este estudio se pretenden estudiar los posibles fallos del código y si los hubiera, plantear medidas correctoras en la práctica clínica diaria.

Aspectos ético-legales: antes de comenzar el estudio, éste deberá ser valorado y aprobado por el comité de ética.

Palabras clave: Sepsis, Time, Quality Indicators.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

Características del tratamiento con opiáceos, motivo de prescripción y perfil de los pacientes en un centro de atención primaria urbano

Fernández Iglesias I, Vicioso De los Santos I

Médico de Familia. CS Virgen del Mar. Málaga

Introducción: anteriormente el dolor era entendido como un síntoma de una enfermedad por lo que un correcto tratamiento de la misma sería suficiente para aliviarlo. La International Association for the Study of Pain (IASP) define el dolor como "una experiencia y emoción desagradable asociada a daño tisular real o potencial, o bien descrita en términos de tal daño si persiste, sin remedio disponible para alterar su causa o manifestaciones, una enfermedad en sí misma". El paciente expresa esta experiencia como una vivencia sensitiva y subjetiva, influenciada por las creencias y actitudes de cada individuo y percibida de manera desigual. Cada día con más frecuencia en la práctica clínica diaria se encuentran pacientes que acuden al centro de salud esperando ponerle fin a su dolor, principalmente ancianos pluripatológicos y pacientes oncológicos. Por este motivo el tratamiento del dolor crónico de moderado a intenso exige la administración de medicamentos cada vez más potentes como en el caso de los opioides. La eficacia de este tipo de tratamiento depende de una adecuada valoración del dolor, de la correcta selección del opioide, establecimiento de dosis y pautas terapéuticas correctas.

Objetivos: describir y analizar el perfil del paciente en tratamiento con opiáceos, motivos de prescripción más frecuentes y las pautas terapéuticas más utilizadas (tipo de opioide, dosis, vía de administración, duración del tratamiento y coadyuvantes).

Diseño: analítico, descriptivo y comparativo.

Emplazamiento: atención primaria.

Material y Métodos: se incluyen todos los pacientes en tratamiento con opioides de un centro de salud urbano desde enero a junio del 2013. Las variables son: edad, sexo, antecedentes patológicos, motivo de prescripción, duración de tratamiento, tipo de opiáceo y tratamiento coadyuvante. Se creará una base de datos con la información extraída de las historias clínicas de los pacientes que cumplan los criterios de inclusión. La limitación principal del mismo es que solo se toma en cuenta un solo centro de salud ya que sería idóneo poder incluir más centros tanto urbanos como rurales y de otras ciudades.

Aplicabilidad: conocer si se realiza un enfoque y terapéutica correcta al compararlo con las guías actuales debido a que la eficacia de este tipo de tratamiento depende de una adecuada valoración del dolor, de la correcta selección del opioide, establecimiento de dosis y pautas terapéuticas correctas, pudiendo así corregir los errores cometidos.

Aspectos ético-legales: se cuenta con la aprobación del comité ético del centro. Los datos personales de los pacientes se mantienen en anonimato.

Palabras clave: Dolor, Opiáceos.

Casos clínicos orales
Casos clínicos tipo póster

CASO CLÍNICO ORAL

Atención biopsicosocial de paciente pluripatológico de reciente diagnóstico

Atienza López SM[1], Simao Aiex L[2]

[1] *Médico Residente de MFyC. CS Mancha Real. Mancha Real. Jaén*

[2] *Médico Residente de MFyC. CS El Valle. Jaén*

Ámbito del caso: atención primaria y especializada.

Motivo de consulta:

Edemas en pies, tobillos, manos y periorbitarios de meses de evolución. Algias en miembro inferior derecho. Creencia de enfermedad. Trastorno de ansiedad generalizada.

Historia Clínica:

Varón de 65 años, pastor de profesión, bebedor ocasional, desconocido hasta este momento, que acude a consulta por cuadro de edemas en mmii, manos y periorbitarios, de 5-6 meses de evolución. El paciente cree que tiene una infección generalizada, situación que le genera gran inquietud, alteraciones del sueño, tensión muscular.... En posterior consulta acude muy asustado y nervioso, con dolor en pierna derecha, diciendo "Necesito antibiótico, me han contagiad", por lo que se realiza una anamnesis mas dirigida en la que refiere que frecuenta clubs de alterne. Se solicitan pruebas analíticas y se deriva a urgencias y nefrología para completar estudio.

Exploración: Edemas mmii hasta rodillas con fóvea++/+++, en manos y periorbitario. Calor, rubor y aumento de diámetro en derecha. Conducta huidiza, no mantiene mirada. Nerviosismo. Resto anodino.

Pruebas Complementarias: Analítica: proteinuria, dislipemia y alteración de la función renal. ECG normal. Biopsia renal: Depósito amiloide en paredes capilares. Eco Doppler: Signos de TVP infrapoplítea que afecta a vena tibioperonea

Enfoque familiar y comunitario. Estudio de la familia y la comunidad: No tiene familia, vive solo en Estadio 1 del ciclo vital. Escasa red social.

AVE: Soledad afectiva. Cree tener enfermedad infecciosa.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas:

Síndrome nefrótico secundario amiloidosis. TVP. Insuficiencia renal. Trastorno ansiedad

Diagnóstico-Diferencial: ICC. Mieloma múltiple.

Tratamiento, planes de actuación: Citas programada con equipo multidisciplinar (médico, enfermería, trabajador social) en las que se realizar terapia cognitiva para modificar creencias, educación nutricional e inclusión en talleres comunitarios para ampliar red social. Tratamiento farmacológico.

Evolución: Aunque actualmente sigue solo, se está consiguiendo una integración social progresiva. Buena relación y gran confianza paciente-equipo sanitario. Excelente adherencia al tratamiento.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): la actuación del MAP no debe quedar restringida a signos/síntomas físicos. Entender la vivencia de enfermedad del paciente y realizar un abordaje biopsicosocial, puede disminuir la carga de sufrimiento.

Palabras clave: Síndrome Nefrótico, Atención integral.

CASO CLÍNICO ORAL

Evitar la inercia en pacientes con fibromialgia: dolor con evidencias, a propósito de un caso

Fernández Ortega S[1], Machuca Albertos MªJ[2], Luque Barea MªA[3]

[1] *Médico Residente 3er año de MFyC. CS La Laguna. Cádiz*
[2] *Médico Residente 4º año de MFyC. CS La Laguna. Cádiz*
[3] *Médico de Familia. CS La Laguna. Cádiz*

Ámbito del caso: atención primaria.

Motivo de consulta: dolor abdominal.

Historia Clínica:

Mujer de 49 años, sin alergias medicamentosas conocidas e hiperfrecuentadora en relación a antecedentes médicos de fibromialgia, intervenida de dos cesáreas y en tratamiento con Naproxeno y Omeprazol. Consulta refiriendo dolor abdominal en hipocondrio izquierdo, con sensación de malestar general de un mes de evolución. Niega fiebre, náuseas ni vómitos, alteraciones en el hábito intestinal, síndrome constitucional ni otra sintomatología.

A la exploración, la paciente se encuentra estable hemodinámicamente, con buen estado general. La auscultación cardiaca y respiratoria son anodinas y a la palpación abdominal, el abdomen es blando, depresible, doloroso a la palpación profunda de hipocondrio izquierdo, no palpándose masas ni megalias, sin signos de irritación peritoneal ni adenopatías.

Dada su insistencia, se solicita ecografía abdominal donde se objetivan lesiones ocupantes de espacio (LOEs) esplénicas sugestivas de linfoma. Se deriva a Medicina Interna desde donde se solicita Tac abdominal que describe múltiples LOEs esplénicas sin esplenomegalia junto a lesiones blásticas a nivel de pelvis ósea y cuerpos vertebrales de L2, L4 y L5; todo ello compatible con linfoma esplénico sin descartar metástasis de melanoma.

Ante la sospecha de melanoma se solicita Tac torácico informado como normal.

Se deriva a Hematología, donde realizan aspirado de médula ósea que resulta normal y se deriva a Cirugía General para realizar esplenectomía laparoscópica.

La anatomía patológica de la pieza llega al diagnóstico de transformación nodular angiomatoide esclerosante del bazo (SANT), lesión vascular no neoplásica de comportamiento benigno. La paciente mantiene una evolución favorable siendo las ecografías posteriores a la intervención normales.

Se solicitó Resonancia Magnética para reevaluación de lesiones lumbares, describiéndose como focos escleróticos inespecíficos, en seguimiento actualmente por Traumatología.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): la fibromialgia es una enfermedad crónica de etiología desconocida con estigmatización que debe evitarse valorando cualquier motivo de consulta al margen de dicha entidad. La SANT es una lesión benigna, de patogénesis desconocida, cuyo hallazgo suele ser incidental. Su diagnóstico debe ser histopatológico ya que no existen criterios radiológicos definitivos que la definan. Es una lesión vascular no neoplásica de evolución benigna localizada secundaria a una exagerada proliferación estromal.

Palabras clave: fibromyalgia, abdominal pain, spleen lesión.

CASO CLÍNICO ORAL

Ojos que no ven, problema que se escapa

Parra Morales A[1], Zafra Ramírez N[1], Basterra Montero M[a2]

[1] *Médico Residente de 2º año de MFyC. CS El Valle. Jaén*

[2] *Médico Residente de 2º año de MFyC. CS Federico del Castillo. Jaén*

Ámbito del caso: mixto, atención primaria y hospitalaria.

Motivo de consulta: disnea de mínimos esfuerzos.

Historia Clínica:

Enfoque individual:

Antecedentes personales: Bradicardia asintomática, Dermatitis de contacto, Hipertensión arterial en tratamiento, Varices en piernas. Intolerancia a IECAS (tos). No hábitos tóxicos.

Anamnesis: Mujer de 77 años independiente para las actividades de la vida diaria que consulta en Abril de 2012 por disnea de mínimos esfuerzos de reciente aparición sin otra sintomatología.

Exploración: SO2: 96%, FC: 64 lpm, TA: 135/66. Gran bocio con varices en tórax, exoftalmos, chapetas malares. Auscultación cardiaca: Soplo sistólico polifocal. Resto de aparatos y sistemas normal.

Pruebas complementarias: Analítica destaca creatinina 1.2 y tiroxina libre en 2,87, resto normal. ECG: ritmo sinusal a 100 lpm, eje izquierdo, bloqueo de rama derecha. Rx tórax: Elongación aortica, elevación de hemidiafragma derecho, ensanchamiento lobulado de mediastino anterior que comprime la tráquea. Tac tórax: Bocio multinodular gigante con estenosis traqueal. Ecocardiograma: Insuficiencia mitral.

Enfoque familiar y comunitario: Estudio de la familia y la comunidad: familia nuclear en fase de nido vacío. Buena dinámica familiar con su marido y sus tres hijos. Apoyo afectivo de marido. Acontecimientos vitales estresantes: cirugía.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: bocio gigante y disnea por compresión. A descartar insuficiencia cardiaca y patología maligna tiroidea y mediastínica. El problema subyace del retraso diagnóstico. Diagnóstico final de bocio endotorácico multinodular tóxico que comprime vía aérea principal.

Tratamiento, planes de actuación: se derivó a Cardiología y Endocrinología; éstos aconsejaron tiamazol 5mg y derivación a Cirugía para tiroidectomía total. Visitas domiciliarias programadas desde Atención Primaria y planteamiento de voluntades anticipadas. Abordaje biopsicosocial. Apoyo al marido como cuidador principal.

Evolución: se descartó patología maligna tiroidea. La paciente rechazó cirugía por miedo a la intervención ("Soy de cuello ancho de toda la vida y me ha dicho que me puedo quedar en el quirófano") lo que supuso un estado ansioso que necesitó tratamiento. La compresión traqueal y la disnea aumentaron provocando el fallecimiento de nuestra paciente.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): el retraso diagnóstico es la causa fundamental de la progresión e irreversibilidad de la situación de la paciente. Tenemos que aprovechar la cercanía y accesibilidad a nuestros pacientes para hacer exploraciones periódicas que abarquen más allá del motivo de consulta inicial adaptando la agenda del paciente y del médico.

Palabras clave: Retraso diagnóstico, Glándula tiroidea.

CASO CLÍNICO ORAL

Polimialgias: un mundo por explorar

Herrera Herrera S, Simao Aiex L, Zafra Ramírez N

Médico Residente de MFyC. CS El Valle. Jaén

Ámbito del caso: atención primaria y especializada.

Motivo de consulta: algias generalizadas.

Historia Clínica:

Mujer de 47 años, auxiliar administrativo, con antecedentes personales de artritis reumatoide, portadora sana de VHB, sacroileítis y alergia a tramadol y ciprofloxacino, que acude a consulta en diversas ocasiones por dolor lumbar y abdominal, por lo que se pautan analgésicos. En posteriores consultas presenta polimialgias, mal estado general, distermia, ansiedad y diplopía.

Exploración física anodina excepto contractura dorsolumbar, dolor a la palpación de hipogastrio y leve limitación de la abducción de ojo derecho con diplopía hacia la derecha y horizontal hacia arriba, sin alteración pupilar.

Se solicita radiografía lumbosacra objetivándose la sacroileítis. Además de radiografía de tórax, radiografía abdominal, ecografía abdominal, TAC craneal y analítica sin hallazgos.

El genograma identifica a una persona sola, procedente de una familia normofuncionante, en estadio I del ciclo vital, con gran apoyo familiar y social y sin AVE de interés.

Dada la evolución tórpida del cuadro, y poca respuesta al tratamiento (analgésicos, relajantes musculares y ansiolíticos), así como el tiempo de evolución (2 años); y ante la sospecha de miastenia gravis, se deriva a neurología para realización de pruebas complementarias y confirmación del diagnóstico. Se realiza resonancia magnética craneal y columna así como angioRM craneal que son normales. Anticuerpos antirreceptor de Acetilcolina negativos. El EMG identifica neuropatía periférica (afectación de C6 derecha y nervios medianos de grado moderado); Estudio de fibra simple: jitter aumentado. Tras descartar otras posibles patologías como polimiositis, miopatía endocrina, fibromialgia, síndrome Eaton-Lambert y LOE se confirma el diagnóstico de Miastenia Gravis tipo IIA seronegativa,

Inicia tratamiento con piridostigmina bromuro y prednisona, presentando secundarismos a corticoides, que se suspenden gradualmente y se pauta azatioprina, sin mejoría de la sintomatología. En la actualidad la paciente toma tacrolimus y piridogtigmina bromuro, con mejoría pero no encontrándose asintomática.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): siempre que estemos ante cuadros inespecíficos hay que seguir alerta y agotar todas las posibilidades diagnósticas y terapéuticas, ya que detrás de un paciente hiperfrecuentador con sintomatología frecuente e inespecífica como la lumbalgia o la ansiedad también puede haber una patología más grave.

Palabras clave: miastenia gravis, lumbalgia, diplopía.

CASO CLÍNICO ORAL

Abordaje de un paciente de 73 años con prurito intenso

Adame Luna AJ[1], García Ávalos D[2]

[1] *Médico Residente de 3er año de MFyC. CS San Felipe. Jaén*
[2] *Médico Residente de 1er año de MFyC. CS San Felipe. Jaén*

Ámbito del caso: centro de salud.

Motivo de consulta: prurito.

Historia Clínica:

Antecedentes personales:

No alergias medicamentosas conocidas, no hábitos tóxicos.

Factores de riesgo cardiovascular: diabetes mellitas tipo II con mal control metabólico, hipercolesterolemia.

Insuficiencia arterial crónica (isquemia IIA estable). Retinopatía diabética.

Intervenciones quirúrgicas: quiste sebáceo cara

Anamnesis:

Paciente que acude a consulta por presentar prurito intenso generalizado, de un mes de evolución, no lo achaca a alimentos de nueva introducción ni fármacos. No agravamiento con calor, frio, ejercicio, sudoración o uso de jabones. No animales domésticos.

Niega dolor abdominal, no síntomas gastrointestinales. No pérdida de peso ni anorexia. En ocasiones no le permite conciliar sueño.

Enfoque familiar: ciclo vital: vive con su mujer 72 años, nido sin usar. Apgar normofuncional. El paciente se encuentra muy angustiado, su mujer refiere encontrarlo malhumorado e irritable.

Exploración:

Buen estado general, consciente, orientado y colaborador. Eupnéico en reposo. Normocoloreado y normoperfundido. Discreta ictericia conjuntival

Lesiones de rascado en tronco, miembros inferiores y abdomen, no sugerentes de escabiosis, dermatosis...

Auscultación cardiorrespiratoria: rítmico, sin soplos ni extratonos, murmullo vesicular conservado sin ruidos patológicos sobreañadidos.

Abdomen: blando, depresible, no doloroso a la palpación, no organomegalias ni masas, no signos de irritación peritoneal. Puño-percusión renal bilateral negativa.

Pruebas complementarias:

Hemograma: normal

Bioquímica sangre: GGT 690, GOT 308, GPT 234, FA 596 (patrón colestasis) resto dentro de la normalidad. HbA1c 10%, PSA 13.04

Uroanálisis: glucosa 300

Ecografía abdominal: destaca dilatación vía biliar extrahepática e imagen hiperecogénica en cabeza de páncreas.

Diagnóstico diferencial:

Colelitiasis, Coledocolitiasis, Dilatación vía biliar extrahepática.

Juicio clínico: ictericia obstructiva de probable origen pancreático.

Plan de actuación

Se deriva al paciente a centro hospitalario de referencia donde es ingresado de manera programada y valorado por cirugía general y digestiva, presentado el caso ante el comité de tumores tras diagnosticar un carcinoma cabeza de páncreas resecable el paciente se propone para duodenopancreatectomía cefálica.

Actualmente paciente en seguimiento por Oncología y tratamiento quimioterápico en remisión de neo de páncreas. Encontrándose estable, con buen control, episodio de disnea tras primera sesión quimioterapia que se controló con oxigenoterapia y diuréticos. Resto toleró bien.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): importancia del abordaje y manejo integral de un paciente, revisión sistemática diagnóstico diferencial prurito y patrón colestasis.

Palabras clave: Prurito, Colestasis, Ictericia.

CASO CLÍNICO ORAL

¿Este tratamiento es adecuado?

Aguado de Montes MªC[1], Bascuñana Garrido Mª[1], Sánchez González I[2]

[1] *Médico Residente de 3er año de MFyC. CS Las Palmeritas. Sevilla*

[2] *Médico Residente de 2º año de MFyC. CS Las Palmeritas. Sevilla*

Ámbito del caso: atención primaria/hospitalaria.

Motivo de consulta: lumbalgia postraumática.

Historia Clínica:

• Antecedentes Personales: Mujer, 71 años. HTA, DM-2, hipercolesterolemia en tratamiento.

• Anamnesis: Dolor lumbar tras caída casual en domicilio hace 2 semanas que no mejora con tratamiento analgésico, habiéndose descartado fractura mediante Rx.

• Exploración: No dolor a palpación en apófisis espinosas, contractura musculatura paravertebral lumbar. Fuerza, sensibilidad y ROT conservados. Lassegue y Bragard negativos.

• Pruebas Complementarias:

Rx dorsolumbar AP y L (10/06/13): no se observan trazos de fractura.

Rx dorsolumbar AP y L (04/09/13): aplastamiento D12 (no apreciándose en Rx del día de caída).

TAC columna dorsolumbar: fractura-aplastamiento D12, características radiológicas benignas.

Densitometría ósea: columna lumbar T-Score -2.02DS, cuello femoral T-Score -3.0DS.

Analítica: Bioquímica y hemograma sin alteraciones. Marcadores remodelado óseo en rango.

- Enfoque familiar-comunitario: familia nuclear, etapa IV ciclo familiar, periodo centrífugo. Hasta ahora independiente, realizando toda tarea doméstica; en ocasiones se ocupa de sus nietos. Preocupación por incapacidad para realizar vida habitual.

- Juicio clínico: Fractura osteoporótica D12.

- Diagnóstico diferencial: contractura muscular, fractura, espondiloartrosis, osteoporosis, metástasis tumoral, osteomielitis.

- Identificación problemas: Fractura vertebral, mantener autonomía.

- Plan de actuación: No mejora, por lo que repetimos Rx (apreciación aplastamiento D12, signos osteoporóticos). Inicia tratamiento con calcio-vitamina D y ácido alendrónico.

- Evolución: consulta con Traumatología: prescribe tratamiento ortésico, analgesia y ranelato de estroncio, retirada ácido alendrónico y derivación a Rehabilitación. Tras valoración, se confirma fractura D12 mediante TAC; se modifica nuevamente tratamiento, indicándose Teriparatida.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia):

Según guías clínicas, tratamiento de primera elección: bifosfonatos. En nuestra paciente fueron retirados desde atención hospitalaria, instaurándose fármacos de segundo escalón (no existe evidencia de prevención de fractura de cadera ni radio).

Destacar uso de ranelato de estroncio, retirado del mercado (enero 2014) por elevado riesgo cardiovascular y limitada eficacia. Tras revaluación pasa a ser medicamento de Diagnóstico Hospitalario (agosto de 2014).

Teriparatida, tratamiento de segunda elección (prevención secundaria, mujeres con fractura vertebral y alto riesgo). Uso reducido en AP. No ha demostrado reducir riesgo de fractura cadera y sí aumentar riesgo de fractura radio.

Por todo ello, consideramos que se debería haber continuado tratamiento con ácido alendrónico, siendo evaluado posteriormente para comprobar eficacia antes de pasar a segundo escalón terapéutico.

Palabras clave: Lumbalgia, Osteoporosis, Tratamiento.

CASO CLÍNICO ORAL

¿Caída por tropiezo?

Ramírez Robles CM[a1], Ramírez Robles R[2], Rivas del Valle PA[3]

[1] *Enfermera. Hospital de Motril. Granada*

[2] *Médico de Familia. Hospital de Alta Resolución El Toyo. Granada*

[3] *Médico de Familia. Hospital Clínico San Cecilio. Granada*

Ámbito del caso: urgencias.

Motivo de consulta: caída con golpe en coxis.

Historia Clínica:

Antecedentes personales: paciente de 88 años con hernia de Morgagni gigante, HTA, osteoporosis. En tratamiento con enalapril/hidroclorotiazida, esomeprazol. Sin alergias conocidas.

Anamnesis: acude a urgencias acompañada de su hijo que la ha encontrado en el suelo cuando ha ido a visitarla. Refiere caída hacia atrás con golpe en coxis. Al preguntar por el mecanismo de la caída la paciente cree que se ha mareado "me ha dado algo a la cabeza", aunque el hijo afirma que se ha tropezado ya que deambula con dos muletas y con frecuencia tiene caídas. La paciente niega dolor torácico o disnea.

Exploración: buen estado general, consciente y orientada, hemodinámicamente estable, ligera taquipnea sin tiraje. Saturación 96%.

ACR: tonos rítmicos sin soplos, murmullo conservado

Abdomen: anodino.

MMII: no edemas ni signos de trombosis venosa profunda.

Dolor a la palpación de región coccígea, no crepitación ni deformidad.

Pruebas complementarias:

ECG: fibrilación auricular con respuesta ventricular controlada, no alteraciones de la repolarización, no bloqueos.

Analítica: destaca hiponatremia de 129, dímero-D >10.000, leucocitosis con neutrofilia.

Gasometría arterial: destaca pH 7.49, Pco2 34 mmHg, Po2 79 mmHg.

Radiografía tórax: cardiomegalia, hilios congestivos.

Radiografía coxis: sin alteraciones óseas agudas.

Enfoque familiar y comunitario: se trata de una paciente que vive sola, parcialmente dependiente para las ABVD, camina con dos muletas por su casa. Su hijo vive en la casa de arriba y va a visitarla varias veces al día.

Juicio clínico: fibrilación auricular no conocida, sospecha de tromboembolismo pulmonar.

Planes de actuación: se deriva a hospital de referencia para la realización de angio-TAC helicoidal. Al informar al hijo de los resultados de las pruebas y de la necesidad de traslado a otro hospital, este insiste en que seguro que su madre se ha caído por tropiezo…

Se realiza angio-TAC: defecto de repleción intravascular pulmonar en relación con TEP en arteria pulmonar principal izda. Se procede a ingreso en el servicio de medicina interna .

Evolución: la paciente se encuentra actualmente ingresada en el hospital.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): el TEP es un problema de salud muy importante, es de difícil diagnóstico, ya que los síntomas son inespecíficos. Por estos motivos para el diagnóstico es importante tener un alto nivel de sospecha ante pacientes con síntomas y factores de riesgo. Es importante tener en cuenta la sintomatología que refieren los pacientes mayores y no achacarla directamente con problemas relacionados con la disminución de sus capacidades.

Palabras clave: Pulmonary Embolism, dizziness, Contusions.

CASO CLÍNICO ORAL

Abordaje en una madre de 23 años con problemas familiares

Pedrosa García C[1], Sánchez Torres E[2]

[1] *Médico Residente de 3er año de MFyC. CS José López Barneo. Torredonjimeno (Jaén)*
[2] *Médico Residente de 1er año de MFyC. CS José López Barneo. Torredonjimeno (Jaén)*

Ámbito del caso: mixto; la mayor parte en atención primaria, pero también en urgencias.

Motivo de consulta: la primera visita fue en Urgencias de Atención Primaria por una crisis de ansiedad tras un episodio de malos tratos. Los meses siguientes, la paciente acudió a consulta programada en numerosas ocasiones por tristeza, ganas de llorar, insomnio de conciliación, anorexia, pérdida excesiva de peso y astenia.

Historia Clínica:

- Enfoque individual:

- Antecedentes personales: sin interés.

- Anamnesis: mujer de 23 años que vive con su abuela y es madre de un hijo de tres años.

- Exploración: física general y por aparatos y sistemas normal. Alterada exclusivamente la exploración psíquica.

- Pruebas complementarias: analítica completa y electrocardiograma sin alteraciones.

- Enfoque familiar y comunitario:

Familia monoparenteral ampliada con parientes en la etapa IIA (Extensión), fase centrípeta del Ciclo Vital Familiar (familia con disfunción familiar grave). Red social con bajo apoyo emocional. Acontecimientos Vitales Estresantes: malos tratos por parte de su ex pareja y padre de su hijo, muerte de su madre hace tres años por cáncer de pulmón y cirrosis alcohólica, muerte de su padre ahorcado hace cinco meses, hermanos que viven fuera.

- Diagnóstico diferencial: en función de la sintomatología, se plantearon: síndrome ansioso-depresivo, trastorno depresivo, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno adaptativo, trastorno de estrés postraumático, víctima de malos tratos, anorexia y bulimia nerviosas.

- Juicio clínico: Tras valorar la clínica, el genograma y los AVE nos planteamos un trastorno del estado de ánimo: trastorno depresivo mayor (F32.9 según la CIE-10 y según la DSM-IV).

- Planes de actuación: Tratamiento antidepresivo, ansiolítico y apoyo emocional por nuestra parte.

- Evolución: Actualmente nuestra paciente continua con el tratamiento pautado, aunque demuestra mejoría anímica gracias fundamentalmente al nuevo apoyo familiar.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): la aplicabilidad de este caso para la MFyC se basa en la importancia que tiene conocer los problemas socio-familiares del entorno de nuestros pacientes para poder relacionar en conjunto toda su sintomatología y abarcarla en una patología con fuerte base psicosocial.

Palabras clave: atención primaria, depresión, madres.

CASO CLÍNICO ORAL

Intervención en mujer de 44 años con vértigos y cefalea persistentes a tratamientos farmacológicos

Tornero Suárez I[1], Anguita Mata C[1], Albusac Lendínez S[2]

[1] *Médica Residente de 2º año de MFyC. CS El Valle. Jaén*

[2] *Médica Residente de 2º año de MFyC. CS Las Fuentezuelas. Jaén*

Ámbito del caso: mixto; entre atención primaria y atención hospitalaria.

Motivo de consulta: síntomas de vértigo periférico y cefalea.

Historia Clínica:

Enfoque individual:

Antecedentes personales: Sin antecedentes personales de interés, no toma medicación, no hábitos tóxicos.

Anamnesis: Mujer de 44 años que comienza a acudir de forma reiterada a nuestra consulta, con clínica de cefalea y vértigos, que cede parcialmente a tratamiento farmacológico. Se decide derivar al servicio de Otorrinolaringología y Neurología. Ambos le dan el alta para seguimiento en atención primaria descartando patología orgánica. Ante las múltiples visitas va confiando en nosotras y nos cuenta que "tiene temor a andar sola por la calle, a estar sola en casa, y miedo a tener algo en la cabeza".

Exploración: Física por órganos y aparatos es anodina. Pruebas complementarias que realizamos en la consulta (toma de TA, analíticas, TAC de cráneo) y en la atención hospitalaria (RM de cráneo y angioRM intracraneal) son normales.

Enfoque familiar y comunitario: Estudio de la familia y la comunidad.

Familia nuclear con parientes próximos. Ciclo vital familiar: fase III (final de la extensión). Apgar familiar: 6 (disfunción familiar leve). Bajo apoyo social. Casada, con 3 hijas. AVE: marido ausente y madre con enfermedad de alzhéimer, conflictos familiares con hermanos.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas.

Patología psíquica haciendo el diagnóstico diferencial con trastorno ansioso-depresivo, trastorno de ansiedad generalizado, trastorno de somatización, depresión mayor y trastorno adaptativo. Juicio clínico trastorno ansioso-depresivo.

Tratamiento, planes de actuación: Citalopram 20 mg y Alprazolam 250 mcg. Orientación sobre cuidados del paciente anciano con demencia. Se anima a la paciente a hablar con su marido para contarle sus preocupaciones, y a que vaya saliendo a la calle sola.

Evolución:

Desaparición de síntomas. El marido acompaña a la paciente en las revisiones siguientes y refiere que se ha convertido en un apoyo. La paciente ya sale sola a la calle, y no teme a quedarse en casa.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): trata sobre una patología común en las consultas de atención primaria en la que es muy importante nuestra función como médicos de familia, realizando un enfoque biopsicosocial, buscando más allá del síntoma.

Palabras clave: abordaje biopsicosocial, cefalea y vértigos.

CASO CLÍNICO ORAL

Paliativos en EPOC

Sola García M, Ruiz García E, Moral Santiago Á

Médico Residente 1er año de MFyC. CS el Valle. Jaén

Ámbito del caso: atención primaria.

Motivo de consulta: reagudizaciones constantes y falta de autonomía en actividad diaria.

Historia Clínica:

Varón 81 años, gran fumador con un consumo acumulado de 60 paquetes/año. Diagnosticado de EPOC muy severo fenotipo enfisematoso con bronquiectasias bibasales. (Estadio V GESEPOC// grado D GOLD) con reagudizaciones frecuentes que conllevan reingresos hospitalarios. Presenta disnea de mínimos esfuerzos, incluso a veces de reposo, precisando oxigenoterapia continua 2,5lpm (más de 16h/día). También limitación del movimiento (vida cama-sillón) siendo dependiente para su actividad diaria. Situación que le crea un gran estrés emocional empeorando su cuadro de base.

Familia con una situación económica precaria, vive con su mujer enferma psiquiátrica y un hijo soltero que se desentiende por completo de sus padres. Tienen ayuda domiciliaria (2h/día) debido a la patología de su esposa por la ley de dependencia. Por este motivo se sugiere entrada en residencia.

En noviembre de 2013 se procede a su ingreso en cuidados paliativos. Realizándose posteriores visitas domiciliarias programadas junto con enfermera gestora de casos para continuar la valoración de la situación del paciente.

En 2014 presenta un episodio hemoptoico, detectándose una masa pulmonar de contornos espiculados que infiltran pared pleural en Lóbulo superior derecho, en relación con un proceso neoformativo pulmonar. Masa no filiada debido al estado de su enfermedad de base.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia):

Cada vez adquiere mayor importancia la atención de personas en situación terminal debido al aumento de la morbilidad por patologías crónicas propias del patrón de envejecimiento poblacional. Acudimos a este proceso cuando hemos agotado las posibilidades de tratamiento con intención curativa y promoviendo una asistencia integral y activa para asegurar la máxima calidad de vida tanto del paciente como de sus familiares.

El paciente que recibe cuidados paliativos generalmente se identifica con el paciente oncológico, aunque cada vez más se prestan estos servicios en otras patologías como es el presente caso.

Este proceso va más allá de la valoración física, atendiendo de manera especial a la valoración psicológica y emocional del paciente.

Para el profesional ayudar a estos enfermos es tan importante como prevenir y cuidar enfermedades.

Palabras clave: Copd, palliative nursing, pulmonary disease.

CASO CLÍNICO ORAL

Síndrome del Desfiladero Torácico en Atención Primaria

Lendínez Duran I[1], Atienza López SM[2], Ureña Arjonilla MªE[1]

[1] Médico Residente de 1er año de MFyC. CS Mancha Real. Jaén

[2] Médico Residente de 4º año de MFyC. CS Mancha Real. Jaén

Ámbito del caso: atención primaria / atención hospitalaria.

Motivo de consulta: parestesias brazo derecho.

Historia Clínica:

Paciente de 42 años, sin antecedentes personales/ familiares de interés. No hábitos tóxicos. Casado, con dos hijos de 12 y 8 años. Familia nuclear, normofuncional; APGAR 9; Fase centrípeta del ciclo vital, etapa III (Final extensión).

Acude a consulta por sensación de hormigueo en brazos, sobre todo en el derecho, desde hace año y medio, aparecen en 3º,4º y 5º dedos. Las parestesias aumentan con determinadas posturas y al apoyar el brazo sobre superficie dura y con el frío. Refiere además debilidad.

Descartamos hiperpotasemia y Síndrome del túnel Carpiano como causa de parestesias, ya que resultados analíticos están dentro de la normalidad y la maniobra de Phalen y Durkan negativas.

Realizamos maniobras clínicas de provocación: "Adson" (Disminuye pulso radial ipsilateral);"Halsted" y "Wright"(Aparecen cambios en pulso radial); Cuando los brazos durante minutos, aparecen parestesias en mano derecha y ésta palidece con respecto a mano izquierda.

Solicitamos Radiografía: Se descubre costilla cervical derecha.

Derivamos a Cirugía Vascular para continuar estudio y tratamiento quirúrgico si procede.

Es diagnosticado de "Síndrome del Desfiladero torácico por costilla cervical". Confirma nuestra sospecha.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia):

Vivimos una época en que las nuevas tecnologías de exploración gozan de enorme prestigio entre la comunidad médica y la población general.

¿Estamos perdiendo el arte de la medicina?

Este caso clínico nos ha dado la oportunidad de diagnosticar en un medio rural con recursos diagnósticos limitados una patología infrecuente y considerar como herramientas insustituibles el examen físico y las maniobras básicas de exploración en la práctica médica.

La tecnología no sustituye a la clínica, ambas deben relacionarse armónicamente

Palabras clave: Parestesia, Síndrome del Desfiladero Torácico, Síndrome de la costilla cervical.

CASO CLÍNICO ORAL

Importancia del electrocardiograma en el estudio de mareo

Benabdellah Abouhammadi S[1], Barragán Alarcón R[2], Fernández Román E[3]

[1] *Médico Residente de 4º año de MFyC. CS Almanjáyar. Granada*

[2] *Médico Residente de 4º año de MFyC. CS San Diego. Lorca (Murcia)*

[3] *Médico Adjunto. CS Almanjáyar. Granada*

Ámbito del caso: mixto; atención primaria y consultas especializadas.

Motivo de consulta: varón de 46 años de edad con mareo sin pérdida de conocimiento.

Historia Clínica:

Anamnesis. Varón de 46 años de edad, conductor de autobuses, sin antecedentes personales de interés, que consulta por episodios de mareo sin pérdida de conocimiento ni otra sintomatología asociada en número de 3-4 en los últimos 6 meses.

Exploración en consulta. Buen estado general, hemodinámicamente estable: TA 133/85, FC 72LPM, saturación de oxígeno aire ambiente 99%, afebril. Exploración neurológica normal, sin signos de focalidad. Auscultación cardiorrespiratoria normal. Resto de la exploración por órganos y aparatos también normal.

Pruebas complementarias. ECG-1 (Centro de Salud): ritmo sinusal con elevación descendente del segmento ST≥2mm en precordiales derechas (V1-V3) seguida de ondas T negativas. ECG-2(consultas cardiología) sin cambios.

Ecocardiograma transtorácico: normal.

Estudio electrofisiológico: bloqueo infrahisiano de primer grado. Inducción (protocolo Josephson 600/250/200/200) de flutter ventricular que degenera en fibrilación ventricular precisando desfibrilación para su terminación. Test flecainida positivo (HV56ms).

Juicio clínico. Patrón electrocardiográfico compatible con Síndrome de Brugada Tipo I. Se deriva a consulta de cardiología confirmándose con estudio electrofisiológico.

Tratamiento/evolución. Indicación de implantación DAI monocameral en ERI por el riesgo documentado de fibrilación ventricular y muerte súbita. No precisa tratamiento farmacológico. Seguimiento en consulta de arritmia. Se incluye en el sistema de monitorización domiciliaria LATITTUDE.

Enfoque familiar/comunitario. Con el apoyo del genograma, se extrae información fundamental, destacando de ello el ciclo vital (fase III de una familia de estructura nuclear) y los antecedentes familiares: padre fallecido por IAM, un hermano por muerte súbita; atendiendo a ello se decide realizar EEF a familiares (hijo y hermano; sólo línea masculina por la mayor prevalencia en varones frente a mujeres con una relación 8:1) resultando negativos.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia):

Interpretación del ECG como herramienta fundamental para el ejercicio profesional del médico de familia, aportando éste información determinante para el diagnóstico y tratamiento de una forma sencilla, inocua, económica y rápida.

Reconocer la fase del ciclo vital familiar y personal en que se produce el diagnóstico y tratamiento de cualquier entidad médica para identificar la posible repercusión en la evolución de la misma

Palabras clave: mareo, electrocardiograma, arritmia.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Encefalitis herpética por VHZ

Vega Romero MªM, Calero Rojas MªT, Recio Ramírez JM

Médicos de urgencias. Hospital de Montilla. Córdoba

Ámbito del caso: urgencia hospitalaria.

Motivo de consulta: vómitos, desorientación y somnolencia.

Historia Clínica:

Antecedentes personales:

Alergia a contrastes yodados. Diabetes tipo II, Broncopatía crónica, enfermedad de Addison en tratamiento con hidrocortisona.

Anamnesis:

Varón de 77 años independiente y con adecuado apoyo familiar, que consulta en urgencias por otalgia tras 4 días de tratamiento con naproxeno y ciprofloxacino ótico y oral por otitis externa, añadiéndose paracetamol y citándolo en consultas externas de otorrinolaringología, horas después su médico de familia le detecta lesiones vesiculares en hemicara derecha, pautándole aciclovir oral, pregabalina y metamizol. Al día siguiente vuelve a urgencias por vómitos, desorientación y somnolencia de 4 horas de evolución.

Exploración:

Tª: 36; Fc: 105; TA:110/60; Glucemia:115 .

Normoperfundido, normohidratado, eupneico y sin trabajo respiratorio.

Glasgow 11/15 (O:2 M:6 L:3) Somnolencia, desorientación temporoespacial. Pupilas normales. Resto exploración neurológica sin focalidad.

No adenopatías ni rigidez de nuca. Lesiones vesiculares herpetiformes en hemicara derecha y en conducto auditivo externo.

Auscultación cardíaca y pulmonar normal.

Pruebas complementarias:

Hemograma, bioquímica y estudio de coagulación normales.

ECG: ritmo sinusal a 102 latidos por minuto.

TAC craneal: Hipodensidad subcortical de lóbulo temporal izquierdo con algún infarto lacunar subcortical derecho sin signos de hemorragia.

Diagnóstico diferencial:

Fase hiperaguda de infarto de arteria cerebral media.

Meningo-encefalitis herpética.

Evolución:

Punción lumbar con (LCR): 180 células, 2 PMN, 98 MN y 0 hematíes, glucosa 47, proteínas 184,8, LDH y pH 8,15. Gram LCR: gram negativo.

Se inicia tratamiento empírico con aciclovir intravenoso de forma precoz (750mg).

Proteína C reactiva (PCR) virus herpes simple 1 y 2: negativos.

PCR virus herpes zoster (VHZ) positivo.

RNM: focos lacunares de gliosis, isquemia e hiperintensidades difusas en sustancia blanca periventricular de ambos lóbulos frontales.

Mejoría espectacular en 48 horas tras inicio del tratamiento con aciclovir, dado de alta tras completar 21 días de tratamiento, sin secuelas neurológicas.

Juicio clínico: Encefalitis herpética por VHZ.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia).

A pesar del correcto diagnóstico y tratamiento por su Médico de Familia, el enfermo desarrolla una complicación poco frecuente, probablemente favorecida por la inmunosupresión (hidrocortisona) y la diabetes.

El tratamiento precoz de la encefalitis herpética es fundamental para disminuir la mortalidad y las secuelas neurológicas

Palabras clave: encefalitis herpética, virus herpes zoster, inmouno depresión.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Mi madre es como una niña

Berná Guisado C[1], Vides Batanero MªC[2], Carretero Matas M[3]

[1] *Médico de Familia. CS Tijarafe. Tenerife*

[2] *Médico de Familia. CAP de Santa Coloma de Farners. Girona*

[3] *Médico de Familia. CS Cádiar. Granada*

Ámbito del caso: urgencias atención primaria.

Motivo de consulta: nerviosismo.

Historia clínica:

Antecedentes personales: mujer de 62 años, auxiliar de geriatría. Depresión neurótica.

Anamnesis: acude a urgencias acompañada de sus hijos. La encuentran agitada y despistada. Ocurre desde hace 2 semanas que empieza a trabajar en un Centro de Día. "Es como si no se diera cuenta de que está desbordada"; llega tarde al trabajo, tiene comportamientos "demasiado alegres", no es capaz de ser responsable. Hasta ahora la paciente ha hecho una vida normal, está casada, tiene 3 hijos y ha trabajado anteriormente.

Exploración: se aprecia culpa excesiva y autoestima alta, disminución de la necesidad de dormir, habla pueril, verborreica y con fuga de ideas e inquieta.

Pruebas complementarias: escáner craneal, electroencefalograma y analítica general dentro de la normalidad.

Enfoque familiar y comunitario: la paciente convive con su marido y en casas adyacentes viven los hijos con sus familias. Estos son muy protectores desde siempre, la consideran "la débil". El marido es el único que no mantiene esta actitud generando en la paciente temor. Toda la comunidad reconoce que la paciente siempre ha sido especial.

Diagnóstico diferencial: neoplasias cerebrales, epilepsia lóbulo temporal, deficiencia de vitamina B12 y enfermedad de Wilson.

Juicio clínico: trastorno bipolar tipo I.

Identificación de problemas: a raíz del diagnóstico es el estado de ánimo bajo de la paciente y sus familiares dada la cronicidad de la enfermedad y de la incapacidad que ésta producirá.

Plan de actuación: el tratamiento fue instaurado por la psiquiatra con Quetiapina y Valproico. Se encuentra de baja laboral y en seguimiento por salud mental.

Evolución: la paciente se fue estabilizando emocionalmente, y ahora parece estar siendo consciente de todo lo ocurrido. Se encuentra de ánimo más bien triste porque sólo quiere superar su trastorno y poder ser útil a la sociedad.

Conclusiones (y aportación para el médico de familia): la identificación de síntomas de enfermedades mentales graves son un objetivo a tener presente en nuestro día a día como médicos de familia siempre siendo cautos ya que la intervención farmacológica puede también dañar al paciente (prevención cuaternaria). En el curso de estos trastornos los pacientes son más vulnerables y suelen sufrir deterioro psicosocial, experimentando dificultad en las relaciones interpersonales y laborales siendo además elevado el riesgo de intentos de suicidio.

Palabras clave: diagnosis, bipolar disorder, mental health.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Pseudohernia abdominal por herpes zoster

Díaz Aguilar CMª, Cano Yuste AMª, González de Gamarra S

Médico de Urgencias. Hospital de Montilla. Córdoba

Ámbito del caso: urgencias.

Motivo de consulta: bulto en región abdominal.

Historia Clínica: varón de 47 años sin antecedentes de interés. Diagnosticado de herpes zóster en flanco derecho en tratamiento con brivudina, tramadol y AINE´s. Acude al servicio de urgencias por bulto de hemiabdomen derecho no reducible y dolor en dicha localización. No refiere fiebre ni estreñimiento. Se hace interconsulta con cirujano de guardia y a la exploración se sospecha pseudohernia abdominal por herpes zoster. Presenta aún lesiones herpéticas en fase costrosa. Tiene cita en consultas externas de cirugíag por sospecha de hernia abdominal derivado desde atención primaria. Tras realización de TAC abdominal en el hospital se descarta patología. Se recomienda tratamiento sintomático y vigilancia. Con el paso de los días se produjo mejoría clínica tanto de las lesiones cutáneas como de la pseudohernia.

Conclusiones (y aportación para el médico de familia): a nivel de atención primaria es importante el conocimiento de los efectos secundarios de los tratamientos aplicados, así como las complicaciones que la propia enfermedad produzcan. Un estrecho seguimiento de la evolución de la patología es primordial para el diagnóstico de enfermedades importantes o potencialmente graves. Así también, el buen flujo hacia la atención especializada resulta muy útil en la práctica diaria.

Palabras clave: abdominal hernia, herpes zoster, pain.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Abordaje de un varón de 61 años con aumento de demanda sanitaria y con problemas familiares

Culpián Arias E[1], Fernández de Cañete Ramírez N[2]

[1] *Médico Residente de 4º año MFyC. CS San José. Jaén*

[2] *Médico Residente de 4º año MFyC. CS Virgen de Linarejos. Jaén*

Ámbito del caso: atención primaria y atención especializada.

Motivo de consulta: el paciente no tenía ningún problema clínico relevante, aunque si teníamos conocimiento sobre sus problemas familiares y de pareja cuando comenzamos a notar su aumento de demanda sanitaria. En varias consultas presenta lumbalgia que no cede con tratamiento y aparición de astenia y anorexia progresivas con pérdida de al menos 10 Kg. en 2 meses.

Historia Clínica:

**** Enfoque individual:***

- *Antecedentes personales*: sin alergias medicamentosas. Es hipertenso. Ha presentado varios episodios de ansiedad y depresión. Tuvo meningitis en la infancia. Intervenido quirúrgicamente de apendicetomía. No tiene hábitos tóxicos.

- *Anamnesis*: varón de 61 años que consulta por lumbalgia y astenia, acompañados de mialgias, cefalea, alteraciones esfinterianas y temblor.

- *Exploración*: constantes normales.Exploración física general normal salvo la neurológica: levemente bradipsíquico e hipocinético con fuerza globalmente disminuída.

- *Pruebas complementarias*: electrocardiograma, radiografía de tórax y radiografía de abdomen normales. En la analítica destaca: Anemia microcítica, VSG: 110, proteínas totales elevadas con IgG: 6866; Beta-2-microglobulina: 4,17. Coagulación, TSH y marcadores tumorales normales. Sistemático de orina: 15 proteínas.

**** Enfoque familiar y comunitario:***

Familia formada únicamente por los cónyuges (final de la contracción en el ciclo vital familiar).

Red social: Apenas tiene relación con los vecinos ni con la familia (madre, una hermana y dos hermanos aún viven). Situación de aislamiento social.

Acontecimientos vitales estresantes: aborto (1980), alcoholismo esposa (1995), atraco (2009), denuncia y orden de alejamiento por parte de su esposa (2010) y diagnóstico de su enfermedad (2011).

Test de Apgar familiar: Pone de manifiesto una disfunción familiar leve.

- *Juicio Clínico*: mieloma IgG.

- *Diagnóstico diferencial*: a raíz de los datos clínicos y analíticos, en la formación temprana de hipótesis pensamos que podría tratarse de: arteritis de la temporal, mieloma múltiple, enfermedad de Waldenstrom o Gammapatía monoclonal se sentido incierto.

- *Identificación de problemas*: la progresión de la enfermedad comienza a impedir que el enfermo lleve a cabo su actividad laboral, familiar y social.

Conclusiones (y aportación para el médico de familia): este caso resulta interesante para la medicina familiar y comunitaria para destacar que un paciente con problemas socio-familiares conocidos no siempre somatiza su padecimiento y no siempre los síntomas tienen en sus problemas sociales la causa. De ahí la importancia del seguimiento de cada paciente y su abordaje integral.

Palabras Clave: aumento, demanda, sanitaria.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Body packer: ingesta de bolas de hachís

Moreno Osuna F[1], Vega Romero MªM[1], del Campo Molina E[2]

[1] *Médico adjunto de urgencias. Hospital Alto Guadalquivir Montilla. Córdoba*

[2] *Médico intensivista. Hospital Alto Guadalquivir Montilla. Córdoba*

Ámbito del caso: urgencias hospitalarias.

Motivo de consulta: ingesta de 131 bolas de hachís.

Historia Clínica:

Antecedentes personales: no alergias medicamentosas, no enfermedades ni intervenciones.

Anamnesis: paciente que consulta por haber ingerido 131 bolas de hachís.

Exploración:

Constantes: TA: 130/80, saturación O2: 99%, frecuencia cardiaca: 90, frecuencia respiratoria: 20, temperatura 36ºC. Glucemia 96 mg/dl.

Exploración neurológica: nivel de conciencia y orientación temporo-espacial adecuados. GCS: 15. Pares normales. Fuerza, sensibilidad, reflejos conservados en las cuatro extremidades.

Auscultación cardiopulmonar: no soplos ni arritmias, murmullo vesicular conservado, sin ruidos sobreañadidos.

Abdomen blando, depresible, no doloroso, no defensa abdominal ni signos de peritonismo, ruidos intestinales conservados, blumberg negativo, murphy negativo. No se realiza tacto rectal porque en éstas situaciones está desaconsejado.

Pruebas complementarias:

Hemograma, bioquímica, coagulación, gasometría venosa: sin alteraciones.

EKG: Ritmo sinusal, fc 100, sin alteraciones significativas.

Test tóxicos: negativo.

Rx de abdomen: 7 cuerpos extraños proyectados en marco cólico. Sin signos obstructivos.

Enfoque familiar -comunitario: paciente toxicómano, familia desestructurada, situación de desempleo. Soltero.

Juicio clínico: ingesta de 131 bellotas de hachís.

Diagnóstico diferencial: el paciente reconoce haberlas ingerido por lo que en éste caso no se plantea.

Tratamiento: laxante: lactulosa solución oral.

Evolución: urgencias defeca 26 bellotas. Ingresa en observación: defeca en total 88 bellotas más. Alta tras realización de radiografía abdominal, no se aprecian cuerpos extraños.

Conclusiones (y aportación para el médico de familia): los servicios de urgencias deben conocer el manejo diagnóstico, terapéutico y complicaciones que pueden aparecer en éste tipo de pacientes.

La radiografía simple de abdomen es la técnica de elección para el diagnóstico. La clínica oscila desde estar asintomaticos a tener un cuadro obstructivo o de intoxicación. Tratamiento: la mayoría aconseja una actitud expectante, conservadora, tratando con laxantes, a no ser que aparezcan complicaciones que precisen una intervención. No se aconseja realizar una extracción manual rectal o fibrogastroscopia, por riesgo de rotura de las bellotas.

Es una consulta que va en aumento, debemos conocer como manejarla y tratarla y creemos que debería existir un protocolo de actuación en cada centro.

Palabras clave: body packer, hachís, cuerpos extraños.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Juego de niños

Álvarez Uceda L[1], Llamazares Muñoz V[2], Muñoz Díaz B[3]

[1] *Médico residente de 3er año MFyC. CS Levante Sur. Córdoba*
[2] *Médico residente de 3er año MFyC. CS Fuensanta. Cordoba*
[3] *Médico residente de 3er año MFyC. CS Lucano. Córdoba*

Ámbito del caso: urgencias extrahospitalarias.

Motivo de consulta: dolor de espalda.

Historia Clínica:

- *Antecedentes personales*: 7 años, bien vacunado, celiaquía.

- *Anamnesis*: niño de 7 años acude a urgencias del centro de salud por dolor de espalda. Hace 10 días sufrió un traumatismo cuando su hermana se le subió encima de la espalda a modo de taburete para llegar a una estantería. Desde entonces mantiene dolor a nivel dorsolumbar. Ha consultado varias veces a urgencias diagnosticándolo de contractura dorsal, en tratamiento con ibuprofeno y diazepam sin mejoría. En las últimas 24 horas ha tenido una evolución tórpida, agudizándose el dolor junto con inestabilidad en la marcha, caídas frecuentes y priapismo de unas 12 horas de evolución.

- *Exploración*: Regular estado general, afectado por el dolor, posición antialgica. Puñopercusion renal bilateral negativa. Exploración neurológica: pupilas isocóricas, pares craneales conservados. Marcha antialgica con inestabilidad para la deambulacion. Paraparesia, reflejos osteotendinosos exaltados en miembros inferiores. Babinsky positivo .Disminución de la sensibilidad superficial en miembros inferiores. Priapismo.

- *Pruebas complementarias*: analítica sin hallazgos. Combur test de orina: negativo, radiografías de columna completa: rectificación a nivel cervical y dorsal. No líneas de fractura.

Ante la llamativa clínica, se deriva a Hospital de referencia para realización de pruebas complementarias. Resonancia magnética de columna dorsolumbar: lesión de 14x 11mm de igual intensidad que el líquido cefalorraquídeo compatible con lesión intramedular, sugestiva de cavidad siringomiélica postraumática localizada a nivel de D5 anterior a la médula.

Juicio clínico: proceso expansivo intradular extramedular.

Diagnóstico diferencial: fractura vertebral, tumor medular, contractura vertebral.

Tratamiento: tratamiento con corticoides a dosis altas e intervención quirúrgica programada realizando laminotomía dorsal con extirpación de la lesión.

Evolución: tras la intervención realizo una mejoría clara, quedando asintomático y sin déficit neurológico. Anatomía patológica: quiste aracnoideo sin displasia, que expresa marcadores de tipo endodermal.

Conclusiones (y aportación para el médico de familia): ya sea un niño o un adulto, ante la persistencia de una clínica hay que reevaluar al paciente y realizar una nueva exploración física detectando síntomas de alarma. Una buena exploración física neurológica nos acerca bastante al posible diagnóstico.

Palabras Clave: priapism, spinal cord injury y fallen.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Aquellas enfermedades silentes

Pedrosa Arias M[1], Alberdi Martín L[2], Jimenez Ruiz J[2]

[1]Medica de Familia. CS La Zubia. Granada
[2]Médico residente de 4º año MFyC. CS La Zubia. Granada

Ámbito del caso: atención primaria, atención hospitalaria.

Motivo de consulta: dolor en zona epigástrica de 10 días de evolución que no mejora con analgesia.

Historia Clínica:

Mujer de 55 años con AP de hemitiroidectomia con hipotiroidismo secundario, RGE, hipoacusia bilateral residual por OMA. Acude a la consulta por dolor en epigastrio desde hace 10 días que empeora con las comidas, mejora con el decúbito. EL dolor dificulta el descanso nocturno. No pérdida de peso, fiebre ni otra sintomatología acompañante. Tras una exploración física dentro de la normalidad, salvo dolor en epigastrio y en HD, se solicita Eco.

En espera de ecografía la paciente refiere que el dolor ha ido empeorando progresivamente haciéndose más intenso en epigastrio por lo que se deriva a urgencias.

En SU se realiza analítica donde destaca Br total 1.53 GPT 1160, LDH 1404 PCR 2.74. Hemograma normal. ECO: vesícula algo distendida sin evidencia de litiasis en interior. Colédoco distendido (hasta 12mm en su parte media) sin litiasis en su interior. Se repite eco al día siguiente ratificando imágenes previas. Ingresa para estudio por parte del servicio de digestivo y se solicita CPRE:

Masa ulcerada fiable que ocupa postbulbo. Vía biliar muy dilatada con estenosis de los 3cm distales por probable neo formación. Se toman biopsias múltiples y se coloca una endoprotesis en vía biliar con un diagnóstico de posible neo formación de cabeza de páncreas.

La biopsia informa de adenocarcinoma por lo que se procede a intervención quirúrgica que al observar infiltración hepática se decide resección atípica hepática, colecistectomía y hepático-yeyunostomia en Y de Roux paliativa con drenaje de Jackson Prat.

El postoperatorio cursa de forma tórpida, presentando insuficiencia respiratoria parcial aparentemente secundaria a neumonía nosocomial por posible aspiración, importante deterioro clínico.

Tras realizar Tac torácico, viene informado como derrame pleural bilateral leve, atelectasias basales bilaterales.

La paciente fallece al mes y medio de inicio de síntomas.

Conclusiones (y aportación para el médico de familia): procesos que en apariencia nos pueden parecer banales, esconden enfermedades graves. Tenemos que ser conscientes que nos manejamos con la incertidumbre y procurar siempre estar alerta a cualquier cambio que nos cuente nuestro paciente.

Palabras clave: cuidados paliativos, cáncer y urgencias.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

A propósito de un TEP

Carmona Calvo-Flores L[1], Martos Luque S[2], Martínez Cortés MªP[3]

[1]*Médico de Familia. CS Ejido Norte. Almería*
[2]*Pediatra. CS Ejido Norte. Almería*
[3]*Médico Internista. Hospital Virgen del Mar. Almería*

Ámbito del caso: conjuntamente entre urgencias de AP, AP y hospitalaria.

Motivo de consulta: cuadro de dolor en gemelo derecho con dificultad para la deambulación.

Historia Clínica:

Paciente de 29 años, sin AMC ni antecedentes de interés salvo fumador habitual.

Acude a DCCU en donde: dolor en inserción del aquileo, sin cambios de coloración, ni cordones, Homans negativo, pedios y tibiales presentes y simétricos. Se pautan aines y relajantes musculares.

A la semana acude a MAP por mejoría sin curación, exploración normal salvo mínimo edema maleolar, se pone mismo tratamiento y media corta. Posteriormente acude a urgencias hospitalarias por dolor torácico opresivo y hemoptisis, ante exploración y Rx de tórax normal se da alta con paracetamol.

Acude a consulta de AP a la semana y es remitido a urgencias para analítica. Se solicita dímero D que es de 3666ng/ml.

Ante esto, junto con triada típica, edema MID, ECG con BIRDHH y placa de tórax con infiltrado difuso en LII a pesar de exploración normal y SatO2 del 98% se solicita angioTAC que confirma TEP submasivo.

Se inicia tratamiento con HBPM e ingresa en UCI. A las 24 horas pasa a planta para completar estudio. Prot C, Prot S, Antitrombina III y Homocisteina normales. Anticoagulante lúpico, Ac Cardiolipina G y M, gen de la protombina y Ac Antibeta2glicoproteinas G y M negativos. Ecodoppler ya normal.

Conclusiones (y aportación para el médico de familia): la enfermedad tromboembólica venosa (ETV) es una patología frecuentemente subdiagnosticada y asociada a una alta morbimortalidad. Incidencia en España de 154/100,000 habitantes, con mortalidad estimada para TEP del 11,6%. En Europa se producen más de 1,5 millones de ETV anuales,543.500 defunciones,435.000 TEP y 684.000 casos de TVP sintomáticas. Supone 1%-2% de los ingresos con un elevado coste sanitario, que se estima en 66,5 millones de euros. La Embolia Pulmonar supone el 67,7% y la TVP el 33,3% restante. Constituye una situación con elevada mortalidad derivada del infradiagnóstico. Tan sólo uno de cada tres fallecimientos por embolia pulmonar se diagnostica antes del fallecimiento, y cuando se diagnostica y trata adecuadamente, la mortalidad desciende de forma notoria.

Palabras clave: enfermedad tromboembolica venosa, tromboembolismo pulmonar, dimero D, anticoagulacion.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Hipertransaminemia y hiperbilirrubinemia, ¿qué hacer?

Carmona Calvo-Flores L[1], Martos Luque S[2], Martínez Cortés M[a]P[3]

1 Médico de Familia. CS Ejido Norte. Almería
2 Pediatra. CS Ejido Norte. Almería
3 Médico Internista. Hospital Virgen del Mar. Almería

Ámbito del caso: atención primaria y hospitalaria.

Motivo de consulta: niña de 13 años que acude a consulta por ictericia.

Historia Clínica:

Antecedentes de coartación aórtica, estrabismo y celiaquía.

Ictericia conjuntival moderada y subictericia en palmas sin otros síntomas acompañantes, no consumo de fármacos previos, exploración anodina. Se remite a hospital para control de bilirrubina y se solicita analítica general. Ante Bilirrubina de 12 y enzimas hepáticas mayores de 1000 se diagnostica hepatitis A y se da alta para control por AP.

Aparecen mialgias y astenia con empeoramiento de la ictericia, se consulta analítica con importante aumento tanto de bilirrubina como de las enzimas hepáticas y seronegatividad para virus hepatotóxicos, se diagnostica de hepatitis aguda y se remite a hospital para ingreso y estudio.Se inicia estudio con hepatotropos mayores y menores negativos, Cu, Zn, ceruplasminas, Alfa1 antitripsina normales y estudio inmunológico negativo. Destacan sólo aumento de enzimas de citolisis e IgG 1193, ECO abdominal normal con Hígado discretamente aumentado. En Biopsia: necrosis hepática masiva-submasiva, transformación gigantocelular, etiología no filiable. Se diagnostica de fallo hepático agudo y se remite para valorar trasplante. Ante Biopsia no concluyente y score HAI de 11 se inicia tratamiento con metilprednisolona con mejoría de todos los parámetros, nuevo scoreHAI post-Tto de 17, disminución de MELD a 18 puntos y mejoría de la Biopsia post-Tto, por lo que se diagnostica de hepatitis autoinmune iniciando tratamiento con omeprazol, Ac.ursodesoxicólico 300mg/8h, vitamina K 10mg/48h, prednisona 60mg/24h, calcio+vitminaD. Tras normalización de los parámetros analíticos se bajan CTC y AZA y se suspende vitamina k y Ac.ursodesoxicólico.

Conclusiones (y aportación para el médico de familia): enfermedad de predominio femenino con dos picos de presentación: pubertad y alrededor de los 50. Prevalencia de 11-17/100.000 e incidencia 1-2/100.000 habitantes. Constituye el 20% de las hepatitis crónicas. El diagnostico se realiza en pacientes con clínica, alteraciones de laboratorio e histológicas compatibles aunque una pequeña proporción no expresan anticuerpos. La forma de presentación en la infancia es variable y se debe sospechar en todo niño con síntomas y signos de enfermedad hepática prolongada o grave. Sin un tratamiento adecuado 40% mueren a los 6 meses y 90% a los 10 años. Un 4-12% desarrollan carcinoma hepatocelular.

Palabras clave: hipertransaminemia, hiperbilirrubinemia, colestasis, insuficiencia hepática, hepatitis autoinmune.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Trastorno de somatización

Téllez Joya FI, Simon Prado I, Oliva Moreno CM[a]

Médicos de Familia. Hospital Punta de Europa. Cádiz

Ámbito del caso: atención primaria y urgencias.

Motivo de consulta: paciente de 30 años con cefalea hemicraneal derecha, náuseas y parestesias hemicuerpo derecho.

Historia Clínica:

Antecedentes Personales:

No alergias medicamentosas.

No antecedente de interés ni tratamientos crónicos.

No hábitos tóxicos.

No intervenciones quirúrgicas.

Anamnesis:

Refiere cefalea hemicraneal derecha acompañado de náuseas y parestesias hemicuerpo derecho de meses de evolución de duración unos segundos y de manera ocasional sin aviso previo.

Su médico le pauta analgesia y pide TAC craneal.

Exploración física y pruebas complementarias:

Ante el empeoramiento de los síntomas acude a urgencias por hemiplejía derecha y afasia motora.

Le realizan TAC craneal, analítica, ECG, radiografía de tórax, sistemático de orina, alcoholemia y triage: normal.

Es ingresada en neurología y derivada a salud mental.

Enfoque familiar y Comunitario:

Vive sola con su hija de 2 años, en paro y sin estudios.

Padres sanos y viven con su abuela de 91 años, demencia senil y totalmente dependiente.

Hermana de 23 años, enfermera, vive con su pareja.

Juicio clínico: trastorno somatomorfo.

Diagnóstico diferencial:

ACVA, trastorno de personalidad, esquizofrenia, consumo de tóxicos, esclerosis múltiple, lupus sistémico

Tratamiento: psicoterapia y psicofármacos

Planes de actuación: citas con su médico de familia y visitas cortas.

Conclusiones (y aportación para el médico de familia):

Evolución: la paciente reconoce que sus problemas emocionales los expresa a través de síntomas físicos, que evita asumir sus responsabilidades y que le gustaría tener la vida de su hermana.

Conclusiones: el médico debe evaluar los aspectos psicosociales, laborales, culturales, médico-legales de sus pacientes y familias, además de realizar las pruebas complementarias pertinentes para poder descartar una patología orgánica y no olvidar la importancia de los equipos multidisciplinares.

Palabras clave: disorder, somatization, disease.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

La importancia del diagnóstico diferencial

Alberdi Martín L[1], Jimenez Ruiz J[1], Merino De Haro I[1], Jódar Reyes M[2]

[1] Médico residente 4º año MFyC. CS La Zubia. Granada

[2] Médico de Familia. CS La Zubia. Granada

Ámbito del caso: atención primaria, atención hospitalaria, servicio de urgencias.

Motivo de consulta: dolor y quemazón en brazo izquierdo desde el hombro hasta el codo.

Historia Clínica:

Mujer de 70 años con AP de alergia a indometacina e hidrocortisona. HTA, hipotiroidismo, dislipemia, intervenida de SD túnel carpiano, estudiada en cardiología por varios cuadros sincopales. Acude a la consulta por un dolor y quemazón en brazo izquierdo de 10 días de evolución desde el hombro hasta codo sin traumatismo previo ni sobreesfuerzo que recuerde.

Exploración: buen estado general, no impresión de enfermedad. MSI: dolor a la palpación en partes blandas de brazo izquierdo, no presenta impotencia funcional, no se aprecia aumento de temperatura ni sensación de empastamiento, no se aprecia aumento de tamaño respecto al contralateral, vasculonervioso distal conservado, pulsos periféricos normales. Dolor a la palpación en zona cervical.

Ante el cuadro se pone tratamiento con Aines y vendaje compresivo y se cita de nuevo a las 48 horas para revisión. Se piensa en varias posibilidades: rotura fibrilar, dolor OSM, tendinopatia. La paciente, cuando vuelve a revisión, refiere no haber mejorado del dolor incluso haber empeorado por lo que se decide derivar a servicio de urgencias con sospecha de posible trombosis venosa.

En servicio de urgencias se le realiza en primera instancia Rx de tórax, columna cervical y brazo las cuales fueron normales por lo que se solicita Eco brazo observándose trombosis venosa que ocluye la luz de vena braquial. Se le pauta tratamiento con heparina durante tres meses, vendaje compresivo durante tres semanas y cita en servicio de cirugía vascular para estudio.

La paciente ha mejorado del dolor y desaparece la sensación de quemazón.

Conclusiones (y aportación para el médico de familia): es muy importante ante cualquier signo o síntoma que nos cuente el paciente, realizar de forma rápida un diagnóstico diferencial para no demorar así la posibilidad de curación. Tenemos la ventaja de conocer a nuestros pacientes y poder hacer un seguimiento muy cercano.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Diagnóstico de sarcoidosis en mujer de 35 años con artritis reumatoide

López Calderón MªI[1], Parejo Álvarez AE[2]

[1] *Médico residente 4º año MFyC. CS Histórica. Sevilla*

[2] *Médico de Familia. CS El Mirado. San José de la Rinconada. Sevilla*

Ámbito del caso: mixto. Seguimiento coordinado entre atención primaria y especializada.

Motivo de consulta: mujer de 35 años que consulta en atención primaria por disnea a mínimos esfuerzos en relación a la reducción de la corticoterapia que venía realizando por la aparición de nódulos reumatoideos.

Historia Clínica:

Antecedentes personales: Hipotiroidismo. Artritis reumatoide diagnostica hace 6 meses aproximadamente. HLAB27+.

Anamnesis: mujer de 35 años que consulta por poliartralgias desde hace aproximadamente 9 meses. Es diagnosticada de artritis reumatoide y en el curso de la enfermedad debuta con un eritema nodoso que se resuelve y posteriormente con la aparición de nódulos reumatoides. Se realiza tratamiento con corticoides a altas dosis y la paciente mejora. Al cabo de un mes consulta por disnea a moderados esfuerzos por lo que se le reducen los corticoides por el aumento de peso que estaba presentando en relación al tratamiento. Con la bajada de dosis de la corticoterapia la disnea se hace de mínimos esfuerzos.

Exploración: artritis en tobillo izquierdo, ambas rodillas y muñeca izquierda. Nódulos reumatoides. Auscultación cardiopulmonar sin hallazgos patológicos.

Pruebas complementarias: analítica con VSG y PCR elevados. ECA elevada. FR elevados. AB antiCCP positivos. Radiografía tórax y TAC tórax: grandes adenopatías mediastínicas, paratraqueales, traqueobronquiales, infracarinales, paraesofágica derecha, hiliares bilaterales. SPECT: conglomerado adenopático paratraqueal derecho y paraórtico izquierdo a nivel del arco aórtico. Biopsia ganglionar: linfadenitis crónica compatible con sarcoidosis.

Enfoque familiar y comunitario: Estudio de la familia y la comunidad

Antecedentes familiares: padre con espondilitis anquilopoyética. Vive en un entorno con gran apoyo social y emocional. Nivel socioeconómico medio-alto.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas

Sarcoidosis (Síndrome de Löfgren) en paciente con artritis reumatoide. Se planteó el diagnóstico diferencial con un linfoma por los hallazgos encontrados en el SPECT.

Tratamiento, planes de actuación

Se inició tratamiento con Azatioprina 50 mg/24 horas y prednisona 10 mg/24 horas. Seguimiento por Atención Primaria y visitas regladas en Reumatología.

Evolución: actualmente presenta molestias gástricas relacionadas con la toma de azatiprina. No actividad inflamatoria actual.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): la importancia de un seguimiento conjunto con la Atención Especializada. Monitorizar las manifestaciones extraarticulares y complicaciones desde nuestra consulta. Seguimiento de las variabilidades en el tratamiento para control de los efectos secundarios de la medicación.

Palabras clave: Sarcoidosis AND Arthritis, Rheumatoid AND 35th Women's.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Caso clínico sobre: Enfermedad de Verneuil o Hidrosadenitis Supurativa

Conchilla Parrilla JMª, Maldonado Balbín Y

Médicos de Familia. Dispositivo de apoyo Jódar. Jaén

Ámbito del caso: atención primaria, cirugía general.

Motivo de consulta: bulto crónico en glúteo crónico, dolor y fiebre.

Historia Clínica:

AP: varón 70 años, SAOS, FA.

Anamnesis: dolor y secreción purulenta en región glútea, fiebre.

Exploración: fiebre, taquicardia, diaforesis, disminución del nivel de consciencia…). "Absceso perianal", varios orificios con contenido purulento, malolientes.

Pruebas complementarias: rectosigmoidocolonoscopia: "orificios fistulosos a nivel rectal".

Biopsia: "mucosa de intestino grueso. Fragmentos de mucosa colonica con cambios inflamatorios inespecificos y signos de ulceracion".

Analítica: anemia normocítica, VSG elevada.

RMN: "fistula compleja con 3 trayectos, transesfinteriana, 1 hacia escroto derecho y los otros 2 intergluteos".

Enfoque familiar y comunitario: estudio de la familia y la comunidad: paciente vive con su esposa de la que obtiene apoyo. Dos hijas independizadas.

Juicio clínico: enfermedad de Verneuil o hidrosadenitis supurativa.

Diagnostico diferencial: hay que tener en cuenta: aspecto, lesiones que presenta, edad de comienzo,…

Diagnóstico diferencial: acné, carbunco, celulitis, erisipela, quistes de la glándula de Bartolino, absceso perirrectal, granuloma inguinal, absceso isquiorrectal, fístulas anales y vulvovaginales

Identificación de problemas: afectación de su vida diaria en cuanto a higiene, vida social,… Complicaciones de la enfermedad con reinfecciones frecuentes, dolor, molestias físicas y afectación del estado de ánimo.

Tratamiento y planes de actuación: Ampicilina y metronidazol 15 días.

Evolución: favorable durante el ingreso. En lista de espera para intervención quirúrgica.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): la enfermedad de Verneuil o hidrosadenitis supurativa, es un proceso inflamatorio crónico. Debemos sospecharlo ante un cuadro supurativo que afecte a áreas donde existan glándulas apocrinas, haciendo un diagnóstico diferencial adecuado, sobre todo cuando se trata del área perianal. Por regla general los pacientes cuando consultan lo hacen en múltiples ocasiones en servicios de urgencias en casos agudos, por lo que tarda en diagnosticarse largo tiempo. Causas desconocidas, aunque parece que influyen factores hormonales, sobreinfecciones por estafilococos y estreptococos. Criterios diagnósticos: nódulos profundos dolorosos que se convertirán más adelante en abscesos con drenaje maloliente a través de las fístulas, cicatrices distróficas y comedones abiertos en las lesiones secundarias; afectación de axilas, ingles, región perianal y perineal, nalgas o pliegues inter e inframamarios; proceso crónico y recurrente.

Palabras clave: Hidrosadenitis supurativa, Enfermedad de Verneuil.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Hay que pensar en la celiaquía

Carmona Calvo-Flores L[1], Martos Luque S[2], Martínez Cortés MªP[3]

[1]*Médico dispositivo de apoyo en ZBS. CS Ejido Norte. El Ejido (Almería)*
[2]*Pediatra. CS Ejido Norte. El Ejido (Almería)*
[3]*Médico Internista. Hospital Virgen del Mar. Almería*

Ámbito del caso: atención primaria y hospitalaria.

Motivo de consulta: varón de 40 años, árabe, consultas frecuentes por dispepsia, dolor abdominal y estreñimiento.

Historia Clínica: antecedentes de ERGE por cardias insuficiente y duodenitis erosiva en 2009. Estudio de parásitos y analítica con TSH y rast lactosa negativos. En digestivo, tras gastrosocopia/ colonosocopia, se confirma diagnóstico previo sin alteraciones funcionales. Vuelve por estreñimiento asociado a la dispepsia. Exploración anodina. Se inicia plantago-ovata y se solicita nueva analítica con marcadores celiaquía y rx de abdomen. Ante positividad de marcadores antiedomisio y antigliadina, se remite a digestivo (diagnostico de presunción de celiaquía), que es confirmado tras biopsia.

La enfermedad celiaca (EC) es una enteropatía crónica de origen autoinmune por intolerancia a péptidos del gluten de ciertos cereales en personas genéticamente predispuestas con marcadores específicos ligados a antígenos HLA-II(DQ2 y DQ8).

En España la prevalencia en adultos es 1/389 habitantes, se diagnostica a cualquier edad (20% mayores 60). Tiene distribución universal con prevalencia media del 1-2% en población general (por cada caso diagnosticado hay 5-15 no diagnosticados), estando infra-diagnosticada.

Las manifestaciones digestivas más frecuentes son dolor y distensión abdominal, dispepsia, alteración del hábito intestinal, deficiencias de oligoelementos. Aunque la diarrea era considerada un síntoma obligado en el adulto, hasta un 50% presentan estreñimiento. Algunos individuos pueden no presentar síntomas en absoluto (EC silente)

El diagnóstico se realiza con la determinación de anticuerpos anti-transglutaminasa (ATTG) IgA por ELISA (sensibilidad y especificidad 80-95%) y anti-endomisio (EMA) por inmunofluorescencia. La biopsia duodenal debe ser interpretados siguiendo los criterios de Marsh modificados (4- 6 muestras). Se asocia a alteraciones analíticas (anemia ferropénica, leucopenia, trombopenia). Se puede intentar dieta sin gluten en casos dudosos.

Se trata con dieta estricta sin gluten. Muchos refieren mejoría en primeras 48 horas (20-40% tardan 2-4 meses).

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): es una enfermedad frecuentemente infradiagnosticada por la pluraridad de síntomas, conductas de evitación inconscientes y falta de pensamiento en la enfermedad por parte de nuestros profesionales. Se debe realizar screening a todos los familiares de primer grado(12%). El linfoma de células T es la complicación más grave. La incidencia de cáncer es el doble en celíaco y el linfoma de intestino delgado supone el 50%.

Palabras clave: coeliac disease, antiendomysial antibodies, antibodies to tissue transglutaminase.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

De malestar general a Cuidados Paliativos

Turnes González AJ[1], Martín Fernández A[2], Thomas Carazo MªE[3]

[1] *MIR 3er año MFyC. CS Zaidín Sur. Granada*
[2] *MIR 3er año MFyC. CS Mirasierra. Granada*
[3] *Médico de Familia. CS Mirasierra. Granada*

Ámbito del caso: atención primaria y urgencias.

Motivo de consulta: malestar general, dolor abdominal y náuseas.

Historia Clínica: varón de 88 años con antecedentes de dislipemia, EPOC, HTA, Insuficiencia Renal crónica, Claudicación Intermitente en tratamiento con pantoprazol, alopurinol, carbonato cálcico, atorvastatina, amlodipino, tramadol, metamizol, ácido acetil salicílico, espironolactona.

El paciente está casado, es DABVD, vive con su mujer, cuidadora principal. Tiene 2 hijos que colaboran en los cuidados y cuatro nietos. Buena situación socioeconómica, vive en Granada con fácil acceso al centro de salud. Es cristiano católico practicante, sin registro de voluntades anticipadas.

El paciente acude a urgencias por debilidad, malestar general, dolor en hipocondrio derecho y náuseas de quince días de evolución además de un esputo hemoptoico. No otra sintomatología. A la exploración se encuentra hemodinámicamente estable, la auscultación cardiopulmonar es anodina, a nivel abdominal presenta dolor en hipocondrio derecho con hepatomegalia de dos traveses de dedo.

Pruebas Complementarias: EKG sin alteraciones. Analítica aumento de bilirrubina total (3,55) a expensas de directa (3,16), GPT 250. Radiografía de tórax sin hallazgos. Ecografía: hepatomegalia con hígado heterogéneo sugerente de proceso metastásico de primario desconocido.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial: hígado mestastásico; paciente oncológico en estudio para filiación vs oncológico terminal para tratamiento paliativo.

Plan de actuación: Se propone desde el ingreso y el estudio ambulatorio lo cual rechaza. El paciente no quiere saber el diagnostico pero conoce su estado de gravedad por lo que se decide alta e inclusión en el proceso de cuidados paliativos de acuerdo con el paciente y su familia. Su médico de familia comienza con Morfina de liberación retardada e inmediata, Dexametasona Metoclopramida, Acetato de Megestrol, diazepam.

Evolución: El paciente rechaza la sedación terminal y muere a las tres semanas en casa sin dolor, tranquilo y rodeado de los suyos. A las semanas llamamos a la esposa para valorar su estado anímico.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): el abordaje integral del paciente terminal es gratificante para el Médico de Familia. Remarcar las consideraciones éticas que del caso: principios de no maleficencia y autonomía. Importancia de cuidar al cuidador y atención al duelo.

Palabras clave: metástasis, paliativos, terminal.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Eritema nodoso asociado a colitis ulcerosa

Conchilla Parrilla JM[a], Maldonado Balbín Y

Médicos de Familia. Dispositivo de apoyo Jódar. Jaén

Ámbito del caso: atención primaria, medicina interna.

Motivo de consulta: nódulos en las piernas, rectorragia y fiebre.

Historia Clínica: mujer de 38 años que acude a consulta por presentar nodulaciones en miembros inferiores. Le duelen y los tiene rojos y calientes.

AP: sin interés.

Anamnesis: Hace un mes comenzó con diarrea, sin productos patológicos, y dolor abdominal. En la última semana ha comenzado con rectorragia y fiebre. Astenia y malestar general. Nodulaciones dolorosas en las piernas.

La paciente ha consultado en varias ocasiones en urgencias por ese dolor abdominal, y la diarrea, siendo diagnosticada de GEA.

Pruebas complementarias: se le realizan una serie de pruebas que son: hemograma, VSG, bioquímica, ASLO, y Rx Tórax, con los siguientes datos: anemia microcitica, GGT, Fosfatasa alcalina y VSG elevadas, resto normal.

Colonorectosigmoidoscopia con biopsia: Afectación de recto, ademas de: pérdida patrón vascular, eritema difuso, mucosa friable y/o edematosa, exudado de moco y sangre, ulceraciones poco profundas, pequeñas y confluentes

Biopsia: Infiltrado por neutrófilos en el epitelio de superficie y submucos abscesos crípticos y atrofia de criptas

Exploración: febril 38.6ºC, nódulos inflamatorios y dolorosos en región pretibial.

Enfoque familiar y comunitario: vive con sus padres, trabaja como cajera de supermercado.

Juicio clínico: eritema nodoso secundario a Colitis ulcerosa.

Diagnostico diferencial: Vasculitis nodulares (también llamado eritema indurado), enfermedad de Weber-Christian, Infecciones subcutáneas debidas a bacterias u hongos, Tromboflebitis superficial, Vasculitis cutáneas.

Eritema nodoso asociado a síntomas gastrointestinales se debe pensar en: enfermedad inflamatoria intestinal (EII) donde el EN ocurre en el contexto de actividad inflamatoria intestinal, enfermedad de Behcet, infección por yersinia enterocolítica (puede mimetizar la EII u ocurrir sin síntomas gastrointestinales), infección por salmonella, campylobacter, shigella, (siempre la diarrea está presente), pancreatitis.

Identificación de problemas: persona sana que comienza con una enfermedad de forma subaguda que interfiere con su vida habitual.

Tratamiento y planes de actuación: corticoidoterapia, sulfasalazina.

Evolución: favorable.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): ante patologías como el eritema nodoso, deberíamos plantearnos realizar un diagnostico diferencial adecuado ya que podrían esconder tras de sí, otras patologías tratables que sí pueden ser importantes.

Palabras clave: eritema nodoso, colitis ulcerosa.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Estudio de la atención familiar en personas mayores dependientes

Moreno García M[1], Mourelle Vázquez L[2]

[1] *Médico de Familia. UGC Vícar. Distrito Sanitario Poniente (Almería)*

[2] *Médico de familia. UGC Vicar. Consultorio barrio Archilla/la envía (Almería)*

Ámbito del caso: atención primaria.

Motivo de consulta: valoracion de la atención familiar en paciente dependiente con cuidadora principal (esposa).

Historia Clínica:

AP: Ictus Hemisférico derecho con Hemiplejia Izquierda en 2003,

Hipercolesterolemia, HTA, Síndrome Depresivo y Dolor Neuropático

1) Características psicosociales y de dependencia:

-Tipología psicosocial: mayor incapacitación el ICTUS (Grado C)

-Grado de Dependencia: BARTHEL15 – El paciente es dependiente total, KATZ Grado G – Dependiente en las 6 funciones y PFEIFFER compatible con la normalidad.

-Fase cronológica de la Enfermedad: enfermedad crónica en período centrífugo de nido vacío.

2) Estudio de la familia:

-GENOGRAMA: familia nuclear con parientes próximos, cuatro hijos (tres varones una hija) y diez nietos. Etapa (V) del ciclo vital familiar, de contracción.

-Aacontecimientos estresantes: Escala de Reajuste Social (ERS):198.

-Cuestionario mos de apoyo social.

-APGAR familiar: 6 (Disfuncion Familiar Leve).

3) Estudio medioambiental.

4) Estudio de cuidadora principal (esposa).

Los indicadores de riesgo observados son las ligeras deficiencias encontradas en el hogar, el deseo de mayor relación con algunos miembros de la familia, situación de la cuidadora principal y la situación física/psíquica del paciente.

Plan de actuación: Contacto con miembros de la familia e implicarlos de manera activa en el cuidado del paciente, tanto de forma instrumental, emocional como económica.

Por un lado se actuaría a nivel de mejora en la asistencia de nuestro paciente y por otro lado actuaríamos a nivel de sobrecarga asistencial tanto a nivel físico como psíquico de la cuidadora.

En cuanto a amigos se podría intervenir invitándolos a realizar más visitas ayudando al apoyo emocional, informacional y afectivo del paciente, así también la cuidadora tendría más tiempo libre para dedicarse a otras tareas necesarias para su descarga.

Otra medida sería solicitar la ayuda de segunda cuidadora a través de la trabajadora social, así como solicitar ayudas para mejoras en la vivienda del paciente: construcción rampa en la entrada de la casa, cama y colchón de características adecuadas.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): la atención familiar de un paciente dependiente permite la integración multidisciplinar para el manejo de pacientes, a priori complicados, que con una hipotesis de trabajo nos permite adecuar los recursos.

Palabras clave: family practice, primary care, dependece.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Debut Diabetes tipo 2: del nada al todo

Moreno García M[1], Mourelle Vázquez L[2]

[1] *Médico de Familia. UGC Vícar. Distrito Sanitario Poniente (Almería)*

[2] *Médico de familia. UGC Vicar. Consultorio barrio Archilla/La envía (Almería)*

Ámbito del caso: atención primaria.

Motivo de consulta: recogida de resultado analitico rutinario en varón 56 años sin AP de interés.

Historia Clínica: FMV, varón 56 años, casado y dos hijos. Sin ningun AP de interés.

Acude a consulta por primera vez, generalmente venia su mujer solicitando analgésico para su marido, que le dolían las piernas y que por su trabajo no podía acudir a la consulta.

Analítica de rutina en la que se detecta glucemia basal alterada, por lo que se solicita nueva determinación con HbA1, en la que se confirma el Diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2.

Tras el Diagnóstico de DM se registra en el proceso diabetes.

Pasado un tiempo, acude la mujer con informe de urgencias en el que aparece como diagnostico trastorno circulatorio macroangiopatico por DM e inician insulinoterapia tras consultar con Endocrino.

Se le aconseja que acuda a consulta, donde se aclaran dudas referentes a su enfermedad de reciente diagnostico y se da cita en enfermería para control de glucemias y educación diabetologica reglada.

Se solicita retinografia y exploración de pie diabético:

-Pie de alto riesgo.

-Retinopatía Diabética de fondo no proliferante.

Derivación a Vascular y Oftalmologias y refuerzo del tto.

Pasadas unas semanas acude con lesiones en 3er dedo pie derecho compatible con lesiones húmedas de isquemia arterial y se remite a urgencias del hospital de referencia para urgencias vasculares.

Tras valorar al paciente deciden que tras descartan afectación ósea de osteomielitis, el tratamiento definitivo es la amputación del 3er dedo de ese pie derecho. La noticia, impacta al paciente y su mujer. Técnica anómala al dar malas noticias.

Evolución: Tras ser dado de alta, sigue sus revisiones de curas por enfermería y tras tratamiento con insulina, metfomina y AAS con IBP, se encuentra en un estado de excelente control glucemico en espera de ser tratado con láser terapia por su retinopatía.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): una escasa percepción de riesgo o de asunción de enfermedad en los varones de mediana edad hacen retrasar el diagnostico de patologias prevalentes y de consecuencias importantes sin un control adecuado.

La tecnica de comunicar malas noticias debe seguir un proceso de adaptación y una estrategia correcta.

Palabras clave: diabetes complications, primary care, amputation.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Pancitopenia e infección respiratoria, ¿qué ocurrió primero?

Gilsanz Aguilera N[1], Ropero Gallardo V[2], Moreno Moreno RE[3]

[1] *Médico de familia AP. CS Benamejí. Distrito Córdoba Sur. Córdoba*

[2] *DUE (Diplomado Universitario en Enfermeria). Hospital Comarcal de la Axarquía. Velez-Málaga*

[3] *Medico de familia. UGC Palma- Palmilla. Distrito Sanitario Málaga*

Ámbito del caso: urgencias extrahospitalarias del centro de salud y hospitalarias.

Motivo de consulta: paciente inglesa de 63 años que acude a urgencias extrahospitalarias con tos escasa, expectoración junto con disnea y astenia de 7 días y sensación distérmica.

Historia Clínica:

Enfoque individual:

Antecedentes personales: hipercolesterolemia. Fumadora 20 cigarrillos. Bypass Aorto-Femoral derecho.Tratamiento: estatinas.

Anamnesis: mujer de 63 años inglesa con tos,expectoración escasa,sensación distermica y disnea de 7 días evolución que han aumentado en las últimas 24 horas.Acudió varias ocasiones a urgencias de centro de salud, se le pautó antitérmicos y Amoxicilina-Clavulámico. Ante aumento de disnea y no mejoría se traslada al hospital de referencia.

Exploración: a la llegada mal estado general, palidez mucocutanea.TA:100/50.Afebril. Taquipneica: 32 rpm. Frialdad de piel. ACP: RYR sin soplos a 103 ppm, sibilantes ambas bases. Abdomen: algias difusas en hemiabdomen derecho. EEII: pulsos conservados y simétricos.No signos TVP. Neurológico normal.

Pruebas complementarias: RX PA y Lateral de Tórax: Normal.Analítica: Hemograma: Hb: 5,1gr/dl. Leucocitos 1290: Neutrófilos: 200. Linfocitos 940. Plaquetas: 9000. Coagulación TP: 52%. INR: 1,45. Bioquímica: Gluc: 147. Br total: 2,06. Conjugada: 0,5. LDH: 466. Na: 126. K: 3,1. PCR: 256. Dímero D: 9,51.Gasometría venosa: ph: 7,41. PCO2: 31,6. PO2: 20,9. HCO3: 20,6.

Frotis sanguíneo: Pancitopenia severa. Escasa celularidad. Muy aislados neutrófilos de morfología normal.Serie roja normal. No se observan células patológicas.

Enfoque familiar y comunitario: la paciente es inglesa y viene a España de vacaciones para 3 meses con amiga.

Juicio clínico: se trata de un cuadro respiratorio que no mejora y se traslada al hospital para descartar infección condensante o TEP.En hospital se estudia la Pancitopenia entre los diagnósticos diferenciales: aplasia medular que ha desencadenado un cuadro respiratorio o una sepsis que ha causado pancitopenia.

Tratamiento: Comentado con hematólogo del hospital y se procede a transfusión de hematíes, plaquetas y plasma. Además Ceftriaxona intravenosa y factor estimulante de colonias de granulocitos.Se cursan hemocultivo y urocultivo.

Evolución: Ante el trabajo respiratorio la paciente pasa a UCI con mala evolución: bajas tensiones, abundantes transfusiones e intubación orotraqueal.Pendiente de punción de médula ósea. La paciente falleció sin completar estudio. Sospechándose aplasia medular con pancitopenia que provocó la clínica.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): esta paciente acudió a urgencias del centro de salud en varias ocasiones por cuadro respiratorio sin mejoría y con el problema de la barrera idiomática; lo cual supone uno de los problemas habituales en las zonas costeras. Además de falta de información de antecedentes de la paciente por proceder de otro país y el cuadro de pancitopenia desconocida y con el que no se pudo completar el estudio.

Palabras clave: pancitopenia, sepsis, infección tracto respiratorio.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Terapia breve centrada en soluciones

Moreno García M[1], Mourelle Vázquez L[2]

[1] *Médico de Familia. UGC Vícar. Distrito Sanitario Poniente (Almería)*
[2] *Médico de familia. UGC Vicar. Consultorio barrio Archilla/La envía (Almería)*

Ámbito del caso: atención primaria.

Motivo de consulta: varón de 22 años que consulta por desánimo, tristeza.

Historia Clínica: JMBB, varón 22 años, estudiante. Vive con dos compañeros de piso.

1) Primera Consulta: sintomatología orgánica inespecífica y tras entrevista afloran sentimientos de tristeza y desánimo.

Ningún antecedente personal de interés, ni ningún tratamiento.

2) Analítica normal, con preguntas abiertas comenta 5 años con síndrome ansioso en seguimiento por psiquiatra privado y tratamiento con *motivan* ® que no toma por aneyaculación. Le cuesta salir y tiene algo de llanto y lo que él llama tristeza.

No se consigue una apertura del paciente para mostrar cuales son sus preocupaciones que le producen ansiedad, refiere que todo un poco. Se inicia tratamiento psicofarmacológico: fluoxetina y bromazepam condicional.

3) Siguiente visita: sigue igual y solicita serología. Indagando motivo: contacto de riesgo hace>4 meses, motivo por el cual dejó a su pareja. Textualmente dice su problema es "ser homosexual", motivo por el que dejó los estudios en su pueblo y se trasladó a la ciudad donde decidió retomar la formación para terminar el bachillerato. Eso le afectaba también, pues pensaba que los compañeros, hablaban mal de él, no solo ya por su orientación sexual sino por ser mayor que ellos y seguir en bachillerato.

Planteamos estrategia de apoyo social con sus compañeros de piso, aunque uno de ellos es su expareja, con el que refiere no hay problemas de convivencia y no le dificulta su vida ni influye en su estado animo.

Intentamos centrar en la sobrevaloración de aptitudes del paciente, en aumentar la ideación de mejora y planteamos una tarea de listado de valoraciones positivas.

Recomendacion técnicas de relajación como aumento de actividad física y dibujar, que le gusta mucho.

La serología llega negativa y han pasado tres meses desde la primera consulta, ha tenido varias sesiones de psicoterapia breve y quiere seguir recibiéndolas con un control de la medicación por parte de atención primaria.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): hay que empatizar con el paciente para que comente toda su problemática y poder realizar un mejor abordaje tras intentar una descarga emocional del paciente y en varias visitas programadas.

Palabras clave: brief psicotherapy, primary care, depressive disorders.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Hipertiroidismo, no siempre es primario

Gilsanz Aguilera N[1], Martín Bravo L[2], Moreno Moreno RE[3]

[1] *Médico de familia AP. CS Benamejí. Distrito Córdoba Sur (Córdoba)*
[2] *Médico de familia AP. CS Palenciana. Distrito Cordoba Sur (Córdoba)*
[3] *Médico de familia AP. CS Palma-Palmilla. Distrito Málaga. Málaga*

Ámbito del caso: atención primaria, servicios de urgencias.

Motivo de consulta: paciente de 74 años que acude a consulta por clínica depresiva junto con insomnio y pérdida de peso de 2 meses de evolución. Además cefaleas.

Historia Clínica:

Enfoque individual: -Antecedentes personales: bocio. Síndrome depresivo. Migraña. Dislipemia. Tto: Paroxetina. Simvastatina.

-Anamnesis: mujer de 74 años con antecedentes de bocio multinodular que por estabilidad suspende carbimazol. Posteriormente empieza con insomnio, nerviosismo, pérdida de peso y apetito y síndrome depresivo de difícil tratamiento

-Exploración. No bocio. Eupneica. Acp: ryr sin soplos. Mvc. Neurológico normal.

-Pruebas complementarias: analítica tiroidea: TSH; 0,59 T4:0,54 (Disminuida). T3:3,28(normal). AcTPO y tiroglobulina negativo. Resto analítica normal salvo LDL: 188. Se repite con valores similares del eje tiroideo.

Enfoque familiar y comunitario: pérdida de marido hace unos años que desencadenó síndrome depresivo. Actualmente recaída y reintroducción de paroxetina

Juicio clínico: dado la clínica de hipertiroidismo y analítica de hipotiroidismo T4 con T3 normal y TSH normal-baja se deriva a Medicina interna para estudio.

Tratamiento: medicina interna solicita eje tiroideo y resto de hormonas. Ante la no mejoría la paciente se deriva para valoración por endocrinología y psiquiatría y se retira paroxetina.

Evolución: la paciente se encuentra peor con la retirada de paroxetina y salud mental reintroduce la misma y añade agometalina y clorazepato dipotásico.Valorado por endocrinología pendiente de pruebas complementarias y eje hormonal.Durante este tiempo la paciente presenta episodio de cefalea intensa frontal con nauseas y se deriva urgencias del hospital.Se le realiza un TAC detectándose una lesión hipodensa quística en la silla turca posible macroadema hipofisario. En analítica en planta Prolactina de 1709. TSH: 0,22 y T3: 1,34 (baja).LH 0,6 (baja), FSH normal Cortisol 2,37(bajo).Se incia tratamiento con hidrocortisona y levotiroxina.Se realiza RMN detectándose quiste aracnoideo supraselar. Se deriva a neurocirugía y oftalmología dado que en RMN se observa compresión de vía optica resultando todo normal.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): no todos los hipotiroidismos son primarios. Esta paciente tiene un hipotiroidismo central con hipopituitarismo con afectación principalmente ACTH y TSH. La clínica es inespecífica dado que la causa es infiltrativa y se instaura progresivamente. Presenta hiperprolactinemia por compresión del tallo hipofisario. La causa más frecuente de hipotiroidismo central es el adenoma hipofisario aunque en el caso es un quiste aracnoideo.

Palabras clave: quiste aracnoideo, hipertiroidismo, depresión.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Una causa poco frecuente de rectorragia

Moreno Lamela J[1], Fernández Ortega S[2], Guerrero Ponce JP[3]

[1] *MIR 4º año MFyC. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz*
[2] *MIR 3er año MFyC. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz*
[3] *Médico de Familia. CS La Merced. Cádiz*

Ámbito del caso: urgencias.

Motivo de consulta: rectorragia.

Historia Clínica:

Antecedentes personales: sin alergias, insuficiencia renal estadío IV en diálisis (tres días/semana). Aneurisma de aorta abdominal. Anemia crónica no estudiada. Resto sin interés.

Enfermedad actual: varón 67 años. Derivado desde el centro periférico donde se realizaba hemodiálisis por detección en hemograma cursado Hb de 6.5 g/dl. Analíticas previas del mismo mes de 10.8 y 9.3 g respectivamente. Niega ingesta de gastrolesivos.

La esposa comenta episodio de rectorragia de gran cuantía asociada a cortejo vegetativo que se autolimitó. Heces oscuras los dos días anteriores. Desde entonces sin deposiciones.

Exploración: buen estado general, consciente y orientado. Eupneico. Normotenso y taquicárdico. Auscultaicón anodina.

Abdomen sin alteraciones destacables. Tacto rectal: Melenas.

Evolución: pasa a observación y se tramita proceso de hemodiálisis. Se administran tres concentrados de hematíes (en sala de hemodiálisis). Comenzamos perfusión de omeprazol y se realiza PEO que informan como normal. Durante diálisis sufre un episodio de hipotensión y dolor lumbar.

Baja a observación y el paciente continúa con dolor en hipogastrio/región lumbar, normotenso pero algo taquicárdico. Presenta un vómito bilioso y se solicita ecografía abdominal, que informan como "AAA infrarrenal ya conocido sin cambios ni complicación". Se pauta analgesia y el paciente mejora. Permanece en observación pendiente de evolución. El paciente continúa con dolor abdominal y vuelve a presentar varios episodios de vómitos. Se decide realizar TAC abdominal. Desde Radiología nos informan -mientras se realizaba el TAC- de la rotura del aneurisma abdominal. Se avisa a Vascular para valoración. A su llegada el paciente está en parada cardiorrespiratoria iniciándose maniobras de reanimación por el personal de urgencias. Finalmente éxitus.

Se revisa estudio y el paciente presentaba fístula aortoentérica.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): la fístula aortoentérica es una complicación poco frecuente de los aneurismas de aorta abdominal. Sin embargo, a causa de su alta mortalidad y morbilidad debe considerarse la causante del sangrado intestinal en los pacientes con hemorragia digestiva y aneurisma de aorta abdominal hasta que se demuestre lo contrario. La endoscopia digestiva y la TC son los que proporcionan mayor información. El pronóstico depende de un diagnóstico temprano y un tratamiento enérgico.

Palabras clave: recorragia, fistula aortoentérica.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Infarto agudo de miocardio y disección de aorta. A propósito de un caso

Escribano Tovar AC[1], Páez Sánchez L[2], Fernández García G[3]

[1] *MIR MFyC. CS La Merced. Cadiz*

[2] *Médico de familia. CS Dr. Juan Antonio Gonzalez Caraballo. Sevilla*

[3] *Médico de familia. DCCU Bahía de Cádiz-La Janda. Cádiz*

Ámbito del caso: urgencias.

Motivo de consulta: varón de 66 años que presenta dolor torácico.

Historia Clínica: el paciente refiere un dolor centro-torácico opresivo irradiado a la espalda de siete días de evolución de carácter intermitente pero que se ha intensificado en en la última hora. Antecedentes personales de hipertensión arterial en tratamiento farmacológico.

El paciente presenta piel fría y sudorosa, tensión arterial de 140/80 mmHg. Exploración cardiopulmonar, abdominal y neurológica sin hallazgos patológicos. Los pulsos radiales, femorales y pedios son simétricos y conservados.

El electrocardiograma evidencia ritmo sinusal a 86 latidos por minuto con descenso del segmento ST > 1 mm de V4 a V6.

Se inicia tratamiento antiisquémico administrando ácido acetilsalicilico 300 mg y clopidogrel 300 mg vía oral y se inicia perfusión de solinitrina sin mejoría clínica. A la llegada al hospital el paciente presenta desviación de la comisura bucal a la izquierda y hemiparesia derecha.

Se realiza un TAC toraco-abdominal donde se visualiza una disección de aorta toraco-abdominal Stanford tipo A que afecta a la aorta torácica ascendente, salida de arteria carótida común izquierda y probablemente afecte también al tronco innominado. Tras realizarse el TAC, el paciente sufre una parada cardiorrespiratoria. Tras 30 minutos de reanimación cardiopulmonar se confirma el éxitus.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): la disección de aorta es una una situación clínica crítica que precisa de un diagnóstico certero y rápido. La historia previa de hipertensión arterial, el comienzo súbito de dolor torácico intenso y la irradiación son los factores clínicos que suelen estar asociados. El electrocardiograma es esencial para distinguir esta entidad del infarto agudo de miocardio, pero en los casos de disección aórtica en los que el flap diseque la coronaria el electrocardiograma puede evidenciar signos de infarto agudo de miocardio. Esto ocurre en un 1-7% de los casos.

El diagnóstico de síndrome coronario agudo puede conducir a la administración inadecuada de tratamiento trombolítico o anticoagulante que dobla el riesgo de complicaciones y hemorragia.

Es, por tanto, fundamental ante sospecha de infarto de miocardio secundario a disección de aorta recurrir a técnicas de imagen para confirmar el diagnóstico evitando las complicaciones derivadas del tratamiento antiisquémico.

Palabras clave: rupture aortic, myocardia infarction, chest pain.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Hematuria en paciente joven

Gilsanz Aguilera N[1], Ortiz Navarro B[2], Moreno Moreno RE[3]

[1] *Médico de familia AP. CS de Benamejí. Distrito Córdoba Sur (Córdoba)*

[2] *Médico de familia AP. CS Victoria. Distrito Málaga. Málaga*

[3] *Medico de familia. UGC Palma- Palmilla. Distrito Sanitario Malaga*

Ámbito del caso: servicio de urgencias.

Motivo de consulta: varon de 23 años que acude a urgencias del centro de salud por hematuria sin clínica miccional ni fiebre de 24 horas de evolución.

Historia Clínica:

Enfoque individual: -Antecedentes personales: asmático sin tratamiento.

-Anamnesis: varón de 23 años valorado el día anterior en las urgencias del centro de salud por fiebre de hasta 39 grados junto con escalofríos y tiritonas y malestar general. Se le puso tratamiento con Amoxicilina-Clavulamico 875 mg y Naproxeno. Acude de nuevo porque desde la noche anterior nota hematuria macroscópica sin clínica miccional ni otra sintomatología.

-Exploración: BEG, Normotenso. Mucosa orofaringea sin exudados. Abd: PPR negativa. EEII: No edemas.

-Pruebas complementarias: Combur test: Sangre 3+. Resto negativo. Analitica (hospital): Hb; 14,5. Leucocitos 4800. Plaquetas: 163000. Gluc: 101. Cr: 1,6. Iones normales. LDH: 450.Orina; 250 hematies. Nitritos positivo. Leucocitos 25. Proteínas 75.

Enfoque familiar: no existen antecendentes familiares ni personales de enfermedades renales.

Juicio clínico: es una hematuria macroscópica y monosistomática confirmada en paciente joven sin antecedentes nefrológicos, la sospecha es hematuria de origen renal.

Tratamiento: ante la hematuria confirmada por el Combur en paciente sin otra clínica se deriva al hospital para estudio y descartar patología renal.

Evolución: el paciente es valorado por medicina interna del hospital.Se le realiza analítica con función renal normal y ecografía de abdomen normal. La sospecha es una glomerulonefritis mesangial en el contexto de un cuadro vírico.Se recomienda suspender el Antibiótico y tratamiento sintomático evitando AINES.Se deriva a consulta de Nefrología preferente para completar estudio. Se le pide las Inmunoglobulinas, Ig A, factores del complemento, ANCA, Ac antimembrana basal,serología hepatitis, VIH,microalbuminuria y proteinuria:resultando todo normal.Hematuria con 5-10 hematies por campo. Dado el número escaso de hematíes en orina se descarta biopsia y se solicita nuevo control en 3 meses.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): este paciente en un caso clásico de sospecha de glomerulonefritis mesangial Ig A o enfermedad de Berger por la hematuria en relación con un cuadro vírico de vías altas, sin otra sintomatología. Es típica de las zonas mediterráneas y en varones jóvenes de 20- 40 años.

Dado que las pruebas serológicas son negativas. Habría que realizarle controles de función renal y de tensión arterial. Ambos si se presentan son factores de mal pronóstico.

Palabras clave: glomerulonefritis IgA, hematuria, enfermedad viral.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Estallido renal espontáneo

Ortiz Navarro B[1], González Rodriguez A[2], Moreno Moreno RE[3]

[1] *Médico de Urgencias. CS Estepona (Málaga)*
[2] *Médico de Urgencias. CS Victoria. Málaga*
[3] *Medico de familia. UGC Palma- Palmilla. Distrito Sanitario Malaga*

Ámbito del caso: urgencias hospitalarias.

Motivo de consulta: varón de 66 años que acude a urgencias por dolor súbito y espontáneo en flanco derecho irradiado a epigastrio junto a cortejo vegetativo.

Historia Clínica:

Enfoque individual:

-Antecedentes personales: NAMC, no enfermedad conocida. IQ: Desprendimiento de retina. No tratamiento.

-Anamnesis: varón de 66 años que acude a urgencias hospitalarias por presentar de forma súbita y espontánea dolor en flanco derecho irradiado a epigastrio y cortejo vegetativo.

-Exploración: hipotenso, taquicárdico. Exploración por órganos y aparatos normal salvo signos de irritación peritoneal de predominio en hemiabdomen derecho.

-Pruebas complementarias: analítica con Hb 9.1, leucocitos 12.820, plaquetas 216000, TP 79.7%, Cr 1.38. Se le realiza TAC abdominal: masa renal heterogénea 10x6x6cm que se extiende a nivel pararrenal y cruza línea media. Gran hematoma de 14x2x7cm que rompe la cápsula renal. Riñón izquierdo con quistes simples.

Anatomía Patológica: Cáncer de células claras renales grado 3 con áreas de necrosis y hemorragia sin invasión pericapsular. Hematoma reciente en grasa perinéfrica e hilio renal.

Enfoque familiar: varón casado y con hijos, con buen apoyo familiar que es fundamental dado un cuadro tan repentino y grave. No antecedentes familiares de cáncer renal.

Juicio clínico: hematoma renal espontáneo derecho. El diagnóstico diferencial fundamental es el cáncer de riñón y patología vascular. La confirmación diagnóstica es por pruebas de imagen.

Tratamiento: nefrectomía derecha y seguimiento posterior por urología.

Evolución: el paciente evoluciona favorablemente tras la intervención quirúrgica aunque son muy importantes las revisiones por urología.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): se destaca la importancia de una buena Historia.

Clínica y exploración física para detectar rápidamente un problema de abdomen agudo. Ante un abdomen agudo no solo pensar en causas digestivass no olvidar causas de otros órganos.

Palabras clave: hematoma, cancer renal, abdomen agudo.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Miositis por abuso de anabolizantes

Gilsanz Aguilera N[1], González Rodriguez A[2], Moreno Moreno RE[3]

[1] *Médico de familia AP. CS de Benamejí. Distrito Córdoba Sur (Córdoba)*

[2] *Médico de familia AP. CS Victoria. Distrito Sanitario Málaga*

[3] *Medico de familia. UGC Palma- Palmilla. Distrito Sanitario Malaga*

Ámbito del caso: urgencias hospitalarias.

Motivo de consulta: varón de 27 años que acude a urgencias por fiebre de 39.5º y dolor e inflamación intensa en brazo izquierdo tras infiltración en hombro de forma dudosa por un paramédico.

Historia Clínica:

Enfoque individual: -Antecedentes Personales: NAMC. No enfermedad conocida. IQ: Adenoidectomía. Tratamiento habitual: Aminoácidos, Glutamina, Polivitamínicos. Acude al gimnasio a diario.

-Anamnesis: varón de 27 años que refiere desde hace días dolor e inflamación en MSI y el día que acude presenta enrojecimiento de brazo izquierdo y fiebre alta. Tras insistirle al paciente, confiesa que sus amigos le inyectan a menudo anabolizantes que compran por Internet.

-Exploración: febril, taquicárdico. Exploración por órganos y aparatos normal salvo dolor, rubor, tumefacción e impotencia funcional en hombro izquierdo con signos de abscesificación en la zona de punción.

-Pruebas complementarias: analítica con Hb 13.9, plaquetas 147000, leucocitos 24840, TP 63.5%, INR 1.27, glucosa 137, Creatinina 0.99, iones normales. Gasometría venosa normal. Radiografía tórax sin hallazgos significativos. Cultivo polimicrobiano positivo aeróbico-anaeróbico. VHB, VHC, VIH negativo.

Enfoque familiar: Varón joven, metrosexual, con novia modelo, obsesionado por el culto al cuerpo y acude a diario a gimnasio. Autoinyección de anabolizantes con productos dudosos comprados por Internet.

Juicio clínico: miositis de MSI por abuso de anabolizantes. El diagnóstico diferencial es con celulitis pero la clínica es fundamental porque el paciente refiere impotencia funcional por afectación muscular.

Tratamiento: se ingresa para curetaje y antibioterapia de amplio espectro por vía venosa.

Evolución: el paciente evoluciona favorablemente aunque con secuelas por la gran infección localizada.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): es fundamental la Historia Clínica e insistir en la no ocultación de información que en este caso es fundamental para detectar el problema y realizar un diagnóstico y tratamiento correcto.

Ademas de destacar que el excesivo culto al cuerpo en los tiempos de ahora puede tener consecuencias para la salud como es este caso.

Palabras clave: miositis, agentes anabólicos, celulitis.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Náuseas y vómitos de larga evolución: abordaje integral

Turnes González AJ[1], Thomas Carazo MªE[2], Amelot M[3]

[1] *Médico residente 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zaidín Sur. Granada*
[2] *Médico residente 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mirasierra. Granada*
[3] *Médico residente 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zaidín Sur. Granada*

Ámbito del caso: atención primaria.

Motivo de consulta: náuseas y vómitos desde hace meses.

Historia Clínica: mujer, de 34 años sin antecedentes personales de interés. Intolerancia a AINEs. Afirma presentar náuseas y vómitos de semanas de evolución limitando su vida cotidiana. Niega transgresiones dietéticas ni toma de fármacos.

De profesión auxiliar de geriatría en activo, está casada y tiene una hija de 6 meses. Presenta buen apoyo familiar y social por su marido, familia y amigos con los que tiene una relación correcta. No refiere problemas laborales ni económicos guardando una apropiada relación con sus compañeros de trabajo y su jefe. Se encuentra mal anímicamente a causa de los síntomas digestivos y presenta crisis de ansiedad que empeoran el proceso.

Juicio clínico: Náuseas de difícil control. A descartar patología orgánica.

Tratamiento, plan de actuación: Se realizan analítica básica ampliada con TSH y serologías de virus hepatotropos y Helicobacter pylori resultando normales, anticuerpos antitransglutaminasa negativos. Radiografías abdominal y torácica anodinas. Ante la normalidad de las pruebas, citamos a nuestra paciente en consulta programada para abordar un posible origen funcional del cuadro. Realizamos entrevista dual, con su marido y madre, y sin ellos, no variando la información obtenida.

Nuestra paciente pone de manifiesto sus sentimientos de incapacidad para el cuidado de su hija con autopercepción de ser una mala madre y de soledad ya que la atención de su entorno va dirigida al bebé. Realizamos terapia conductual, tratando de modificar algunas respuestas de baja autoestima.

Evolución: La paciente refiere mejoría anímica, pero no digestiva. Tras varias consultas a urgencias por el mismo motivo, descartando patología urgente, se decide ingreso en Medicina Interna donde se le realiza RMN de cráneo, TAC craneal y abdominal, endoscopia digestiva alta y baja con toma de biopsia y exploración oftalmológica descartando patología orgánica. Interconsulta a Salud Mental con ausencia de signos de psicopatía sin poder descartar cuadro conversivo recomendando psicoterapia.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): importancia de descartar patología funcional ante cuadro orgánico sin mejoría tras tratamiento. Resulta necesario un uso adecuado y racional de pruebas complementarias. El conocimiento de terapias psicoconductuales desde atención primaria, son básicas en el abordaje de determinados procesos.

Palabras clave: náuseas, trastorno conversivo, psicoterapia.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Síndrome de Brugada como causa de síncopes de repetición

García González J[1], Carbajo Martín L[2]

[1] *Médico de Familia. DCCU Morón de la Frontera (Sevilla)*

[2] *Médico de Familia. Hospital de Alta Resolución Utrera (Sevilla)*

Ámbito del caso: urgencias extrahospitalarias.

Motivo de consulta: paciente de 43 años con síncopes de repeticion.

Historia Clínica: varón de 43 años fumador de 20 cigarrillos/día sin otros antecedentes personales de interés, que avisa por perdida de conocimiento de 2 minutos de duración tras la micción, no se acompaña de cortejo vegetativo, dolor torácico, convulsión ni relajación de esfínter. Refería haber presentado cuadro similar en otras tres ocasiones sin que fuesen valorado por su medico.

En la exploración física presenta tensión arterial de 130/75 mm Hg, frecuencia cardiaca de 85 lpm, saturación de oxígeno del 98%, una glucemia de 97mg/dl, temperatura axilar de 35,8°C y una auscultación cardiorrespiratoria y exploración neurológica normal. En el electrocardiograma ritmo sinusal a 82 lat./min, una elevación del segmento ST y ondas T negativas de V1 a V3, patrón de bloqueo de rama dcha.

Tras estos hallazgos se interroga sobre antecedentes familiares y no refiere sincopes de repetición ni muerte súbita en padres ni hermanos.

Se canaliza vía venosa periférica y se traslada monitorizado al hospital de referencia donde ingresa en observación con monitorización continua. Se realiza analítica con enzimas cardiacas, radiografía de torax y ecocardigrama que son normales, el electrocardiograma mantiene el mismo patrón; el paciente permanece asintomático por lo que ingresa en cardiología para continuar estudio, donde es diagnosticado de síndrome de Brugada y se le implanta un desfibrilador automático implantable (DAI).

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): el síndrome de Brugada es una patología cardiaca eléctrica primaria (no se acompaña de patología estructural) que se caracteriza por alteraciones en electrocardiográficas distintivas y riesgo incrementado de muerte súbita cardiaca secundaria a taquicardia ventricular polimorfa o fibrilación ventricular.

Incidir en la importancia de tener presente el síndrome de Brugada en las consultas de atención primaria y urgencias prehospitalarias cuando evaluamos a un paciente por síncope, ya que la realización de una anamnesis adecuada, una exploración física y un ECG pueden ser suficientes para detectar paciente en riesgo.

Palabras clave: Brugada Syndrome, Sudden cardiac death, syncope.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Scasest-disección de aorta. A propósito de un caso

Salado Natera MªI, Fernández García G, Egea Aldana FR

Médicos del Dispositivo de Apoyo del Distrito Sanitario Bahía de Cádiz-La Janda

Ámbito del caso: urgencias extrahospitalarias.

Motivo de consulta: dolor torácico irradiado a espalda.

Historia Clínica: varón de 61 años con dolor centrotorácico opresivo irradiado a espalda acompañado de sudoración profusa, en reposo. Dolor de una semana de evolución, hoy más intenso que en días previos, ha tomado un comprimido de metamizol, mejorando la sintomatología. Esta madrugada le ha despertado el dolor.

Exploración física: regular estado general, sudoroso, consciente, orientado y colaborador. Aparato circulatorio: tonos puros rítmicos no soplos. Aparato pulmomar: murmullo vesicular conservado sin ruidos patológicos. Abdomen: globuloso, depresible no masas ni megalias, no doloroso a la palpación. Miembros inferiores: sin edemas no signos de trombosis venosa profunda. Pulsos distales conservados y simétricos. Exploración neurológica: pupilas isocóricas normorreactivas a la luz y a la acomodación, movilidad ocular extrínseca conservada, resto de pares craneales normales, no dismetría ni adiadococinesia, romberg -, fuerza y sensibilidad conservadas.

Electrocardiograma: ritmo sinusal 86 latidos por minutos con descenso del segmento ST > 1 mm en V4 a V6. TA: 140/80 mmhg. Frecuencia cardiaca 86 lpm. Frecuencia Respiratoria: 12 rpm. Saturación de oxígeno del 98%. Glucemia capilar 101 mg/dl.

Se administra oxígeno en gafas nasales a 3 l/min. Cafinitrina sublingual, AAS 300 mg, clopidogrel 300 mg via oral. Cloruro mórfico IV 2,5 cc repitiéndose dosis a los 15 minutos por persistencia del dolor. Durante el traslado perfusión de solinitrina IV.

A nuestra llegada al hospital paciente desorientado, desviación de la comisura bucal a la izquierda, hemiparesia derecha.

TAC toraco-abdominal: Disección de aorta toraco-abdominal que afecta a aorta torácica ascendente, salida de arteria carótida común izquierda y tronco innominado. Esta imagen se extiende hasta 6,6 cm por debajo de la salida de la arteria renal izquierda.

En la sala de rayos, el paciente sufre parada cardiorrespiratoria. Tras 30 minutos de RCP avanzada el paciente continua sin pulso, se decide detener las maniobras.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): la disección de aorta es un diagnóstico diferencial a tener en cuenta en paciente con sospecha de IAM severo.

Palabras clave: sindrome coronario agudo, disección de aorta, dolor torácico.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Infección de orina y aneurisma de aorta. A propósito de un caso

Escribano Tovar AC[1], Páez Sánchez L[2], Sayago Gil S[1]

[1] *MIR MFyC. CS La Merced. Cádiz*

[2] *Médico de Familia. CS Dr. Juan Antonio Gonzalez Caraballo. Sevilla*

Ámbito del caso: urgencias.

Motivo de consulta: varón de 63 años que presenta lumbalgia de semanas de evolución.

Historia Clínica: paciente de 63 años, que refiere lumbalgia de semanas de evolución y cifras tensionales en torno a 220/120 mmHg, objetivándose una infección de orina al presentar sedimento patológico, por lo que se decide ingreso. Antecedentes personales conocidos de hipertensión arterial. Durante su estancia hospitalaria, presenta de forma brusca, signos de bajo gasto: hipotensión, palidez mucocutánea, sudoración profusa y obnulación, acompañado de cambios electrocardiográficos: ascenso de ST en III de 2 mm y descenso de ST en I, aVL, V3, V4 y V5. Tras ello el paciente entra en shock. Ante la sospecha de posible patologiá vascular, se decide realización AngioTAC toraco- abdominal, donde se confirma la presencia de aneurisma de aorta abdominal infrarrenal de gran tamaño, cuya dilatación incluye la región más proximal de ambas ilíacas y desplazando y colapsando la vena cava inferior, concluyendo en rotura de aneurisma aórtico abdominal con hematoma retroperitoneal izquierdo asociado. Tras ello, se estabiliza al paciente, se programa cirugía urgente realizándole By-pass femoro-femoral izquierdo-derecho, y pasa a la UCI.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): el aneurisma aórtico abdominal (AAA) es la décima causa de muerte en caucásicos mayores de 60 años. Alrededor de la mitad de los pacientes que presentan rotura de AAA llegan al ámbito hospitalario, y de éstos, aproximadamente el 30% reciben un diagnóstico erróneo. La mayoría son asintomáticos, pero al incrementar su tamaño pueden desencadenar una serie de síntomas comunes con otras enfermedades, que puede enmascararnos el diagnóstico, como el cólico renal, la pielonefritis o infarto agudo de miocardio atípico. La sintomatológica que debe hacernos sospechar consiste en dolor abdominal o lumbar agudo, hipotensión o shock, y palpación de masa abdominal pulsátil en el examen físico. La rotura puede producirse hacia el retroperitoneo, la hemorragia puede ser contenida en este espacio, y la tasa de supervivencia alcanza a ser del 30%; mientras que una ruptura anterior, hacia la cavidad peritoneal, resulta un evento catastrófico, en el cual la tasa de mortalidad es del 97%. Por lo tanto, ante la sospecha de esta patología, hay que actuar de manera urgente.

Palabras clave: Aorta Abdominal Aneurysm.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Accidentes isquémicos transitorios y Meningioma. A propósito de un caso

Escribano Tovar AC[1], Sayago Gil S[1], Gómez Prieto D[2]

[1]MIR de MFyC. CS La Merced. Cádiz
[2]MIR de MFyC. CS Rodríguez Arias. Cádiz

Ámbito del caso: urgencias.

Motivo de consulta: mujer de 51 años que presenta episodios de hemiparesia izquierda.

Historia Clínica: paciente de 51 años que refiere, desde hace dos meses, tres episodios de alteración sensitivo motora en hemicuerpo izquierdo, con recuperación espontánea, siendo diagnosticada de AITs de repetición. En la última ocasión ha persistido debilidad en el miembro inferior izquierdo, acompañado de sensación de parestesias en hemicara izquierda. No presenta antecedentes personales de interés. A la exploración neurológica, se encuentra orientada en espacio y tiempo, consciente, orientada y colaboradora. Pares craneales normales, fuerza conservada en miembros superiores e inferior derecho, y disminuída en miembro inferior izquierdo 4-/5. Claudicación en Barré y Mingazzinni. Reflejos osteotendinosos se encuentran vivos de forma generalizada con reflejo cutáneo-plantar extensor izquierdo y flexor derecho. En la marcha se pone de manifiesto el arrastre del miembro inferior izquierdo. Se realiza TAC craneal, donde se objetiva lesión extraaxial derecha en probable relación con meningioma, aconsejándose la realización de prueba con contraste, captando la imagen previa débilmente y de forma homogénea, con leve desviación de la línea media. Se solicita RMN cerebral y estudio de extensión, y se decide comenzar tratamiento con dexametasona y ácido valproico, y valoración por neurocirugía para posible intervención quirúrgica.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): el meningioma es un tumor extraaxial, usualmente benigno de crecimiento lento, que surgen de la aracnoides. Abarcan del 14% al 19% de todas las neoplasias primarias intracraneales. El pico de incidencia es a los 45 años de edad, siendo más prevalente en mujeres. El TAC o RMN ponen de manifiesto su base pegada a la duramadre, presentando aumento de densidad y pueden causar hiperostosis del hueso adyacente. El cuadro clínico que pueden presentar es el de una hipertensión intracraneal, signos relacionados con disfunciones específicas según la ubicación de la lesión, o fenómenos isquémicos en relación al "robo" vascular. Dentro del diagnóstico diferencial se tienen que considerar patologías que causan hipertensión intracraneal o que produzcan déficit neurológico focal, como en este caso, donde la paciente fue catalogada de accidentes isquémicos transitorios. Cabe destacar la importancia de realización de pruebas de imagen ante la presencia de clínica focal neurológica, ya que nos acerca al diagnóstico.

Palabras clave: meningioma.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Urgencias del médico de familia

Rodríguez González MªJ[1], Castro Rios AMª[2], Rodríguez Torres M[1]

[1] *Médico DCCU.UGC Bahía de Cádiz-La Janda. El Puerto de Santa María (Cádiz)*

[2] *Enfermero DCCU.UGC Bahía de Cádiz-La Janda. El Puerto de Santa María (Cádiz)*

Ámbito del caso: atención primaria. Dispositivo de cuidados críticos y urgencias.

Motivo de consulta: "estoy acelerada".

Historia Clínica:

Antecedentes personales: mujer, 83 años. Intervenida quirúrgicamente de cáncer de mama hace 13 años. Poliartralgias. No hace tratamiento. No fumadora.

Anamnesis: desde hace 2-3 días se nota "muy acelerada", acudió el día anterior al centro de salud por lo mismo, le dieron una pastilla para los nervios y se le pasó. Ahora estaba en su casa viendo la televisión y comenzó con "mucho acelero" y mareos. Acude con su hija al centro de salud.

Exploración y pruebas complementarias: exploración física: buen estado general, consciente, orientada y colaboradora. Eupneica. Palidez de piel, nerviosa. Auscultación cardiaca: tonos taquirritmicos. AP: normal. Abdomen normal. No edemas en miembros inferiores. No focalidad neurológica aguda.

Exploraciones complementarias: tensión arterial: 180/90. Saturación de oxígeno 95%. Temperatura: 35.7ºC. Frecuencia respiratoria: 16. Frecuencia cardiaca: 180 latidos por minutos (lpm). Electrocardiograma (ECG): taquicardia ventricular a 180lpm.

Enfoque familiar y comunitario: paciente viuda, autónoma que vive sola pero que se apoya en su hija para acudir a urgencias.

Juicio Clínico: taquicardia ventricular con pulso en paciente estable hemodinámicamente.

Diagnóstico diferencial: taquicardia de QRS ancho: taquicardia supraventricular en un paciente con un síndrome de preexcitación (Wolf-Parkinson-White). Taquicardia ventricular con pulso. Taquicardia en un paciente con un bloqueo de rama.

Identificación de problemas. Paciente 83 años con taquicardia a 180 lpm y que le ha sucedido en otras ocasiones de forma autolimitada.

Tratamiento: administramos 2 ampollas de amiodarona en suero glucosado 100ml. Revierte a ritmo sinusal. ECG: ritmo sinusal a 90lpm y T negativas de V1 a V4. SCASEST.

Planes de actuación: una vez estabilizada la trasladamos al hospital en UVI Móvil.

La evolución es favorable.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): estos casos a los médicos de familia nos hacen reflexionar sobre la importancia de nuestra formación en todas las áreas de la medicina. La diversidad de patología que vemos en un servicio de urgencias y que tenemos que estar preparados para al igual que sabemos tratar muchos cuadros vanales y muchas patologías no de emergencias, también tenemos que estar preparados para saber estabilizar pacientes críticos.

Palabras clave: ventricular tachycardia, emergency, family medicine.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

¿Gestante? ¿Nerviosa?

Barberán Morales C[1], Rodríguez González MªJ[2], Castro Rios AMª[3]

[1] *Médico de Familia. DCCU El Puerto de Santa María (Cadiz)*
[2] *Enfermera. DCCU El Puerto de Santa María (Cadiz)*
[3] *Médico de Familia. DCCU Chiclana (Cadiz)*

Ámbito del caso: atención primaria. Dispositivo de cuidados críticos y urgencias.

Motivo de consulta: "palpitaciones".

Historia Clínica:

Antecedentes personales: mujer, 35 años. Episodios de Taquicardia supraventricular en tratamiento con bisoprolol. Lleva 7 meses sin tomar el bisoprolol por embarazo de 34 semanas. Esta paciente dejó el tratamiento sin consultar con su médico. No fumadora.

Amamnesis: cuenta que lleva unos días muy nerviosa por mudanzas y que ha comenzado hace unos 15 minutos con "palpitaciones", muy nerviosa y con "ahogo".

Exploración y pruebas complementarias: exploración física: buen estado general, consciente, orientada y colaboradora. Nerviosa. Eupneica. Palidez de piel. Auscultación cardiaca: tonos taquirritmicos. AP: murmullo vesicular conservado, no ruidos sobreañadidos. Abdomen normal. No edemas en miembros inferiores. No focalidad neurológica aguda. Exploraciones complementarias: tensión arterial: 150/85. Saturación de oxígeno 98%. Temperatura: 36ºC. Frecuencia respiratoria: 15. Frecuencia cardiaca: 160 latidos por minutos (lpm). Electrocardiograma (ECG): taquicardia de QRS estrecho a 160 lpm.

Enfoque familiar y comunitario: familia joven, paciente muy estresada por causa externa, una mudanza.

Juicio Clínico: taquicardia supraventricular en gestante de 34 semanas.

Diagnóstico diferencial: taquicardia de QRS estrecho: taquicardia sinusal. Taquicardia por reentrada del nodo auriculoventricular, es la variedad de taquicardia supraventricular paroxística más frecuente. Taquicardia por reentrada auriculoventricular con complejo QRS estrecho. Taquicardias focales, dentro de esta el flúter auricular.

Identificación de problemas: paciente joven con taquicardia supraventricular, que suprimió el tratamiento por la gestación sin consultar con su médico.

Tratamiento: administramos adenosina en bolo: 6 miligramos y a los 2 minutos 12 miligramos. Tras esto revierte a ritmo sinusal. ECG: Ritmo sinusal a 80lpm. No signos de isquemia aguda.

Planes de actuación: traslado al hospital.

La evolución fue favorable.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): la gestación es un estado proarritmogénico, por tanto es una urgencia que podemos ver con frecuencia. Destacar la importancia de la información y del control adecuado de los pacientes. La sociedad actual necesita una actuación eficaz y de calidad por parte del profesional sanitario en todas las situaciones en que podemos encontrarnos tanto al informar a una paciente en un control de embarazo como en situaciones de urgencias/emergencias.

Palabras clave: supraventricular tachycardia, family medicine, emergency.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

¿No puede mover los miembros inferiores?

Castro Rios AMª, Palacio Millán S, Barberán Morales C

Médico DCCU. UGC Bahía de Cáliz-La Janda. El Puerto de Santa María (Cádiz)

Ámbito del caso: atención primaria. Dispositivo de cuidados críticos de urgencias.

Motivo de consulta: posible politraumatismo.

Historia Clínica:

Antecedentes personales: varón 35 años. Sin antecedentes personales. Anamnesis: se le ha caído encima una reja de gran tamaño estaba atrapado. Niega pérdida de consciencia. Paciente de lado con dolor en zona lumbar.

Exploración y pruebas complementarias: exploración física: regular estado general, consciente, orientado con dolor en zona lumbar. Nervioso y agitado. Pupilas normales. Auscultación cardiaca: tonos rítmicos. Auscultación pulmonar: murmullo vesicular conservado. Tórax normal. No focalidad neurológica aguda. Miembro inferior izquierdo acortado y con rotación externa, miembro inferior derecho y miembros superiores normales. Abdomen en tabla. Contusión frontal izquierda. Priapismo.

Exploraciones complementarias: Glasgow 15/15. Tensión arterial: 120/90 mmHg. Saturación oxígeno 99%. Afebril. Glucemia: 81 mg/dl. Frecuencia respiratoria: 18. Frecuencia cardiaca: 65 latidos por minutos. Electrocardiograma: Ritmo sinusal normal. En el hospital: TCMD Tórax y Abdomen: Fractura D12 con afectación del muro posterior.

Enfoque familiar y comunitario: casado con 2 hijos. Trabaja de transportista debe extralimitarse en sus funciones que es el motivo del accidente, ya que él solo, ante la falta de personal por parte de la fábrica, debía abrir la reja de entrada.

Juicio clínico: Fractura estallido D12. Lesión medular incompleta.

Diagnóstico diferencial, identificación de problemas: lesiones por rotura de víscera hueca con la consiguiente hemorragia interna, fracturas vertebrales, con lesión medular o no y de huesos largos.

Tratamiento: Estable durante el traslado, inmovilización mediante collarín cervical y colchón de vacío. Se canalizan 2 vías periféricas de grueso calibre, analgesia, omeprazol 40 mg. iv. y Metilprednisolona 1 gr. iv.

Planes de actuación: traslado hospitalario.

Evolución: estable durante el traslado con evolución hospitalaria favorable.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): el 5,3% de las lesiones medulares ocurren en accidentes laborales y un 18% de los accidentes laborales provocan lesión medular. Vemos la frecuencia en la que el médico de familia puede encontrarse con estos casos y la necesidad de actuar ante ello de una forma rápida y eficaz, así como la puesta en marcha de Código Trauma Grave existente en el Hospital de referencia, coordinando los distintos niveles de intervención.

Palabras clave: occupational accident, vertebral fracture, emergency, family medicine.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Hipoglucemias en paciente joven. ¿Hay algo más?

Gilsanz Aguilera N[1], Martínez Romero B[1], Moreno Moreno RE[2]

[1] *Médico de Familia. CS Benamejí. Distrito Córdoba Sur. Córdoba*

[2] *Medico de familia. UGC Palma- Palmilla. Distrito Sanitario Malaga*

Ámbito del caso: atención primaria, urgencias.

Motivo de consulta: mujer de 14 años que acude a consulta por varios cuadros de presíncope, con medida de glucemia en varias ocasiones y valores sobre 60-80. Tras el episodio presenta temblor en ambas manos quedándole posteriormente en mano derecha.

Historia Clínica:

Enfoque individual:

-Antecedentes personales: sin interés.

-Anamnesis: mujer de 14 años que acude a consulta por presentar desde hace 2 semanas episodios de presíncope con visión borrosa y molestias en el estomago. Se ha medido la glucemia con valores de 60-70.Mejora tras la ingesta de azúcar y después empieza con temblores en ambas manos quedándosele luego en mano derecha y posterior recuperación.

-Exploración: neurólogico normal. Auscultación normal. Abdomen normal. Extremidades inferiores sin alteraciones

-Pruebas complementarias: glucemia al azar: 91.

Analítica en centro salud: glucosa 84. Hba1c:5,1. Resto normal y orina sin glucosa.

Enfoque familiar: mujer joven que vive con sus padres. Tiene 2 tías maternas con diabetes mellitus.

Juicio clínico: ante la sospecha de hipoglucemia el primer diagnostico es una diabetes mellitus de inicio. Otras causas más raras con hiperinsulinismo son hipoglucemia facticia, insulinoma o hipoglucemia autoinmune.También causas sin hiperinsulinismo como hipopituitarismo, déficit aislado de cortisol, insuficiencia suprarrenal primaria, déficit de GH o tumores que no afectan a islotes pancreáticos.

Tratamiento: ante la sospecha de hipoglucemia se deriva a Medicina Interna para estudio.

Evolución: durante este periodo sufre nuevo episodio con perdida de conciencia y se traslada a urgencias del hospital. Se le realiza una analítica normal y se ingresa en medicina interna para estudio. Solicitan Cortisol, péptido C, Insulina y función tiroidea que resultan normales. Dan de alta con medidas anticaida si empieza a notar los síntomas y medidas dietéticas. Posteriormente valorada en la consulta de medicina interna donde consideran que el temblor posterior a las hipoglucemias podrían ser crisis comiciales parciales. Se deriva a neurología donde le realizan una resonancia magnética y un Electroencefalograma normales.Aunque consideran que podrian ser cuadros sincopales de posible origen comicial. La paciente sigue en estudio por neurología.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): este es un caso de hipoglucemias que descartadas todas las causas mediante pruebas complementarias y revisada la historia resultan ser unas crisis parciales.

Palabras clave: hipoglucemia, sincope, epilepsia parcial.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Diagnóstico de anemia megaloblástica en paciente con vitíligo

Salva Ortiz N[1], Allely Ramírez MªJ[2], Rodríguez González MªJ[1]

[1] *Médico de Familia. DCCU Bahía de Cádiz-La Janda. El Puerto de Santa María (Cádiz)*

[2] *Médico de Familia. Clinica Isla Salud. San Fernando (Cádiz)*

Ámbito del caso: atención primaria.

Motivo de consulta: despistaje de enfermedades autoinmunes asociada a vitíligo.

Historia Clínica:

Antecedentes personales: no RAM, no tóxicos. Vitíligo. Intervenida de fractura tobillo derecho. Menopausia a los 45 años.

Antecedentes familiares: sin interés.

Anamnesis: mujer de 54 años que acude a consulta por cuadro catarral, se realiza análisis de control anual con presencia de valores analíticos alterados compatibles con anemia macrocítica.

Exploración física: constantes normales. Vitíligo estable. Cuello normal. Auscultación cardiaca: tonos puros y rítmicos. Auscultación pulmonar: murmullo vesicular conservado sin ruidos patológicos.

Pruebas complementarias: hemograma: HB: 9,8g/dl, VCM: 129, HB corpuscular media: 43, dispersión de hematíes: 18,2%, 1610 neutrófilos, 150 monocitos. Resto normal. Bioquímica: LDH: 817, GGT: 59, GOT: 39, GPT: 33. Fosfatasa alcalina: 110, Vit. B 12: 289, fólico 15,1.TSH: 1,070 Resto normal. Elemental de orina normal. Endoscopia oral: hernia hiatal pequeña. Gastritis crónica atrófica.

Enfoque familiar y comunitario: familia de 5 miembros. Trabaja como ama de casa.

Juicio clínico: anemia megaloblastica. Gastritis crónica atrófica.

Diagnóstico diferencial: otros tipos anemias macrocíticas.

Identificación de problemas: paciente de 54 años con vitíligo que en analítica de rutina se detecta anemia megaloblástica y en endoscopia una gastritis crónica atrófica.

Tratamiento y planes de actuaciín: Omeprazol 20 mg 1 cada 24 horas. Control analítico anual.

Evolución: favorable, vitíligo estable.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): es importante tener en cuenta en la consulta de atención primaria las enfermedades autoinmunes ya que se relacionan con distintas enfermedades fácilmente diagnosticables. Dada a la buena anamnesis y pruebas complementarias que disponemos en atención primaria se consigue realizar un enfoque multiespecialidad para llegar a un diagnóstico de certeza. En la consulta tendremos que seguir el control de dicha patología y realizar controles frecuentes de las posibles complicaciones que puedan aparecer.

Palabras clave: Anemia Pernicious, Vitiligo, Autoimmune Diseases.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Diagnóstico diferencial del síndrome febril

Allely Ramírez MªJ[1], Salva Ortiz N[2], Rodríguez González MªJ[2]

[1] *Médico de Familia. Multimedica Isla Salud. San Fernando (Cádiz)*

[2] *Médico de Familia. DCCU Bahía De Cádiz-La Janda. El puerto de Santa María (Cádiz)*

Ámbito del caso: atención primaria y especializada.

Motivo de consulta: fiebre.

Historia Clínica:

Antecedentes personales: no alergias medicamentosas, no tóxicos. Lavandera. Pendiente de tiroidectomía por bocio nodular, HTA.

Antecedentes familiares: sin interés.

Anamnesis: mujer de 54 años que acude a su médico por presentar fiebre de 38,5ºC vespertina hace un mes con astenia, pérdida de peso y anorexia. No antecedentes epidemiológicos de interés.

Exploración física: constantes normales. AC: tonos apagados y rítmicos. Soplo grado I de esclerosis aórtica. AP: normal. Cuello: bocio grado I-II ligeramente doloroso. Hiperplasia biparotidea leve. Abdomen: dolor difuso a la palpación. No peritonismo.

Pruebas complementarias: hemograma: 1230 neutrófilos, 4700 leucocitos totales. Resto normal. Bioquímica: GPT 40, Ac. Úrico 7, Ca. corregido 11, ferritina 400, proteínas totales 5,9, albúmina 3,2. TSH<0.005, FT3 2,09 ng/dl, FT4 5,14 ng/dl. Marcadores tumorales, factor reumatoide, PCR, Orina normal o negativos. Serología: Brucella, Rickettsias, Coxiella, VEB, CMV, VHB y VHC negativos. Urocultivo y hemocultivos negativos. ECG: taquicardia sinusal. Radiografía tórax: normal. TAC tórax y abdomen: bocio multinodular intratorácico. Ecocardiograma normal.

Enfoque familiar y comunitario: mujer de 54 años divorciada con 3 hijos con estudios secundarios que trabaja como secretaria. Refiere mucho estrés laboral.

Juicio clínico: tiroiditis subaguda.

Diagnóstico diferencial: infecciones víricas, fiebre Q.

Identificación de problemas: mujer de 54 años que presenta una tiroididtis subaguda.

Tratamiento y planes de actuación: AINEs. Pendiente de tiroidectomía por bocio nodular.

Evolución: favorable.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): es una enfermedad poco común, hay que tenerla en cuenta en los diagnósticos diferenciales de fiebre sin foco. Tiene importancia la anamnesis, la exploración física y el perfil tiroideo en la analítica. Es una enfermedad fácilmente diagnosticable desde AP pero pasa desapercibida.

Palabras clave: Fever, Thyroiditis, Weight loss.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Linfoma de presentación atípica

Allely Ramírez MªJ[1], Salva Ortiz N[2], Barberán Morales C[2]

[1] *Médico de Familia. Multimedica Isla Salud. San Fernando (Cádiz)*

[2] *Médico de Familia. DCCU Bahía De Cádiz-La Janda. El puerto de Santa María (Cádiz)*

Ámbito del caso: atención primaria y asistencia especializada.

Motivo de consulta: odinofagia. Malestar general.

Historia Clínica:

Antecedentes personales: no alergias medicamentosas, fumador de 20 cigarrillos al día, varicela hace 10 meses.

Antecedentes familiares: sin interés.

Anamnesis: hombre de 46 años que presenta dolor de garganta de varios días de evolución. Acude a urgencias por persistencia de la clínica sin respuesta al tratamiento antibiótico y corticoideo. Refiere presencia de bultomas laterocervicales, supraclavicluares e inguinales y parestesias en manos. Pérdida de 14 kg de peso en un mes, por lo que se decide remitirlo a urgencias.

Exploración física: afebril. Caquéctico. Palidez mucosa. REG. Faringe: hiperémica con absceso amigdalinos. Lengua micótica. Cuello: adenopatías laterocervicales, supraclavivulares e inguinales bilaterales. Auscultación cardiaca: tonos rítmicos. Auscultación pulmonar: murmullo vesicular conservado. Abdomen: escavado. Radiografía de tórax: aumento de la trama broncoalveolar y ensachamiento del mediastino. TAC cuello, tórax y abdomen: adenopatías ganglionares cervical > a 1 cm. Adenopatías axilares y mediastínicas. Nódulos en parénquima pulmonar. Esplenomegalia homogénea. Adenopatías abdominales mesentéricas. Ecocardiograma: normal. Biopsia ganglio cervical: LNH T angioinmunoblástico PET: extensa afectación linfática supra e infradiafragmatica y esplenomegalia linfomatosa, lesiones pseudonodulares pulmonary afectación linfomatosa de MO. Estadio metabólico IV.

Enfoque familiar y comunitario: casado con un hijo, estudios primarios, trabaja en la construcción.

Juicio clínico: linfoma no hodkgin T angioinmunoblastico grado IVB.

Diagnóstico diferencial: amigdalitis.

Tratamiento y planes de actuación: quimioterapia tipo CHOP.

Evolución: mala respuesta al tratamiento quimioterápico, actualmente en situación paliativa.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): con este caso se destaca la importación en la consulta de atención primaria de la exploración física, anamnesis y las pruebas complementarias de que disponemos para poder realizar un buen enfoque diagnóstico.

Palabras clave: Lymphoma, Tonsillitis, Weight loss.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Palpitaciones en un deportista

Fernández Ortega S[1], Moreno Lamela J[2], Luque Barea MªA[3]

[1] *MIR 3er año de MFyC. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz*
[2] *MIR 4º año de MFyC. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz*
[3] *Médico de Familia. CS La Laguna. Cádiz*

Ámbito del caso: atención primaria y hospitalaria.

Motivo de consulta: palpitaciones.

Historia Clínica:

Antecedentes personales: sin alergias medicamentosas, ni patologías previas de interés. Sobrepeso (IMC 29.9). Dos tíos maternos con cardiopatía isquémica (uno de ellos fallecido antes de los 50 años).

Anamnesis: Paciente varón de 20 años que refiere sensación de palpitaciones mientras se encontraba nadando (deportista habitual). Tras varios minutos, comienza con mareos e inestabilidad, por lo que se traslada al Centro de Salud más cercano, objetivándose, ECG con taquicardia supraventricular a unos 225 lpm y TA 80/40 mmHg. Se administró 5mg de Bisoprolol oral sin respuesta, decidiéndose traslado hospitalario, durante el cual presentó ECG taquicárdico con QRS ancho a unos 230 lpm, se pautó Adenosina sin respuesta y por último perfusión IV de Amiodarona, pasando a ritmo sinusal a unos 76 lpm con frecuentes extrasístoles ventriculares. Niega dolor torácico. No síncopes. Afebril.

Exploración: consciente, orientado y colaborador, auscultación cardiopulmonar anodina, abdomen sin hallazgos, MMII sin edemas ni signos de TVP.

Pruebas complementarias: analítica GPT 62, GOT 63, LDH 314, CK 1064, Troponina T 324, proBNP 1838, hemograma, coagulación y gasometría venosa normales. Rx Tórax: cardiomegalia. ETT: VI dilatado, con disfunción sistólica severa (FE 15%), sin afectación de VD. Ante los hallazgos el paciente ingresa a cargo de UCI. Cateterismo cardíaco: VI dilatado, FEVI 35%, coronarias normales. Cardio-RMN y SPECT-TC de corazón: imagen compatible con necrosis laterobasal. Biopsia de miocardio por sospecha de endocarditis de células gigantes, sin alteraciones. Analítica reumatológica: Ac anti-nucleares y anti-NOR-90 positivos. Hormonas tiroideas normales.

Juicio clínico: miocardiopatía dilatada con disfunción ventricular izquierda severa en estudio.

Diagnóstico diferencial: trastorno de ansiedad generalizado, somatización, miocardiopatía, consumo de tóxicos, hipoglucemia, tirotoxicosis, feocromocitoma, anemia, estrés por ejercicio.

Evolución: estable, sin nuevos episodios de TV. Se implantó DAI como prevención secundaria.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): la miocardiopatía dilatada es la miocardiopatía más frecuente, con mayor incidencia en hombres, entre 20 y 60 años. La causa reversible más frecuente es el alcohol. Entre el 20%-50% de MCD idiopáticas pueden tener una base genética. La realización y valoración inicial del ECG es fundamental para el inicio precoz del tratamiento.

Palabras clave: taquicardia, cardiomiopatía dilatada, adulto joven.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Nódulo en anciano anticoagulado con acenocumarol: hasta cuándo estudiar

Pérez Gamero MªL[1], López Ballesteros AMª[2], Miranda Flores R[3]

[1] *Médico de Familia. CS Montequinto. Dos Hermanas (Sevilla)*
[2] *MIR 4º año de MFyC. CS Dos Hermanas (Sevilla)*
[3] *MIR 1er año de MFyC. Dos Hermanas (Sevilla)*

Ámbito del caso: atención primaria y especializada.

Motivo de consulta: nódulo en pierna izquierda. Hiperglucemia.

Historia Clínica:

Enfoque individual:

Varón de 85 años, FFSS conservadas, autónomo. HTA. Valvulopatia Mitroaórtica con fibrilacion auricular crónica, anticoagulado con acenocumarol. HBP.

Anamnesis: lesión en cara anterior de pierna izquierda de 2 meses de evolución, inicialmente pruriginosa eritematosa y dura, ha crecido hasta hacerse de 3,5cm con lesiones satélites, sin otros sintomas generales.

Exploración: nódulo fungoide de 3cm, con lesiones satélites de 1,5-2cm de consistencia pétrea. No adenopatias ni megalias.

Biopsia: linfoma difuso B de células grandes no centrogerminales.

Juicio clinico: LNH sin afectacion sistémica.

Diágnostico diferencial: descartar afectacion cutánea de un proceso hematólogico sistémico. Analitica con hemograma y LDH normales. Aspirado y biopsia de médula ósea negativos. Citometría de sangre periférica sin infiltración por linfoma.

Identificacion de problemas: LNH sin afectación medula ósea ni sangre periférica en anciano pluripatológico.

Enfoque familiar y comunitario: familia nuclear con parientes próximos en fase de contracción.

Tratamiento y planes de actuación: estadiaje con TAC abdomen-pelvis C/C: adenopatias en cadena iliaca externa y región inguinal izquierda de 20mm y PET: lesiones hipermetabólicas en piel y tejido celular subcutáneo y afectación cadenas inguinofemoral e iliaca externa izquierda.

Se informa a paciente de estadiaje, pronóstico y necesidad de tratamiento con 6 ciclos de quimioterapia con R-CV. Se explican efectos secundarios.

Evolución: acude a consulta tras 4 ciclos con buena tolerancia, por hiperglucemia en ayunas. Han disminuido el tamaño de las lesiones en 2 cm. Se explica su relación con el tratamiento, y que el beneficio sera mayor que el coste. El paciente añade que tras 5º ciclo va abandonar tratamiento, salvo que el proceso sea grave.

Previo a 5º ciclo acude solo a consulta y solicita información sobre gravedad del proceso y consecuencias. Se informa tras PET/ TAC de control en 5º ciclo: respuesta metabólica completa con desaparición de las lesiones tanto a nivel linfático íliaco e inguinal como en tejido celular subcutáneo de la pierna izquierda.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): fundamental priorizar la información al paciente si nos lo expresa siempre preguntando hasta donde quiere saber, subrayar nuestro papel en el abordaje de recursos familiares ante un acontecimiento vital estresante.

Palabras clave: Lynphoma, Medical ethics.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Una diabetes que se resiste

Reis Capitao JF[1], Díaz Alfaro MªC[1], Podio Castro M[2]

[1] MIR 4º año de MFyC. CS Adoratrices. Huelva

[2] MIR 4º año de MFyC. CS El Molino de la Vega. Huelva

Ámbito del caso: atención primaria.

Motivo de consulta: acude para recogida de analítica.

Historia Clínica: mujer de 69 años que acude para recogida de analítica, con resultado de glucosa en ayunas de 142 mg/dl. Se decide comprobar con una segunda analítica, en la cual obtenemos una hemoglobina glicosilada (HbA1c) de 6.1% con glucemia basal de 128 mg/dl. Se realiza una exploración por aparatos normal.

La paciente ha acudido en múltiples ocasiones al servicio de urgencias por hiperglucemias mantenidas y se decide insulinizar desde un principio con una pauta de insulina lispro-protamina por la noche y una pauta de insulina rápida antes de las comidas. Los perfiles empiezan a mejorar y se decide administrar insulina NPH en desayuno y cena y añadir metformina 850mg/8h, solicitando nuevo control analítico, en el cuál se obtiene el resultado de una HbA1c de 10.3% (3 meses después de la valoración inicial). Los perfiles glucémicos de la paciente han mejorado y por ello se decide retirar la insulina y añadir glibenclamida 5mg/24h.

A raíz del cambio terapéutico inicia un cuadro de astenia progresiva y pérdida de peso, motivo por el cual se decide derivar el servicio de endocrino.

Tras su consulta, aporta analítica con péptido C 0.8 ng/mL, niveles de anticuerpos anti-GAD mayores de 523 y HbA1c 6.8%.

Juicio clínico: diabetes tipo LADA

Tratamiento: insulinización definitiva con insulina acción lenta detemir e insulina acción rápida según perfiles pre-pandriales con insulina de acción rápida aspart.

Diagnóstico diferencial: diabetes tipo 2 y diabetes tipo MODY.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): lo más importante en atención primaria es que tengamos estos dos tipos de diabetes presentes en nuestro diagnóstico diferencial para poder tratarlos de manera adecuada. En relación a las pruebas complementarias podemos solicitar el Péptido C, lo que ya nos orientaría en relación a las reservas pancreáticas del paciente. Lo más razonable, sería pensar que nuestra paciente, dada la edad y su debut incipiente, iniciara un cuadro de diabetes tipo 2. Por ello, cabe destacar que ante la poca respuesta al tratamiento impuesto y a la subida de la HbA1c en poco tiempo, es importante plantear otros diagnósticos diferenciales.

Palabras clave: diabetes, insulina, LADA.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Abordaje de trastorno límite de personalidad con pluripatología y dependencia de sustancias

Pérez Gamero MªL[1], Miranda Flores R[2], López Ballesteros AMª[3]

[1] *Médico de Familia. CS Montequinto. Dos Hermanas (Sevilla)*

[2] *MIR 1er año de MFyC. Dos Hermanas (Sevilla)*

[3] *MIR 4º año MFyC. Dos Hermanas (Sevilla)*

Ámbito del caso: atención primaria y especializada.

Motivo de consulta: aumento del diámetro abdominal, sincopes de repetición, autoagresividad y heteroagresividad.

Historia Clínica:

Enfoque individual:

Antecedentes personales: mujer de 49 años. Fumadora. Consumo excesivo de alcohol hasta hace 4 años. ExADVP. HTA. DM. DLP. Trastorno de personalidad y síndrome depresivo ansioso en seguimiento por salud mental desde hace 15 años con cuatro ingresos en unidad de agudos por tentativas autolíticas. EPOC. Hepatopatía por VHC en estadio de cirrosis con hipertensión portal.

Anamnesis: hace 2 meses, tras abandono del hogar por su pareja, se reagudiza su estado ansioso, aumentando dosis de benzodiazepinas sin consultar a su médico, con escaso efecto terapéutico. Múltiples quejas somáticas y conductas movilizadoras del medio para conseguir benzodiazepinas y analgésicos opioides a pesar de información sobre empeoramiento de su disfunción hepática y riesgo de neurotoxicidad, con amenaza de auto y heteroagresividad en dos ocasiones.

Exploración clinica: somnolienta, orientada. Lenguaje coherente. Irritabilidad. Dificultad de sueño. No formaciones delirantes ni alucinatorias. Labilidad emocional. Ascitis no a tensión. Edemas con fóvea hasta rodilla.

Enfoque familiar y comunitario: familia binuclear con agregados. Vida cama-sillon desde hace 4 años, DAVD y actividades instrumentales. Convive con sus tres hijas, la mayor con parálisis cerebral, y su madre, cuidadora principal.

Juicio clinico: gesto autolítico. Encefalopatia hepática grado I. Descompensación hidrópica.

Diagnostico diferencial: trastorno de personalidad antisocial. Sindrome depresivo.

Identificación de problemas: abuso de sustancias. Trastorno de personalidad limite.Trastorno de adaptación.

Tratamiento y planes de actuación: se inició tratamiento con benzodiazepinas sin metabolizacion hepática, quetiapina y citalopram, sin mejoria.

Se acuerda entre niveles preservar la cautela en la prescripción y planificar una terapeútica común de cara a estabilización y posterior tratamiento de su patologia hepática con interferon - ribavirina.

Mejoria de abuso de fármacos, con olanzapina, pregabalina, y sertralina.

Evolución: inició escalada de agredir-agredirse (dos gestos autoliticos) con descompensación de su patologia somática que requirió ingreso hospitalario por encefalopatía hepática y descompensación hidropica.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): destacar la importancia de trabajo en equipo con especializada de cara a modificar conductas y el papel integrador del médico de familia.

Palabras clave: Personality disorders, hepatitis C, Cirrhosis.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

¿Quién es quién?

Hurtado de Mendoza A[1], Gamiz Soto MG[2], Artola Garrido B[2]

[1] MIR 3er año de MFyC. CS Doña Mercedes. Dos Hermanas (Sevilla)
[2] MIR 3er año de MFyC. CS Príncipe de Asturias. Utrera (Sevilla)

Ámbito del caso: mixto, urgencias, primaria y atención especializada.

Motivo de consulta: varón, 59 años que consulta por desorientación y alteraciones visuales.

Historia Clínica:

AP: HTA, DM II mal controlada. FARVR

Anamnesis: paciente con reciente diagnóstico de FA de inicio incierto, que acude a consulta por presentar desde hace varios días desorientación e incapacidad para reconocer las caras de los familiares. Refiere que "no reconozco los rostros faciales, identifico a mi familia por la voz", "no reconozco caras de personajes famosos que salen por la tele, que antes si conocía".

Se realiza exploración neurológica y ante los resultados de dicha exploración se deriva a urgencias hospitalarias.

Exploración neurológica: pupilas isocóricas, normorreactivas, movimientos oculares extrínsecos conservados, no asimetrías faciales, campimetría por confrontación con mínima hemianopsia homónima izquierda, no déficits sensitivo-motor, reflejos vivos, no alteración en tono ni marcha. Prosopagnosia.

TAC cráneo: hipodensidad-temporo occipital derecha, patrón de lesión isquémica aguda-subaguda en territorio de la arteria cerebral posterior derecha.

Enfoque familiar y comunitario: familia nuclear en etapa III final de extensión, fase preliminar del periodo centrífugo. Red social amplia. Apoyo afectivo de su mujer e hija menor de 17 años. Acontecimiento vital estresante: muerte materna hace 7 años, reciente diagnóstico de diabetes mellitus tipo II.

JC: ictus isquémico de arteria cerebral posterior derecha de origen cardioembólico en paciente con FA parosística y FRCV.

Tratamiento: continuar con anticoagulante. Iniciar tratamiento con AAS. Control FRCV.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): con este caso se pretende dar protagonismo a la exploración neurológica básica. En pleno siglo XXI, con una medicina tan tecnificada, con dos manos y una linterna y una amplia, minuciosa y detallada exploración neurológica pueden detectar cuadros tan poco frecuentes y tan selectivos como el caso de una prosopagnosia adquirida.

La prosopagnosia es la incapacidad de reconocer rostros faciales, conservando la capacidad de identificar las personas a través de otras vías perceptivas como el tacto o la voz.

El control de los factores de riesgo cardiovascular debe de suponer un objetivo de primer nivel en nuestras consultas como principal medida de prevención de la patología cardiovascular.

La patología cardiovascular supone un acontecimiento vital estresante de primera magnitud, que requiere una reestructuración del sistema familiar.

Palabras clave: neurological examination, stroke, cardiovascular risk factors.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Epigastralgia en mujer joven: desenlace inesperado

Pérez Hueto MªC, Pérez Ruiz A, Serrano Benavente RA

Médico adjunto del SCCU. Hospital Comarcal de la Axarquía. Vélez-Málaga (Málaga)

Ámbito del caso: atención primaria, urgencias hospitalarias.

Motivo de consulta: dolor en epigastrio.

Historia Clínica:

Anamnesis: mujer, 20 años, sin antecedentes médicos de interés. Fecha de última regla: 24/10/2013. Acude a su médico de familia por presentar desde hace 3 días dolor epigástrico, con sensación de plenitud gástrica tras la ingesta, acompañado de nauseas y estreñimiento de varios días de evolución. Además refiere distensión abdominal. Exploración física: TA: 133/ 68 mmHg, FC: 74 lpm, Tª: 37ºC. Buen estado general, afectada por el dolor. Abdomen: blando, depresible, globuloso y distendido, doloroso a la palpación en epigastrio, no se palpan masas ni megalias, sin signos de irritación peritoneal. Pruebas complementarias: analítica: sin alteraciones, sistemático de orina normal y test de gestación negativo. Rx tórax: sin alteraciones. Rx abdomen: Desplazamiento de asas intestinales hacia epigastrio, con sensación de masa a nivel abdominal. Ecografía abdominal: gran lesión quística ocupando prácticamente todo el hemiabdomen inferior. Su contenido es anecoico con algunos ecos finos en su interior. No líquido libre. TAC abdominal: tumoración de aspecto quístico de 24 cm en su eje superoinferior. La lesión desplaza útero y ligamento falciforme izquierdo hacia delante, sugiere un origen ginecológico anexial izquierdo.

Enfoque familiar: no existen antecedentes familiares de enfermedad oncoginecológica.

Juicio clínico: cistoadenoma de ovario izquierdo.

Diagnostico diferencial: el dolor abdominal puede tener origen intra-abdominal (gastrointestinal, urinario, vascular, ginecológico) o extra-abdominal (cardiopulmonar, hernias, tóxico-metabólicas).

Evolución: la paciente se deriva a urgencias del hospital donde se realizan pruebas complementarias y finalmente ingresa en planta de ginecología, se piden marcadores tumorales que son negativos y se practica quistectomía en ovario izquierdo.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): nuestro caso es interesante por debutar con una clínica inusual, ya que siendo el origen del dolor abdominal de causa ginecológica nuestra paciente consulta por dolor a nivel epigástrico, lo que nos dificulta inicialmente el diagnóstico, teniendo que recurrir a técnicas de imagen para llegar a un diagnóstico definitivo. El dolor abdominal es una causa muy frecuente de consulta, a veces considerado como patología banal, sin embargo es necesario perseverar en la búsqueda del origen de dicho dolor ya que podrían pasar desapercibidas enfermedades potencialmente graves.

Palabras clave: epigastric pain, abdominal distension, cystadenoma ovary.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

No es oro todo lo que reluce

Alberdi Martín L[1], Jiménez Liñán RM[a2], Pedrosa Arias M[3]

[1] MIR 4º año de MFyC. CS La Zubia (Granada)
[2] Médico de Familia. CS Cenes de la Vega (Granada)
[3] Médico de Familia. CS La Zubia (Granada)

Ámbito del caso: centro de Salud, hospitalario.

Motivo de consulta: prurito ocular, dolor plantar bilateral, cansancio.

Historia Clínica: paciente de 40 años sin antecedentes de interés que consulta en repetidas ocasiones en los dos últimos meses a su médico de familia por prurito ocular. En un primer momento únicamente era destacable en la exploración física hiperémia conjuntival, abotargamiento facial y una leve palidez cutánea. Se le realiza una analítica en la que se observa Hb de 12.7 g/dL, VCM de 97.1fl y HCM 32.7 pg, creatinina de 1.6 mg/dL, colesterol total 248 mg/dL con HDL 95 mg/dL y LDL 137 mg/dL y analítica de alergias negativa. Se deriva Medicina Interna para valoración y estudio del cuadro clínico dónde al profundizar en la anamnesis el paciente describe clínica de fascitis plantar bilateral y astenia y en exploración física palpan lóbulo tiroideo derecho levemente aumentado de tamaño. Solicitan nueva analítica dónde se descubre CPK 1751, GPT 59, GOT 106 y TSH 364.8, T4 0.07.

Juicio clínico: hipotiroidismo primario. Insuficiencia renal grado III. Rabdomiolisis. Anemia macrocítica.

Tratamiento: se inició tratamiento con levotiroxina, con ingesta de agua de 3 L diarios y ácido fólico y vitamina B12

Evolución: a los dos meses el paciente refiere mejoría clínica y en analítica de control se observa una normalización de la creatinina y colesterol, descenso de TSH a 44.91 y aumento de Ac antiperoxidasa 418 UI/mL.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): el paciente presenta una tiroiditis de Hashimoto con cifras de TSH muy elevadas y de forma secundaria al hipotiroidismo hizo un cuadro de rabdomiolisis con resultado de insuficiencia renal.

Hay que estar atentos a síntomas y signos no esperados en ciertas patologías, cualquier cosa nos puede inducir a error.

Palabras clave: hipotiroidismo, insuficiencia renal.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Ansiedad en mujer joven

Moreno Lamela J[1], Vélez Medina JM[2], Flor Peña A[3]

[1] MIR 4º año de MFyC. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz
[2] MIR 4º año de MFyC. CS El Alamillo. Sevilla
[3] MIR 4º año de MFyC. CS Loreto-Puntales. Sevilla

Ámbito del caso: urgencias.

Motivo de consulta: nerviosismo y palpitaciones.

Historia Clínica: sin alergias ni antecedentes médico-quirúrgicos de interés. En tratamiento con anticonceptivos orales.

Enfermedad actual: mujer de 37 años acude por presentar cuadro de palpitaciones y nerviosismo, junto a molestias interescapulares que aumentan con la inspiración en los últimos días.T rabaja como teleoperadora y dice estar sometida a mucho estrés laboral, a lo que atribuye el cuadro.

Refiere disnea a esfuerzos moderados de un mes de evolución. Sin otra sintomatología acompañante. Las semanas antes de ocurrir la disnea, ha estado en tratamiento antiinflamatorio y en reposo relativo por tendinitis del aquíleo del pie derecho y posteriormente del derecho.

Exploración: buen estado general, consiente y orientada, normohidratada y eupneica en el reposo. SpO2 95% basal, tensión arterial 100/60 mmHg. Frecuencia cardiaca a 110 latidos por minuto. Auscultación anodina, taquicardia; abdomen sin alteraciones destacables. Miembros inferiores sin edemas ni signos de trombosis venosa profunda.

Evolución: planteamos el caso como un cuadro de ansiedad simple y administramos alprazolam sublingual. Reevaluamos en 30 minutos y la paciente dice sentirse más tranquila pero aún continúa taquicárdica. Esperamos 30 minutos más y continúa taquicárdica. Solicitamos EKG y se observa ritmo sinusal a 105 lpm con patrón SIQIIITIII, T negativa V4-V6.

Replanteamos el caso y solicitamos analítica con coagulación, dímero D y radiografía de tórax. El tórax es normal y el dímero D está en 5.95 mg/l. Finalmente solicitamos TAC de tórax que informan como tromboembolismo pulmonar agudo masivo. La paciente ingresa a cargo de medicina interna. Iniciamos tratamiento anticoagulante y se solicita estudio de hipercoagulabilidad.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): el tromboembolismo pulmonar masivo es un grupo particular dentro de la enfermedad tromboembólica, con una altísima mortalidad asociada. Para hacer un diagnóstico oportuno, de lo que depende el pronóstico de la enfermedad, es necesario un alto grado de sospecha clínica. El tratamiento debe ser lo más precoz posible y el éxito del tratamiento depende de una pronta estratificación de riesgo y decisión de temprana intervención.

Palabras clave: tromboembolismo, ansiedad, palpitaciones.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Y ahora, ¿qué?

Hurtado de Mendoza A[1], Merchante Ruiz Mateos Mª[2], Labrador Gutiérrez L[2]

[1] *MIR 3er año de MFyC. CS Doña Mercedes. Dos Hermanas (Sevilla)*
[2] *MIR 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Doña Mercedes. Dos Hermanas (Sevilla)*

Ámbito del caso: hospitalario.

Motivo de consulta: paciente de 53 años con déficit neurológico focal agudo.

Historia Clínica:

AP: exbebedor, extoxicómano, fumador, DLP, DM, HTA. Poliomielitis. No tratamiento.

Anamnesis: episodio brusco de alteraciones en el lenguaje, pérdida de fuerza en hemicuerpo izquierdo de predominio faciobraquial. Episodio similar hace meses.

Exploración: consciente, no colaborador. Afasia global. No alteración oculomotora.

Hemiplejia derecha de predominio braquial (MSD 0/5; MID 2/5). Sensibilidad no valorable por afasia.

PPCC de primera línea sin alteraciones.

ANGIOTAC: estenosis de 75% ACM izq. ACP izq estenosis 40%.

Evolución:
-Hemodinámicamente estable, persistencia del déficit neulológico (Rankin 4). Inicia tratamiento rehabilitador.
Dada la estabilidad, se plantea a la familia alta hospitalaria mostrando rechazo a asumir cuidados domiciliarios por problemas de abordaje físico.
- La trabajadora social, indica que no es subsidiario de residencia.
Solicitamos Servicio de asistencia a domicilio.

Análisis grado de dependencia del paciente: gran dependencia.

Escala de riesgo de úlceras por presión: riesgo elevado.

Enfoque familiar y comunitario: viudo, tiene una hija, mayor de edad, con la que no tiene contacto.

El paciente convive con su madre de 84 años y con problemas en la movilidad. Vivienda habitable, no barreras arquitectónicas. Red de apoyo escasa, 5 hermanos, con dos no tienen relación y los otros dos, no pueden prestarle ayuda. Hermana que recibe apoyo económico materno, por presentar una situación precaria.
Finalmente tras 2 meses de ingreso posterior al alta médica, el juez da alta hospitalaria con ingreso en Residencia.

Juicio clínico: ictus isquémico fronto-parietal izq: territorio de ACM izq: etiología aterotrombótica.

Tratamiento: farmacológico-rehabilitador.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): la patología cardiovascular supone un AVE de primera magnitud, que requiere una reestructuración del sistema familiar que no todas las familias pueden asumir.

El control de los FRCV es objetivo de primer nivel en nuestras consultas.

La situación de crisis económica actual, el empobrecimiento económico familiar, la disminución de plazas en residencias, del gasto en dependencia, dan lugar a nuevas situaciones, que requieren abordaje multidisciplinar por parte de médicos, enfermeros, servicios sociales, e incluso jueces debido a que la línea de derechos y deberes a veces es difícil de delimitar.

Palabras clave: stroke, cardiovascular risk factors, human rights.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Hipoparatiroidismo tras irradiación cervical

Soriano Arroyo R[1], Montes Castillo C[2], Kosaka Zanabria LN[1]

[1] *MIR 4° año de MFyC. CS Federico del Castillo. Jaén*

[2] *MIR Endocrinologia y Nutrición. Complejo Hospitalario de Jaén*

Ámbito del caso: atención primaria y hospitalaria.

Motivo de consulta: calambres en extremidades de largo tiempo de evolución.

Historia Clínica:

Antecedentes personales: varón de 74 años con carcinoma epidermoide de laringe en glotis diagnosticado en 2007, en tratamiento con quimiorradioterapia con última sesión hace unos 6 meses; exfumador desde hace 8 años; hipertensión arterial. En tratamiento con: paracetamol si precisa, nutrición enteral por sonda. Sin alergias medicamentosas.

Anamnesis: Paciente que acude a nuestra consulta en sucesivas ocasiones por cuadro de parestesias a nivel de miembros superiores e inferiores que incluso le impedían el sueño desde hace 6 meses. Sin dolor torácico, ni clínica respiratoria, ni otra sintomatología.

Exploración: buen estado general, consciente y orientado, sin focalidad neurológica, auscultación sin hallazgos, sin rigidez acompañante de miembros. Tensiones y pulso normales.

Pruebas complementarias: analítica con hemograma, bioquímica y coagulación normal, salvo una calcemia de 6 mg/dl. En planta analítica de control con calcemia 5.9-6.7 mg/dl (hipocalcemia grave mantenida), parathormona disminuida (5 pg/ml), albúmina 3.1 g/dl, prealbúmina 19.6 mg/dl, colesterol total 188 mg/dl. TAC cuello: sugerente de progresión tumoral en pared posterior de hipofaringe-vestíbulo laríngeo supraglótico con extensión a espacio prevertebral. RMN cráneo: dentro de la normalidad.

Enfoque familiar y comunitario: familia nuclear sin parientes próximos. Etapa V del ciclo vital familiar (final de la contracción).

Juicio clínico: hipoparatiroidismo probablemente secundario a radioterapia en cuello, hipocalcemia, desnutrición proteica leve.

Diagnóstico diferencial: neuropatía secundaria a su inestabilidad lumbo-sacra, insuficiencia renal, hipotiroidismo.

Identificación de problemas: múltiples consultas a atención primaria sin encontrar la etiología.

Tratamiento y planes de actuación: se inició tratamiento sustitutivo con gluconato cálcico, calcitriol, carbonato cálcico.

Evolución: favorable, desapareciendo progresivamente las parestesias generalizadas.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): es importante una buena historia clínica para identificar las posibles causas. El hipoparatiroidismo de nuestro paciente fue causado probablemente por la radioterapia.

Palabras clave: carcinoma, paresthesia, hypoparathyroidism.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Síncope vasovagal durante la cirugía menor

Soriano Arroyo R[1], Kosaka Zanabria LV[1], Montes Castillo C[2]

[1] MIR 4° año de MFyC. CS Federico del Castillo. Jaén

[2] MIR Endocrinologia y Nutricion. Complejo Hospitalario de Jaén

Ámbito del caso: atención primaria (sala de cirugía menor del centro de salud) y urgencias.

Motivo de consulta: síncope vasovagal tras intervención de lipoma en dorso de la espalda.

Historia Clínica :

Antecedentes personales: varón de 38 años, sin enfermedades conocidas, tratamientos ni alergias medicamentosas. Anamnesis: paciente que se somete a una intervención de cirugía menor para extirpación de un lipoma en dorso de la espalda procediendo a la desinfección de la zona, anestesia local y extirpación de la lesión y sutura. Posteriormente cuando el paciente se levanta de la camilla de cirugía, refiere encontrarse mareoso con sensación de inestabilidad, acompañado de sudoración profusa, motivo por el cual se le coloca en posición de Trendelenburg. A continuación presentó una pérdida de consciencia y una pausa de apnea de unos segundos de duración, motivo por el que se iniciaron maniobras de resucitación. Exploración: regular estado general, no consciente ni orientado, buena perfusión, levemente cianótico en el momento de la apnea. Auscultación: tonos rítmicos a unos 40 lpm, murmullo vesicular conservado, sin otros ruidos sobreañadidos. Exploración neurológica: movimientos oculares conservados, pupilas isocóricas normorreactivas a la luz, resto normal sin evidenciar focalidad neurológica alguna. Pruebas complementarias: frecuencia cardiaca 60 latidos por minuto, saturación oxígeno 98%, tensiones 125/75 mm Hg, glucemia capilar 85 mg/dl, ECG: ritmo sinusal a unos 70 latidos por minutos, eje normal, sin bloqueos ni alteraciones de la repolarización. Analítica: hemograma, bioquímica y coagulación normal. TAC de cráneo: sin alteraciones.

Enfoque familiar y comunitario: familia nuclear sin parientes próximos. Etapa I del ciclo vital familiar (formación).

Juicio clínico: síncope vasovagal.

Diagnóstico diferencial: parada cardiorrespiratoria, accidente isquémico o hemorrágico cerebral, crisis epiléptica.

Identificación de problemas: el quirófano de cirugía menor no estaba dotado de material básico de resucitación.

Tratamiento y planes de actuación: tras maniobras de Trendelenburg, sueroterapia, resucitación cardiopulmonar transitoria, el paciente recuperó la consciencia, y se mantuvo en observación hospitalaria hasta el alta.

Evolución: asintomático, sin recidivas en la actualidad.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): debemos de estar preparados en la realización de cirugía menor para situaciones de riesgo vital, por ello es imprescindible tener el material necesario para una reanimación cardiopulmonar y el personal sanitario adecuado.

Palabras clave: syncope, lipoma, surgery.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Disnea progresiva por bulla gigante

Soriano Arroyo R[1], Montes Castillo C[2], Kosaka Zanabria LV[1]

[1] MIR 4° año. CS Federico del Castillo. Jaén

[2] MIR Endocrinologia y Nutricion. Complejo Hospitalario de Jaén

Ámbito del caso: atención primaria y hospitalaria.

Motivo de consulta: disnea en aumento desde hace 7 días.

Historia Clínica:

Antecedentes personales: varón de 92 años, exfumador desde hace 15 años de 3 paquetes/día (150 paquetes-año). Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), hipertensión, deterioro cognitivo, neumotórax espontáneo derecho en 2 ocasiones previas en 2011. En tratamiento habitual con nicardipino, enalapril, carbocisteina, citicolina, haloperidol, fluticasona-salmeterol inhalada. Sin alergias medicamentosas.

Anamnesis: paciente que presenta aumento progresivo de su disnea habitual en la última semana, con tos y expectoración blanquecina, sin fiebre, ni dolor torácico ni clínica de insuficiencia cardíaca.

Exploración: estado general conservado, consciente y orientado con ligera taquipnea sin trabajo respiratorio. Auscultación cardiorrespiratoria: tonos rítmicos, murmullo vesicular disminuido en hemitórax izquierdo con algunas tenues sibilancias espiratorias derechas. Miembros inferiores sin edemas ni signos de trombosis venosa profunda. Tensión arterial 140/70, frecuencia cardíaca 112 latidos por minuto, saturación de oxígeno de 89% con Fi02 del 21%, apirético. Pruebas complementarias: Analítica con hemograma, coagulación y bioquímica normal, salvo Dímero D 898 ng/ml y neutrófilos al 79%. Gasometría: P02 58, PC02 48, PH 7.34, S02 88%. Radiografía de tórax y TAC torácico: bullas de gran tamaño que ocupan la práctica totalidad de parénquima pulmonar izquierdo. ECG: ritmo sinusal a 99 lpm.

Enfoque familiar: Familia nuclear ampliada con parientes. Etapa IV del ciclo vital familiar (contracción).

Juicio clínico: Bulla gigante izquierda no complicada.

Diagnóstico diferencial: reagudización de su EPOC, neumonía, insuficiencia cardiaca, tromboembolismo pulmonar.

Identificación de problemas: tardanza en el diagnóstico por la demora de una radiografía torácica.

Tratamiento y planes de actuación: continuar con su tratamiento habitual, se prescribe oxigenoterapia domiciliaria y se desestima intervención por cirugía torácica.

Evolución: favorable con remisión de la clínica que motivó su ingreso.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): en este caso, una radiografía simple de tórax solicitada desde atención primaria nos habría dado el diagnóstico inmediato.

Palabras clave: dyspnea, blister, emphysema.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Lumbociatalgia, una entidad a no subestimar

Beltrán Martínez A[1], Solís Aguilera MªM[2], Martínez Moro BMª[3]

[1] MIR de MFyC. CS Don Paulino García Donas. Sevilla
[2] MIR de MFyC. CS Nuestra Señora de la Oliva. Sevilla
[3] MIR de MFyC. Cs Doña Mercedes. Sevilla

Ámbito del caso: atención primaria, urgencias.

Motivo de consulta:

Primera consulta: dolor lumbar irradiado a cara posterior del muslo izquierdo de 2 días de evolución. Se pauta analgesia y reposo al diagnosticarse de lumbociatalgia sin signos de alarma.

Segunda consulta: tras 15 días vuelve por persistencia del dolor sin haber realizado reposo. No cambios en la exploración, se pautan AINEs. Tercera consulta: tras un mes consulta por persistencia del dolor, ahora irradiándose hacia el lado derecho y por llevar 2 días en oligoanuria. Se deriva a urgencias donde tras sondaje se da de alta.

Cuarta consulta: 3 días después avisan por pérdida de fuerza y sensibilidad en ambos miembros inferiores de varias horas de evolución, la cual se objetivó y se derivó a urgencias.

Historia Clínica:

Antecedentes personales: RAM a AAS y Metamizol. HTA y DLP en tratamiento. Ictus lacunar frontoparietal izquierdo en 2011 sin secuelas. EPOC mixto.

Anamnesis: paciente de 66 años que consulta por dolor lumbar irradiado a muslo izquierdo con mala evolución y sin signos de alarma, no le despierta por la noche, no perdida de fuerza ni sensibilidad.

Exploración: en todo momento la exploración por aparatos y sistemas fue normal exceptuando dolor a la palpación de las apófisis espinosas lumbares y de la musculatura paravertebral. Lassegue positivo izquierdo a 45º. Bragard negativo. Sensibilidad y fuerza conservadas (excepto último día donde se objetivo una pérdida de fuerza y sensibilidad completa en ambos miembros inferiores hasta la raíz de D6.

Pruebas complementarias: bioquímica y hemograma normales en urgencias. Rx de torax con engrosamiento hiliar derecho únicamente. RMN urgente donde se observa gran masa que ocupa mediastino anteriosuperior y posterior, infiltrando musculatura paravertebral y que se introduce en el canal raquídeo de D3 a D6. TAC posterior para filiar la masa diagnosticándose que depende de pulmón y que se cataloga de carcinoma pulmonar. Anatomía patológica: adenocarcinoma microcitico de pulmón.

Enfoque Familiar y Comunitario: estudio de la familia y la comunidad: no procede.

Juicio Clínico: carcinoma microcítico de pulmón, lumbociatalgia.

Tratamiento: tratamiento paliativo integral, soporte familiar.

Evolución: fallecimiento dos días después de dársele el alta del hospital.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): la lumbociatalgia es un motivo muy frecuente en consulta. Un correcto manejo y conocimiento de los signos de alarma pueden evitar situaciones similares a la descrita.

Palabras clave: Small Cell Lung Carcinoma, Low Back Pain,Sciatica.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Una enfermedad antigua de mucha actualidad: diagnóstico de un caso de Botulismo

Pedrosa Arias M[1], Martinez Diz S[1], Alguacil Cubero P[2]

[1] *Médico de Familia. CS La Zubia (Granada)*

[2] *Médico de Familia. CS La Chana. Granada*

Ámbito del caso: pediatria AP, urgencias hospitalarias.

Motivo de consulta: hipoactividad, somnolencia y pupilas dilatadas.

Historia Clínica: niña de 2 años, sin AP de interés, calendario vacunal correcto. Acude a urgencias con aspecto de gravedad, hipotonía generalizada, pupilas midriáticas arreactivas, reflejos oculocefálicos negativos y síntomas/ signos compatibles con parálisis flácida arrefléxica. Consultó por hipoactividad, somnolencia y pupilas dilatadas.

RMN normal salvo pansinusitis, tres punciones lumbares-24/48/ 72h, sin hallazgos y EEG con patrón encefalopático.

Diagnóstico diferencial: meningitis, encefalitis, sepsis, neumonía, deshidratación, hipotiroidismo y botulismo.

Pruebas complementarias: potenciales evocados: compatible con afectación parcial bilateral de troncoencéfalo, MMSS retraso conducción nerviosa central en ambos lados, compatible con lesión desmielinizante central bilateral de la vía somatosensorial. Serologías LCR (PCR virus herpes simple- zoster, enterovirus y virus toscana), Cultivo LCR/sangre, estudio de autoinmunidad, metales pesados/arsénico en orina y anticuerpos antigangliósidos, todos negativos.

EMG/ENG: compatible con botulismo. Inicialmente se admnistró Imunoglobulinas y corticoides sin resultados. Requirió BIPAP, fisioterapia respiratoria y nutrición enteral. A nivel infeccioso se inició tratamiento con aciclovir, clindamicina y cefofaxima. Por la sospecha de romboencefalitis se añadió ampicilina y para cubrir Listeria linezolid/meropenen. Las muestras de las conservas caseras, fueron negativas. Los resultados del Bioensayo en ratón fueron positivos. Pese a no estar descrito de forma específica el Bioensayo de ratón en el Protocolo, se confirmó el caso al satisfacer también los criterios clínicos (afectación bilateral de pares nerviosos craneales y parálisis simétrica periférica).

Evolución: mejoría progresiva del tono muscular hasta marcha autónoma con leve inestabilidad.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): el botulismo infantil, si bien es una enfermedad rara en nuestro medio exige por parte de atención primaria y los servicios de urgencias mantener un alto índice de sospecha y coordinación para adoptar las medidas de prevención oportunas.

Palabras clave: botulismo, pediatría.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Aftas orales recurrentes y fiebre no filiada

Soriano Arroyo R[1], Ramos Ballesta MªI[2], Collado Montávez A[3]

[1] *MIR 4° año de MFyC. CS Federico del Castillo. Jaén*

[2] *Enfermera de urgencias. Clinica Cristo Rey. Jaén*

[3] *Enfermero. Fraternidad Muprespa. Jaén*

Ámbito del caso: atención primaria y hospitalaria.

Motivo de consulta: aftas orales recurrentes y fiebre.

Historia Clínica:

Antecedentes personales: varón 69 años, exfumador, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), bronquiectasias, hipertrofia prostática. Anamnesis: Brotes aftas orales múltiples, recurrentes, con periodos intercrisis menores. Los brotes severos cursan con fiebre elevada y afectación del estado general precisando ingresos hospitalarios. Otros brotes febriles y aftas limitadas precozmente con esteroides a dosis altas.

Exploración: regular estado general, consciente, orientado; febril (39.5ºC), sudoroso; taquipneico; lengua y mucosa oral con placas blanquecinas y bordes eritematosos dolorosos; sin adenopatías. Auscultación cardiorrespiratoria: tonos taquicárdicos y algún roncus disperso. Abdomen anodino. Analíticas: hematíes: 2.650.000, hb:9.6, hcto:29.4, VCM:111.3, leucocitos:2480, linfocitos 0.38x10eL. Citometría con linfocitos T4: 14,9; linfocitos T CD3:41, PCR 100-280; VSG 50-200. Hemocultivos seriados negativos, cultivos esputo negativos. Proteinograma, inmunoglobulinas (IgA, IgM, IgG), Ac anticélulas parietales y anti FI normales. Cortisol basal 20 mcg/dl, T4, TSH, CEA, Ca 19.9, PSA, Vitamina B12 y Ácido fólico normales. Eco cardio, eco de próstat y TAC abdomen normales; TAC torácico: bronquiectasias; TAC columna: aplastamientos vertebrales D8-11.

Diagnóstico alta hospitalaria: EPOC reagudizada. Anemia macrocítica y linfopenia.

Enfoque familiar y comunitario: familia nuclear funcional en final de la etapa de expansión que ofrece apoyo y cuidados al paciente.

Juicio clínico: síndrome mielodisplásico (SMD).

Diagnóstico diferencial: fiebre origen desconocido (FOD). Aftas recurrentes.

Identificación problemas: grave recurrencia del cuadro con afectación general y reingresos hospitalarios. Etiología no filiada que impide un tratamiento eficaz. Ausencia de visión coordinada del paciente en atención hospitalaria.

Tratamiento y planes de actuación: tratamiento de episodios febriles (antibióticos y esteroides). Pendiente de terapia por hematología del SMD.

Evolución: favorable con disminución de los ingresos hospitalarios.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): ante la mala evolución se replantea diagnósticos diferenciales más amplios. El SMD puede cursar con fiebre y aftas recurrentes por neutropenia.

El Médico de familia es imprescindible para unir y reorientar actuaciones de otras especialidades aisladas.

Palabras clave: thrush, fever, myelodysplastic syndrome.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Osteoporosis iatrogénica en paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)

Soriano Arroyo R[1], Ramos Ballesta MªI[2], Kosaka Zanabria LV[1]

[1] *MIR 4° año de MFyC. CS Federico del Castillo. Jaén*

[2] *Enfermera de urgencias. Clinica Cristo Rey. Jaén*

Ámbito del caso: atención primaria y hospitalaria.

Motivo de consulta: dolor agudo dorsal y torácico.

Historia Clínica:

Antecedentes personales: varón de 71 años, EPOC, bronquiectasias, hipertrofia benigna de próstata, reflujo esofago-gastro-duodenal, síndrome mielodisplásico, brotes aftas orales severas y fiebre tratados con tandas recurrentes casi mensuales esteroides dosis elevadas 18 meses previos. Medicación habitual: Indacaterol, tiotropio, tamsulosina, omeprazol. No alergias medicamentosas. Anamnesis: Durante uno de los ingresos por fiebre elevada y ulceras bucales aparece dolor mecánico en columna dorsal irradiado a pared costal de intensidad leve. A los quince días el dolor aumenta de modo súbito dificultando la respiración y movimientos mínimos y requiriendo analgesia con opioides. Exploración: estado general conservado, afebril. Auscultación: roncus y sibilancias diseminadas leves. Dolor intenso a la palpación en columna dorsal a nivel medio e irradiado a pared costal. Radiografía columna dorso-lumbar: aplastamientos cuerpos vertebrales D6-D9. Resonancia magnética: pérdida altura cuerpo vertebral D8 con edema óseo. Hundimiento anterior platillo vertebral superior D5 y platillo vertebral inferior D6 y signos de edema óseo.

Enfoque familiar y comunitario: familia nuclear y funcional en final de la extensión que ofrece apoyo al paciente.

Juicio clínico: fractura-aplastamiento vertebral dorsal por osteoporosis iatrogénica esteroidea.

Diagnóstico diferencial: dolor torácico atípico, contusión postraumática, patología infecciosa respiratoria.

Identificación de problemas: el caso presenta varios problemas: 1º necesidad de controlar el dolor agudo intenso con repercusión respiratoria y aumento de disnea; 2º diagnóstico diferencial de los sucesivos episodios de dolor inmovilizante; 3º prevenir deformidad de la caja torácica que empeoraría la capacidad funcional en un paciente con EPOC.

Tratamiento y planes de actuación: tras derivación a unidad de columna se trataron las fracturas vertebrales en fase aguda en servicio radiología intervencionista realizando vertebroplastia de D5 a D10.

Evolución: tras la vertebroplastia la mejoría clínica y control del dolor fue casi inmediata y total. Se indicó tratamiento de la osteoporosis con teriparatida diaria más calcio y vitamina D3.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): la EPOC es una enfermedad compleja con afectación extrapulmonar directa por los efectos secundarios de la terapia crónica. Es necesaria la actualización del médico de familia en los avances terapéuticos.

Palabras clave: osteoporosis, vertebroplasty, bronchitis.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Doctora, me he puesto amarilla de un día para otro

Kosaka Zanabria LV[1], Soriano Arroyo R[1], Montes Castillo C[2]

[1] *MIR de MFyC. CS Federico del Castillo. Jaén*

[2] *MIR endocrinología y nutrición. Complejo hospitario de Jaén*

Ámbito del caso: atención primaria y hospitalaria.

Motivo de consulta: dolor lumbar e Ictericia.

Historia Clínica:

Antecedentes personales: mujer de 68 años, epilepsia sin tratamiento, quiste renal, eritema nodoso.

Anamnesis: episodios de dolor lumbar irradiado a epigastrio de 2 semanas de duración que mejora parcialmente con analgésicos acompañado de nauseas. Acude a urgencias por presentar vómitos, heces hipocólicas, coluria e ictericia de menos de 24 horas de evolución.

Exploración física: buen estado general, ictericia en piel y mucosas, abdomen: blando depresible, no doloroso no viceromegalias, ruidos conservados, resto de exploración anodina.

Pruebas complementarias: hemograma y coagulación normal, amilasa 95, lipasa 374, Glutámico-oxalacética 333, Transaminasa glutámico-pirúvica 730, gamma glutamil transpeptidasa 598, bilirrubina 5, alfafetoproteina y CEA normal, Ca19.9 112.63, ANA, antiLKM, antimitocondriales, anticitoplasma, antiENAS, anti DNA negativos. Antimusculo liso positivo débil, Serología VHB y VHC negativo. Ecografía abdominal: dilatación de vía biliar intra y extra hepática con dilatación de colédoco sin litiasis. Colangio RNM: múltiples formaciones quísticas hepáticos de diversos tamaños máximo 2 cm, dilatación de vía biliar intrahepática central leve, no proceso esclerosante, dilatación de colédoco 15mm sin aparente obstrucción distal.

Enfoque familiar y comunitario: familia nuclear con parientes próximos, en V etapa de ciclo vital familiar, ultimo hijo ha abandonado el hogar.

Juicio clínico: dilatación de vía biliar.

Diagnostico diferencial: proceso neoplásico, colélitiasis.

Identificador de problemas: debido a la rápida instauración de los signos y síntomas y a la demora los resultados la paciente es derivada al servicio de urgencias.

Tratamiento y planes de actuación: expectante tras pruebas completarias para valorar evolución.

Evolución: paciente evoluciono favorablemente sin recidiva de sintomatologías por lo que es dada de alta.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): aunque siempre buscamos los diagnósticos mas comunes, algunas veces debemos pensar que puede ser una patología poco frecuente sea por un proceso benigno o maligno.

Palabras clave: jaundice, back pain.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Paludismo tras viaje al extranjero

Kosaka Zanabria LV[1], Soriano Arroyo R[1], Montes Castillo C[2]

[1] *MIR MFyC. CS Federico del Castillo. Jaén*

[2] *MIR de endocrinología y nutrición. Complejo hospitario de Jaén*

Ámbito del caso: atención primaria y hospitalaria.

Motivo de consulta: astenia, temblores y pérdida de peso.

Historia Clínica:

Antecedentes personales: varón de 43 años, bebedor moderado. Ultimo viaje a Perú Enero 2014.

Anamnesis: cuadro de astenia, temblores, escalofríos, febrícula y perdida de peso de 3 meses de evolución, acompañado de tos con expectoración blanquecina, acude en varias oportunidades a su médico de familia con pruebas complementarias (analítica y radiografía de tórax normales), se deriva al servicio de urgencias.

Exploración física: sudoroso y pálido, auscultación cardiorrespiratoria tonos rítmicos, taquicardicos sin soplos, murmullo vesicular normal, abdomen anodino, exploración neurológica normal.

Pruebas complementarias: hemograma anemia normocítica normocrómica, leucocitosis con neutrofilia, plaquetas normales, Coagulación: normal, lipasas 2152, VSG 127mm, PCR 295 mg/L. TAC Tórax: patrón de vidrio deslustrado con engrosamiento de septos a nivel basal izquierdo, consolidación pulmonar en lóbulo inferior derecho con derrame pleural. TAC Craneal y ecografía abdomen y pelvis: sin alteraciones destacables, hemocultivo, urocultivo y toxina CL difficile negativo.

Enfoque familiar y comunitario: familia reconstituida, en I etapa del ciclo vital familiar matrimonio sin hijos en común.

Juicio clínico: paludismo complicado, sepsis grave neumococica, anemia normocítica normocromica.

Diagnostico diferencial: síndrome febril: Bartonelosis, dengue, leptospirosis, Rickettsiosis.

Identificador de problemas: multiples consultar por sintomatología inespecífica que no ayuda para orientar el diagnostico.

Tratamiento y planes de actuación: antibioticoterapia hospitalaria y a domicilio con Linezolid 600 mg c/12hs, primaquina 15 mg al día y broncodilatadores.

Evolución: durante su estancia en UCI el paciente presento neumonía asociada a ventilación mecánica por P. aeruginosa, sepsis grave por neumococo, dada su mejoría fue trasladado a planta y luego se procedió a alta a domicilio.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia):

Al tratarse de una enfermedad con poca incidencia, no es una de nuestras primeras opciones diagnósticas; sin embargo con el fenómeno de la migración, inmigración y emigración debemos sospechar de enfermedades no comunes.

Otro punto de reflexión sería que a pesar de las recomendaciones para viajeros sobre la profilaxis de determinadas enfermedades y las zonas endémicas, no se te tiene encuenta.

Palabras clave: malaria, asthenia, tremors.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

¿Complicaciones de una infestación extrema?

Kosaka Zanabria LV[1], Soriano Arroyo R[1], Montes Castillo C[2]

[1] *MIR de MFyC. CS Federico del Castillo. Jaén*

[2] *MIR de endocrinología y nutrición. Complejo hospitalario de Jaén*

Ámbito del caso: atención primaria y hospitalaria.

Motivo de consulta: fiebre, astenia y absceso occipital.

Historia Clínica:

Niña de 4 años, intolerancia a la lactosa.

Anamnesis: fiebre de 6 días de evolución con máximo 38.5º, acompañado de astenia, anorexia, deposiciones liquidas intermitentes autolimitadas sin productos patológicos y bultoma en región occipital.

Exploración física: mal estado general, palidez de piel y mucosas, febril; se aprecia infestación de cuero cabelludo, cejas y pestañas por liendres y piojos; bultoma en región occipital de aproximadamente 2x3 centímetros a tensión con signos inflamatorios, dolor a la palpación, sin supuración, con múltiples señales de rascado; orofaringe y otoscopia normales; auscultación cardiorrespiratoria: taquicardia de 130 latidos por minuto, murmullo vesicular normal; abdomen blando depresible palpándose el polo de bazo; adenopatías cervicales múltiples móviles; exploración neurológica sin rigidez de nuca ni signos de focalidad. Pruebas Complementarias: Hemograma: hemoglobina 3.8, hematocrito 12.6, volumen corpuscular media 54.2, hemoglobina corpuscular media 16.2, concentración hemoglobina corpuscular media 29.9, reticulocitos 3.59%, leucocitos 22 200, neutrófilos 80.2%, linfocitos 12.7, monocitos 6.8, plaquetas 606 000, coagulación normal. TAC craneal: colección craneal posterolateral derecha del cuello de 45x35x30 milímetros con pared de grosos irregular e hipercaptante compatible con absceso. Adenopatías cervicales bilaterales de 16 mm.

Enfoque familiar y comunitario: familia nuclear sin parientes próximos. Etapa IIA de la extensión del ciclo vital familiar.

Juicio clínico: anemia ferropénica, pediculosis, absceso occipital.

Diagnostico diferencial: síndrome febril, síndrome constitucional, infección bacteriana o cáncer de cabeza y cuello.

Identificador de problemas: tardanza en la observación y terapia de la infestación por piojos en la niña, probablemente causado por el bajo nivel económico, socio-cultural de la familia.

Tratamiento y planes de actuación: se inicia trasfusiones sanguíneas, antibióticoterapia endovenosa y drenaje de absceso, además de consulta con servicios sociales.

Evolución: tras control analítico seriado del hemograma, coagulación y bioquímica, se apreció mejoría progresiva hasta su normalización.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): debido a la escasa higiene y a lesiones de rascado se produjo el absceso en cuero cabelludo. La infestación extrema por piojos puede dar lugar a anemia. Además debemos tener en cuenta el aspecto social, esta niña llego en estado de abandono por lo que se contacto con servicios sociales.

Palabras clave: pediculosis, fever, astenia.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Doctora me duele la barriga y noto un bulto en el ombligo

Kosaka Zanabria LV[1], Soriano Arroyo R[1], Montes Castillo C[2]

[1] *MIR de MFyC. CS Federico del Castillo. Jaén*

[2] *MIR de endocrinología y nutrición. Complejo hospitario de Jaén*

Ámbito del caso: atención primaria y hospitalaria.

Motivo de consulta: fiebre y dolor abdominal.

Historia Clínica:

Antecedentes personales: varón de 70 años sin patología previa de interés.

Anamnesis: dolor abdominal de 1 mes de evolución tipo cólico sin relación con la ingesta, sin cambio del habito intestinal que después de 3 semanas presenta fiebre de 38.5º que cede parcialmente con antitérmicos. Se deriva al servicio de urgencias por tumoración periumbilical de aproximadamente 3 centímetros de diámetro, eritematosa con exudado. Comenta que hace un mes tras la toma de una bebida ingirió un trozo de palillo de dientes accidentalmente.

Exploración física: paciente consciente orientado, buen estado general, auscultación cardiorrespiratoria: normal; abdomen: globuloso, blando, depresible con tumoración de 2x2 cm periumbilical, dura, no adherida a planos profundos, fluctuante con dolor a la palpación, sin defensa ni signos de peritonismo; resto de exploración normal.

Pruebas complementarias: hemograma: hemoglobina 13.8, hematocrito 39.6, VCM 88.2, leucocitos 17 200, neutrófilos 80.2%, linfocitos 12.7, monocitos 6.8, plaquetas 306 000, coagulación dentro de parámetros normales, PCR 120, resto normal. Radiografía de abdomen: no se aprecia signos de suboclusión u obstrucción intestinal, TAC abdominal: se visualiza tejido granulomatoso encapsulado a nivel de tejido subcutáneo en región periumbilical, sin perforación de víscera hueca.

Enfoque familiar y comunitario: monoparental con familiares próximos, en etapa VI del ciclo vital por muerte de su cónyuge.

Juicio clínico: absceso de pared abdominal por cuerpo extraño.

Diagnostico diferencial: hernia umbilical incarcelada, patología tumoral metastásica.

Identificación de problemas: múltiples consultas por abdominalgia sin filiar la etiología por falta de adquisición de información.

Tratamiento y planes de actuación: expectante, con antibioticoterapia, se derivó al servicio de urgencias para valoración por cirujano de guardia.

Evolución: el paciente precisó de intervención quirúrgica para extracción de cuerpo extraño.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): no se nos debe olvidar que una buena anamnesis detallada puede darnos la clave para orientar el factor causal del problema.

Palabras clave: abscess, fever, foreign bodies.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Dolor abdominal refractario como presentación de un infarto renal

Santos Pestaña E

MIR 4º año de MFyC. CS Adoratrices. Huelva

Ámbito del caso: atención hospitalaria (urgencias).

Motivo de consulta: varón de 36 años que acude a urgencias por dolor abdominal intenso y agudo.

Historia Clínica:

Antecedentes personales: fumador de 1 paquete/día. Bebedor ocasional de fines de semana.

Anamnesis: acude a urgencias por dolor abdominal agudo en epigastrio-mesogastrio muy intenso, irradiado a flanco izquierdo, que no mejora con analgesia oral. No alteraciones del hábito intestinal. Naúseas. No recuerda traumatismo previo. No síndrome miccional. Afebril.

Exploración: tensión arterial 89/46, saturación de oxígeno 96% (aire ambiente), frecuencia cardíaca 110 latidos por minuto, apirético. Importante afectación del estado general por el dolor. Abdomen con defensa y muy doloroso a la palpación generalizada, ruidos hidroaéreos disminuidos.

Pruebas complementarias: hemograma con 17000 leucocitos. Bioquímica: GPT 52, GOT 38, LDH 439, CK 85, PCR 9. Orina: 70 proteínas, 60 sangre, 4-6 hematíes/campo en sedimento. Radiografía abdominal: dilatación del colon y asas de intestino delgado más evidentes en hemiabdomen derecho. TAC abdominal: área hipocaptante sin realce periférico, bien definida, en polo inferior del riñón izquierdo con afectación inflamatoria, por contigüidad, de la grasa y fascias circundantes.

Juicio clínico: infarto renal izquierdo.

Diagnóstico diferencial: cólico nefrítico/ pielonefritis izquierda, rotura/infarto esplénico, pancreatitis aguda, diverticulitis, síndrome aórtico abdominal agudo/isquemia mesentérica.

Tratamiento/plan de actuación: se inicia anticoagulación con heparina y perfusión analgésica. Se ingresa para control evolutivo y estudio de hipercoagulabilidad.

Evolución: favorable, descartándose síndrome de hipercoagulabilidad. Alta con antiagregación.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): debe sospecharse infarto renal en todo paciente con dolor en fosa renal o flanco de difícil control, alteraciones del sedimento y elevación de la LDH. Importancia del diagnóstico diferencial, fundamentalmente con cólico nefrítico y pielonefritis.

Palabras clave: dolor abdominal (abdominal pain), infarto (infarction), renal (renal).

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Negación a tratamiento

Pedrosa Arias M[1], Alberdi Martín L[2], Alguacil Cubero P[3]

[1] *Médico de Familia. CS La Zubia (Granada)*
[2] *MIR 4º año de MFyC. CS La Zubia (Granada)*
[3] *Médico de Familia. Cs La Chana Granada*

Ámbito del caso: atención primaria, atención especializada.

Motivo de consulta: diarrea, síndrome constitucional, heces melenicas.

Historia Clínica:

Varón 69 años, HT, DM, anemia ferropenica, que en el transcurso de dos semanas acude varias veces a urgencias por cansancio generalizado, diarrea con sangre de carácter melenico, pérdida ponderal y cambio en hábito intestinal. En analítica sanguínea se constata Hb 8.8, lo cual refiere tener anemia desde hace 3 años. Exploración física: palidez generalizada, PINLA MOEC resto de pares craneales normales. ROT presentes y simétricos, romberg negativo. No disdiadococinesia No signos meníngeos ni otra focalidad neurológica.

AC: normal, AR: MVC en ambos campos pulmonares; abdomen: blando, depresible, globuloso sin megalias. Levemente doloroso a la palpación en flanco derecho. No signos de peritonismo.

Es ingresado en servicio de digestivo para estudio de melenas y sospecha de neo de colon derecho vs hemorragia digestiva alta Juicio clínico: Neo de colon.

Tras estudio con las pertinentes pruebas complementarias fue diagnosticado de Neo de colon ascendente con metástasis hepáticas en segmento IV-V siendo intervenido quirúrgicamente realizándose resección hepática atípica de segmentos, colecistectomía y hemicolectomia derecha ampliada.

Al paciente, se le plantea realizar tratamiento radioterápico y/o quimiterapico, rechazandolo aun siendo consciente de metástasis hepáticas y aceptando el proceso.

Evolución: durante los dos años siguientes al diagnóstico el paciente ha tenido buena calidad de vida realizando normalmente actividades de la vida diaria. En el presente año acude a la consulta por ictericia, prurito e intenso cansancio. Tras entender que es debido al avance de enfermedad acepta consulta con paliativos, donde tratan síntomas (luminal para prurito), morfina para dolor abdominal. En la semana siguiente tras deterioro importante se procede a sedación paliativa tal como quería él y su familia. Exitus a los 4 días de sedación.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): la ley General de Sanidad reconoce (art. 10.9) el derecho del paciente a negarse al tratamiento médico. Es necesario que los profesionales entiendan el cambio cultural que representa el hecho de que ya no pueden actuar sobre una persona sin su consentimiento ya que todo el mundo tiene derecho a la integridad y a la libertad de elección.

Palabras clave: cuidados paliativos. Ultimas voluntades.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Trastorno adaptativo y el poder de las palabras

Simao Aiex L[1], Atienza López SM[2], Zafra Ramírez N[1]

[1] *MIR de MFyC. CS El Valle. Jaén*
[2] *MIR de MFyC. CS Mancha Real. Mancha Real (Jaén)*

Ámbito del caso: atención primaria.

Motivo de consulta: poca respuesta a tratamientos ansiolíticos, tras consumo abusivo de alprazolam.

Historia Clínica:

Varón de 45 años, limpiador, homosexual, que acude a consulta acompañado de su hermana por cuadro ansioso/depresivo e insomnio de larga evolución, que en las últimas semanas se ha intensificado. Según refiere, tras abuso de alprazolam los días previos, ya no responde a otros ansiolíticos. Después de varias consultas revela que ha sufrido una separación forzosa de su pareja, con la que convivió durante 14 años y que ha sido deportado inmigrante ilegal. Refiere que sufría constantes maltratos, aunque no consigue superar la separación. Pena por no haberse despedido de este. Gran carga laboral. Consumo de cocaína ocasional, que se ha incrementado.

Exploración física anodina. Labilidad emocional.

Se elabora genograma que revela una familia compuesta por 10 hermanos y la madre. Padre fallecido hace más de 20 años. Familia monoparental normofuncional, con buen apoyo social, y familiar. Vive con su madre y hermano menor, también homosexual, con los que mantiene buena relación aunque algo distante. Trabaja con 8 hermanos, como limpiador. Hermana mayor, su apoyo principal, vive en otra provincia. Pasa gran parte de su tiempo libre solo en casa. AVE: Separación afectiva reciente.

Juicio Clínico: trastorno adaptativo por separación afectiva de maltratador/dependencia emocional y distanciamiento materno.

Plan de actuación: consultas programadas para terapia familiar breve, realización de lista de tareas y deseos, así como ajuste de tratamiento ansiolítico y antidepresivo. Seguimiento en unidad de deshabituación de tóxicos. Realización de actividad social.

Evolución: tras la primera consulta se pauta citalopram, y se cita de forma programada cada 15 días en consulta. A los tres meses presenta ligera mejoría clínica, aunque persiste insomnio, sobretodo cuando está solo, empezando tratamiento con mirtazapina. Reduce gradualmente consumo de alprazolam. Actualmente en tratamiento con citalopram, clorazepato dipotasico y mirtazapina, con buena respuesta.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): los trastornos adaptativos representan patologías extremadamente frecuentes en atención primaria, por lo que es fundamental saber abordarlos. Para ello es clave indagar sobre su origen, empatizar y escuchar sin abusar de ansiolíticos, ya que el abordaje integral puede disminuir el sufrimiento del paciente.

Palabras clave: trastorno adaptativo, terapia cognitiva.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Diagnóstico diferencial prurito en gestante

López Montes A[1], Padial Reyes I[2], Arrillaga Ocampo I[2]

[1] *Médico de Familia en área de urgencias (Dispositivo de Apoyo). CS Estepona-Oeste (Málaga)*
[2] *Médico de Familia EBAP. CS las lagunas. Mijas (Málaga)*

Ámbito del caso: centro de salud urbano.

Motivo de consulta: mujer de 31 años, gestante de 30 semanas, que acude a consulta por prurito intenso generalizado, de predominio nocturno, de dos semanas de evolución.

Historia Clínica: mujer de 31 años. Sin antecedes personales de interés. En tratamiento con yodocefol por la gestación.

La paciente refiere prurito intenso de dos semanas de evolución, generalizado aunque de predominio en palmas manos y pies, sobre todo nocturno sin otra clínica.

Exploración física: sin hallazgos de interés.

Se realiza diagnóstico diferencial de prurito en el embarazo:

- Se descartan dermatosis del embarazo: dermatitis papulosa del embarazo, herpes gestationis, erupción polimorfa del embarazo.

- Otras enfermedades que pueden causar prurito como dermatitis atómica, picaduras, urticarias, infecciones (sarna, pediculosis,...), pseudolinfomas, IRC, reacciones medicamentosas,...

Se solicita una analítica con hemograma y coagulación, bioquímica sobre todo con perfil hepático que incluya GOT, GPT, Bilirrubina y ácidos biliares y serología de hepatitis.

En la analítica se observa: GOT 65, GPT 101, FA 181, Bi total 0,9 y ácidos biliares 83,4.

Se diagnostica de colestasis intrahepática del embarazo y se deriva a embarazo de alto riesgo.

El servicio de obstetricia inicia tratamiento con acido ursodesoxicólico 450 mg/8h y polaramine 2 mg /8 horas.

Se realiza seguimiento estrecho de la paciente con analítica, consulta de fisiopatología fetal y eco-doppler semanal; con buen control de la clínica. Finalmente, se induce el parto a las semana 37.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): la colestasis intrahepática del embarazo ocurre en mujeres sanas durante el embarazo y se suele resolver después del parto sin ninguna secuela hepática.

Suele ocurrir en el segundo o tercer trimestre.

Se caracteriza clínicamente por la presencia de prurito, ictericia o ambos sin otra disfunción hepática importante.

Su incidencia varía, en nuestro medio 1/700.

Dentro de la patogenia existen factores genéticos y hormonales.

El pronóstico materno es benigno pero se ha relacionado con prematuridad, muertes perinatales, sufrimiento fetal y LA meconial.

El Médico de atención primaria, especialmente durante las consultas de seguimiento de embarazo, debemos de estar atentos a la clínica que presenten los pacientes, ya que es una enfermedad con baja incidencia pero que puede llegar a tener consecuencias fatales para el feto.

Palabras clave: colestasis gravídica, prurito, función hepática.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Derrame pleural bilateral

Espejo Pérez I[1], Pardo Álvarez J[2], López Coto MªA[1]

[1] *MIR de 1er año de MFyC. CS El Torrejón. Huelva*

[2] *Médico de Familia. CS El Torrejón. Huelva*

Ámbito del caso: atención primaria.

Motivo de consulta: aumento de disnea habitual.

Historia Clínica:

Antecedentes: varón 78 años. No alergias. Exfumador. Hipertensión arterial. Dislipemia. Diabetes mellitus II. Infarto miocardio. Ingreso abril 2012: derrame pleural (DP) derecho con exudado paraneumónico, buena evolución y resolución tras antibioterapia. Ingreso 10/09/2013: DP con pleuritis granulomatosa necrotizante tuberculoide y empiema derecho, iniciando tratamiento antituberculoso.

Anamnesis: en evaluación clínica mensual de tuberculosis, encontramos escasa evolución, manteniendo disnea, astenia, afebril, no aumento de expectoración.

Exploración: afebril. Taquipneico. Auscultación pulmonar: Roncus dispersos ambos hemotórax, disminución murmullo vesicular en ambas bases, derivamos a urgencias por DP bilateral.

Pruebas complementarias en ingreso:

-Hemograma normal

-Bioquímica normal, NT-pro BNP 720,7 ng/L.

-Radiografía tórax: DP bilateral con engrosamiento pleural derecho y nódulo lóbulo inferior izquierdo (LII). Toracocentesis: 850 cc líquido serofibrinoso, exudado polimorfonuclear, pH ácido, glucosa baja, ADA elevado. Estudios microbiológicos negativos.

-TAC tórax: DP bilateral no encapsulado. No masas pleurales. Atelectasia. Lesión sólida en hilio pulmonar derecho. Adenopatías subcarinales, paratraqueales y en hilio pulmonar izquierdo. Lesión parenquimatosa no cavitada en LII compatible con granulomatosis sarcoidea necrotizante.

-Fibrobroncoscopia: lesiones granulomatosas.

-Ecocardiograma: cardiopatía isquémica. FEVI 30%.

-Biopsias bronquiales: fibrosis prominente.

-Citología pleural, broncoaspirado, cepillados y Punción- aspiración transbronquial: Ausencia de células neoplásicas. Material extraño.

-PET-TAC: derrame pleural bilateral. Adenopatías generalizadas.

-Juicio clínico: *derrame pleural bilateral persistente de etiología no filiada. Fibrosis pulmomar.*

-Tratamiento y plan: ante la falta de confirmación diagnóstica se cita para seguimiento hospitalario, manteniéndose tratamiento cardiovascular.

-Evolución: en visita domiciliaria, haciendo un interrogatorio en profundidad, su hijo confiesa que inhala una sustancia de olor intenso e irritativo (eucaliptus) hace 5 años, comprada sin control sanitario. Sospechando que ésta sea la principal causa de la clínica, derivamos a Neumología, confirmando sea el origen de la clínica por el alto contenido lipídico de la sustancia tras su estudio. Tras abandono de dicha sustancia, el paciente se encuentra estable.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): a pesar de las múltiples etiologías del DP, observamos que una buena anamnesis y habilidades comunicativas siguen orientando la sospecha diagnóstica, además de las pruebas complementarias realizadas.

Palabras clave: derrame pleural, anamnesis, atención primaria de salud.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

¿Quince consultas, cuatro ingresos y un diagnóstico: cuando a la diarrea no se le da importancia?

Cano Cabrera G[1], Bastida Piné I[2]

[1] *MIR 4º año de MFyC. CS Ronda Histórica. Sevilla*
[2] *MIR 2º año de MFyC. CS Ronda Histórica. Sevilla*

Ámbito del caso: atención hospitalaria.

Motivo de consulta: diarrea de larga evolución, pérdida de peso, vómitos y astenia.

Historia Clínica:

Paciente varón de 65 años sin RAMs conocidas y con los siguientes AP: fumador 50 paquetes/año, bebedor ocasional, HTA, DM tipo 2, dislipemia, portador de DAI en 2005, FA revertida con CV eléctrica.

En un primer momento el motivo principal de consulta en urgencias fue dolor torácico que requirió ingreso en UCI de cardiología, relegando a un segundo plano el cuadro digestivo ya presente que quedó sin estudio. Tras nueva consulta en urgencias se objetivó hiperpotasemia severa junto con insuficiencia renal no conocida requiriendo ingreso en recuperación de urgencias y valoración urgente por nefrología. Durante el ingreso se solicita TAC abdominal donde se hallaron quistes renales corticales y nódulos suprarrenales. Tras normalizar los valores analíticos es dado de alta recomendándose completar estudio por parte de endocrinología por lo que desde atención primaria se deriva a consultas externas. Se solicitaron bioquímica con catecolaminas, RMN de glándulas suprarrenales, gammagrafía de glándulas suprarrenales, SPECT/TAC de glándulas suprarrenales y TAC y ecografía abdominal dando como juicio clínico inicial feocromocitoma en situación extraadrenal anómala (delante de aorta abdominal a 2cm de bifurcación de a. Iliacas comunes), nódulos suprarrenales no funcionantes y quistes renales corticales simples. Se deriva a Cirugía General y tras laparotomía media se encontró tumoración en raíz de asa yeyunal con infiltración de ésta que se extirpa. El resultado de la Anatomía Patológica fue "Tumor Neuroendocrino gastrointestinal bien diferenciado estadío IIIB (tipo carcinoide)". Finalmente, tras seguimiento por Oncología y resultando el estudio de extensión negativo, se desestima tratamiento por su parte y se decide seguimiento.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): queremos destacar la importancia de prestar una atención especial ante la reconsulta del paciente por la persistencia de la misma clínica en el tiempo, así como el protagonismo que toma la asistencia hospitalaria quedando obviada la asistencia en atención primaria (solo acudió a su MAP para entregar informes de alta hospitalaria), que entendemos como principal motivo la falta de educación sanitaria en la población y el mal uso de los recursos disponibles.

Palabras clave: diarrea, carcinoma neuroendocrino, enfermedad gastrointestinal.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Varón de 31 años con diagnóstico de aplasia medular y enfermedad del suero

López Calderón MªI[1], Parejo Álvarez AE[2]

[1] *MIR 4º año de MFyC. CS Histórica. Sevilla*

[2] *Médico de Familia. CS El Mirado. San José de la Rinconada (Sevilla)*

Ámbito del caso: mixto. Seguimiento coordinado entre atención primaria, atención hospitalaria (urgencias, hematología).

Motivo de consulta: varón 31 años derivado a urgencias desde atención primaria por detección de pancitopenia.

Historia Clínica:

Antecedentes personales: contacto con tóxicos, insecticidas, resinas de polyester e hipoclorito sódico.

Anamnesis: varón de 31 años que comienzó hace 14 días con un flemón dentario, apareciendo después adenopatía cervical unilateral izquierda por lo que se inició tratamiento con amoxicilina clavulánico y antiinflamatorios. Hace 7 días finaliza dicho tratamiento, momento en el que comienza con astenia progresiva, dolores osteomusculares generalizados con el ejercicio físico. Se realiza analítica y su médico de familia lo deriva a urgencias hospitalarias por detección de pancitopenia.

Exploración: palidez mucocutánea. Exploración por órganos y sistemas normal.

Pruebas complementarias: urgencias: hemograma: Hb 5.6, Hcto 14.7%, leucocitos 1620, neutrófilos 1050,linfocitos 440, monocitos 50, plaquetas 9000. Bioquímica, coagulación y radiografía de tórax, sedimento orina normal. Frotis sangre periférica: aplasia medular.

Planta hematología: proteinograma: inmunoglobulinas 0.6 g/dl. Citología médula ósea: compatible con hipoplasia/aplasia medular. Inmunofenotipo médula ósea: ausencia células inmaduras CD34+, compatible con aplasia medular. Biopsia médula ósea: espacio medular ocupado casi en su totalidad por adipocitos , quedando escasa celularidad hematopoyética, fundamentalmente eritroide y sin elementos blásticos ni displásicos destacables. Serología Hepatitis B, Virus varicela zóster, citomegalovirus y Epstein bar negativos. ANA, antiperoxidasas y antitiroglobulinas negativos.

Antecedentes familiares: sin interés. Estudio de Histocompatibilidad: hermana con HLA idéntico. Entorno socioeconómico medio. Buena apoyo familiar.

Juicio clínico: Aplasia medular moderada con requerimientos transfusionales de concentrados de hematíes y plaquetas. Reacción infusional a globulina antitimocítica., A los 8 días del tratamiento rash cutáneo y artralgias sugestivas de enfermedad del suero tras globulina antitimocítica.

Diagnóstico diferencial: síndrome mielodisplásicos y linfoprofilerativo, leucemias agudas, anemia Fanconi y megaloblástica, sepsis, hepatopatía crónica.

Tratamiento: ciclosporina, aciclovir, prednisona (con pauta descendente al alta). Seguimiento en Hospital de día Hematología y por médico de familia.

Buena evolución clínica. Al alta, tras descenso de corticoides artralgias grandes articulaciones y fiebre motivo por lo que reingresa

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): Importancia de un seguimiento conjunto con la atención especializada. Valoraciones analíticas rutinarias. Seguimiento estrecho de patologías infecciosas u otra etiología ya que se trata de un paciente inmodeprimido.

Palabras clave: Bone Marrow Diseases, Serum Sickness, 31th Man's.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Epigastralgia reiterativa. A propósito de un caso

Flor Peña A[1], Gavilán Triviño JJ[2], Martínez Villalba MªA[3]

[1] *MIR 4º año de MFyC. CS Loreto-Puntales. Cádiz*

[2] *Médico de Familia. CS Loreto-Puntales. Cádiz*

[3] *Enfermera. CS Loreto-Puntales. Cádiz*

Ámbito del caso: atención primaria, urgencias.

Motivo de consulta: epigastralgia.

Historia Clínica:

Varón de 67 años con hipertensión arterial y epilepsia en tratamiento.

Acude en repetidas ocasiones a su centro de atención primaria por cuadro de epigastralgia de 2 meses de evolución, no relacionada con la ingesta de alimentos y que no mejora pese a diversos tratamientos.

Abdomen blando, depresible y con molestias a la palpación difusa, sin palpar masas ni megalias. Aporta ecografía de 5 meses previos con ligera dilatación aneurísmatica en aorta.

Es derivado a digestivo. Se realiza una endoscopia digestiva alta donde se objetiva hernia por deslizamiento, gastritis eritematosa e infección por H. Pylori, pautándose tratamiento erradicador, sin mejoría.

Sigue acudiendo en repetidas ocasiones a su médico de atención primaria, urgencias, así como revisión por digestivo 3 meses después, asociando pérdida ponderal de 5 kilos, estreñimiento y distensión abdominal. Solicitan ecografía, colonoscopia y analítica.

A la espera de pruebas vuelve a acudir a urgencias por aumento del dolor abdominal y del estreñimiento de 5 días de evolución. Se realiza ecografía y TAC abdominal urgente posterior donde se visualiza masa en cuadrante superoizquierdo abdominal con adenopatías mesentéricas y retroperitoneales sugestiva de proceso linfoproliferativo, sin poder descartar GIST o masa de la porción posterior del páncreas. Dado los hallazgos ingresa en digestivo por obstrucción intestinal secundaria a masa a filiar.

Durante el ingreso se realiza estudio de extensión con TAC torácico sin hallazgos y microbiopsia con resultado positivo para Linfoma de células B.

El paciente pasa a cargo de Hematología y comienza tratamiento con R-CHOP. (Ritoximab +Ciclofosfamida+Doxorrubicina+Vincristina+ Prednisona), con respuesta parcial y beneficio clínico. Actualmente prosigue su tratamiento antineoplásico.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): el dolor abdominal es uno de los principales motivos de consulta en atención primaria y Urgencias. El linfoma no hodking es el tercer tumor de crecimiento rápido y supone en España una incidencia de 3/100000 habitantes/ año, aparienciendo en más del 50% de las veces en mayores de 65 años.

Ante un dolor abdominal crónico, debemos considerar la posibilidad de síndrome mieloproliferativo como diagnóstico diferencial con otras patologías tales como dispepsia funcional, neoplasias, enfermedades hepato-biliares, enfermedad inflamatoria intestinal, anomalías anatómicas, etc.

Palabras clave: constipation, abdominal pain, b cell lymphoma.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Enfermedad de Osgood Schlatter, a propósito de un caso

Pérez Gómez S[1], Vázquez Alarcón RL[1], Fernández Moreno T[2]

[1] *Médico de Familia. CS Vera (Almería)*
[2] *Enfermera. CS Vera (Almería)*

Ámbito del caso: atención primaria.

Motivo de consulta: gonalgia derecha de meses de evolución con empeoramiento progresivo haciéndose invalidante y produciendo impotencia funcional. El dolor es de carácter mecánico, intensificándose y empeorando claramente con la actividad física (correr, montar en bicicleta, etc.). Cede parcialmente con la toma de analgésicos y no existe antecedente traumático previo.

Historia Clínica:

Anamnesis: adolescente varón de 15 años de edad, sin antecedentes personales ni hábitos tóxicos de interés que realiza deporte de forma regular (fútbol, atletismo, etc.).

Enfoque familiar y comunitario: familia biparental con parientes próximos, normofuncional. Red social extensa e interacción positiva con iguales.

Exploración física: aumento leve de volumen con dolor a la palpación y aumento de la sensibilidad local a nivel de la inserción del tendón rotuliano. Limitación leve de los arcos de movilidad. Ausencia de datos de inestabilidad o derrame articular. No bostezos, signos de Appley, Mc Murray y Steiman negativos.

Estudios complementarios: en la radiografía lateral se observa fragmentación epifisaria de la tuberosidad tibial.

Diagnóstico diferencial: síndrome de Sinding-Larsen-Johansson, síndrome patelo-femoral, lesión fisaria traumática de la tuberosidad tibial, osteocondritis disecante y tumores de la rodilla.

Tratamiento: analgésicos y antiinflamatorios no esteroideos, reposo relativo, frio local, evitar la actividad física intensa y práctica de ejercicios de fortalecimiento del cuádriceps e isquiotibiales.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): la enfermedad de Osgood Schlatter es una de los causas principales de gonalgia en adolescentes deportistas de 10 a 15 años, especialmente en aquellos que impliquen saltos múltiples, carreras cortas y patadas, como, atletismo, baloncesto, fútbol, voleibol, salto de altura o gimnasia deportiva; afectando con mayor frecuencia a varones. Es la consecuencia de la tracción repetida, ejercida por el tendón rotuliano sobre el centro de osificación de la tuberosidad tibial, ocasionando dolor que empeora con la actividad física.

Se trata de una entidad frecuente en atención primaria. Su diagnóstico es clínico, apoyándose en estudios complementarios sencillos para su confirmación.

Es fundamental que el médico de familia informe sobre la benignidad del cuadro e implique al paciente en el proceso terapéutico, ya que la mayoría responde a medidas conservadoras, incidiendo en medidas higiénico-dietéticas y de educación sanitaria.

Palabras clave: enfermedad de Osgood Schlatter, adolescente, fragmentación epifisiaria tibial.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Síndrome de vena cava superior por causa inusual

Flor Peña A[1], Rivera Perez MªD[2], Moreno Lamela J[3]

[1] *MIR 4º año de MFyC. CS Loreto-Puntales. Cádiz*

[2] *Médico de Familia. DCCU. Cadiz*

[3] *MIR 4º año de MFyC. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz*

Ámbito del caso: urgencias.

Motivo de consulta: presíncope.

Historia Clínica: varón de 60 años.

Antecedentes: ex-enolismo. Fumador activo. Hipertension Arterial. Arteriopatia periférica. Síndrome de Leriche. Hemorroidectomía.

Ingresa en hospital privado por cuadro de angina mesentérica. Se observa trombosis completa de aorta abdominal a la altura de arterias renales hasta iliacas, con oclusión completa de tronco celíaco, mesentérica superior, mesentérica inferior y ambas iliacas comunes.

Se realiza angioplastia que resulta fallida, por lo que se realiza By-pass desde aorta ascendente a iliacas por vía retroperitoneal, sacando 2 by-pass de safena a tronco celiaco y a mesentérica superior de forma preferente. Tras buena evolución clínica recibe alta 14 días después de la intervención, presentando ligeras molestias inespecíficas en tórax y espalda.

Al alta presenta cuadro presincopal, por lo que avisan a urgencias extrahospitalarias. A su llegada lo encuentran disneico, con edema de cara y cianosis en cabeza y tercio superior del tórax en esclavina, diferencia de tensiones arteriales en ambos brazos y Fibrilación auricular no conocida. Es derivado al hospital.

A su llegada al hospital se encuentra estable y asintomático, habiendo desaparecido cianosis de cabeza pero persistiendo la cianosis en tórax. Se administra amiodarona para la fibrilación auricular, que revierte a ritmo sinusal.

Auscultación cardiaca normal y pulmonar con ligera disminución del murmullo vesicular en base pulmonar derecha. Ante cuadro compatible con síndrome de la vena cava superior y sospecha de rotura de aorta se solicita TAC torácico urgente, donde se observa masa de 7 x 4 x 9,2cm compatible con hematoma extracardiaco con compresión de aurícula derecha y vena cava superior; así como derrame pleural de predomino derecho.

Ingresa a cargo de cirugía cardiaca donde se lleva a cabo reparación de desgarro de confluente venoso con parche de pericardio más drenaje.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): el síndrome de la vena cava superior es una afección relativamente rara. Con mayor frecuencia es provocada por un tumor en el mediastino; aunque puede darse en causas no tumorales como trombosis de la vena cava superior; aneurisma aórtico, bocio multinodular o pericarditis constrictiva. El tratamiento y pronóstico depende de la causa, siendo desalentador en las causas tumorales.

Palabras clave: superior vena cava symdrome; aortic dissection; leriche syndrome.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Adenopatía cervical. Un diagnóstico poco frecuente

Flor Peña A[1], Ramirez Daffos P[2], Vélez Medina JM[3]

[1] MIR 4º año de MFyC. CS Loreto-Puntales. Cádiz
[2] Médico de Familia. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cadiz
[3] MIR 4º año de MFyC. CS El Alamillo. Sevilla

Ámbito del caso: atención primaria.

Motivo de consulta: bultoma cervical.

Historia Clínica: varón de 71 años.

Antecedentes: bebedor impotante. Exfumador hace 13 años. Hipertension Arterial. Dislipemia. Diabetes Mellitus tipo 2. Hepatopatía alcohólica. Hernias discales.

Acude a consulta de atención primaria por presentar bultoma en región laterocervical izquierda, indolora, de un mes de evolución, sin otra clínica acompañante.

A la exploración se observa tumoración laterocervical izquierda de 3 cm de diámetro, dura, indolora a la palpación y adherida a plano profundo. Exploración de orofaringe sin hallazgos de interés. Otoscopia normal. Se solicita analítica y se deriva a Otorrinolaringología.

En Otorrinolaringología describen los hallazgos como tumoración elástica de 3 cm aproximadamente en área II izquierda.

Se realiza fibrolangicospia sin lesiones en hipofaringe ni laringe. Realizan TAC de cuello encontrándose adenopatías de características malignas en cadena yugular izquierda (nivel IIA-IIIB). Se realiza PAAF obteniéndose material hemorrágico no apto para estudio citológico. Se amplía estudio con TAC tóracico y abdominal sin hallazgos de interés. Se realiza panendoscopia tomándose biopsias de cavum (normal) y base de lengua con diagnóstico de carcinoma epidermoide pobremente diferenciado tipo linfoepitelioma.

Con diagnóstico de cáncer de base de lengua (T1N2bM0) el paciente pasa a Oncología Radioterápica para valoración de tratamiento con estrategia de conservación de órganos y a oncología médica para valoración de tratamiento sistémico concurrente.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): en atención primaria la causa más frecuente de adenopatía es la infecciosa o reactiva. Es importante una buena anamnesis, los antecedentes personales y una adecuada exploración para llegar al diagnóstico. En adenopatías cervicales tenemos que tener presente en el diagnóstico diferencial los tumores de cabeza y cuello.

El cáncer de lengua es uno de los tumores malignos que más alteran la calidad de vida de los pacientes, ya que al ser un órgano muy inervado provoca dolores muy intensos, incluso al tragar saliva, dificultando la deglución y el habla. Con mayor frecuencia se asienta en los dos tercios anteriores, seguido del borde lateral y con menos frecuencia base y punta de la lengua. El pronóstico es grave, en especial los de base de lengua, ensombreciendo el pronóstico la presencia de adenopatías.

Palabras clave: tongue cáncer, lymph node, toxic actions.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Patrón S1Q3T3. Qué sospechar

Flor Peña A[1], Rosano Duarte L[2], Martínez Villalba MªA[3]

[1] *MIR 4º año de MFyC. CS Loreto-Puntales. Cádiz*

[2] *Médico de Familia. CS Loreto-Puntales. Cádiz*

[3] *EIR 1er año de Enfermería Familiar y Comunitaria. CS Loreto-Puntales. Cádiz*

Ámbito del caso: atención primaria, urgencias.

Motivo de consulta: sensación disneica y dolor costal.

Historia Clínica: varón de 41 años. No fumador. Exposición amianto en 1998.

Refiere desde hace 48 horas ligera sensación disneica, con dolor subescapular bilateral y costales que se intensifican con la respiración profunda. Cree tener asma porque le recuerda a episodios de bronquitis previos. No fiebre, no cortejo vegetativo ni otra sintomatología acompañante.

Ausculatación cardiaca: taquicárdico, sin soplos. Auscultación pulmonar: murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. No dolor a la palpación de parrilla costal ni subescapular. Miembros inferiores sin signos de trombosis venosa profunda. Tensión Arterial 139/78. Frecuencia cardiaca 120 latidos por minuto. Sp02 basal 98%.

Se solicita electrocardiograma donde se observa ritmo sinusal a 80 latidos por minuto, S en DI, Q en DIII y T negativa en III.

Dada la clínica, la taquicardia y el electrocardiograma con patrón S1Q3T3 derivamos a urgencias hospitalarias para descartar posible tromboembolismo pulmonar (TEP) u otra patología urgente.

En urgencias se rehistoria al paciente y se solicita analítica completa y radiografía de tórax, las cuales resultan normales, incluido el Dímero-D (0.3 mg/l). A pesar de la normalidad de estas pruebas y de criterio de baja sospecha de TEP según la escala de Wells, se solicita TAC torácico urgente, que descarta TEP, destacando sólo engrosamiento de paredes bronquiales. El paciente es dado de alta con tratamiento analgésico.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): el electrocardiograma carece de sensibilidad y especificidad en el diagnóstico de TEP, sin embargo, la asociación de un patrón S1Q3T3 junto con valores elevados de Dímero-D es muy sugestiva de TEP (patrón de Mc Ginn-White).

La presencia de S1Q3T3 como dato aislado es muy inespecífico, indicando sobrecarga derecha, y obliga al diagnóstico diferencial con otras patologías, tales como broncoespasmo, neumotórax, enfermedad pulmonar aguda o infarto agudo de miocardio. Es fundamental comparar el ECG actual con previos y posteriores ya que las alteraciones son transitorias y en su mayor parte reversible. En nuestro caso se descartaron patologías urgentes, pero resulta de interés conocer las posibles causas de dicho patrón para realizar un diagnóstico correcto.

Palabras clave: pulmonary thromboembolism, electrocardiograph, chest pain.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Hirsutismo en mujer postmenopáusica

Parejo Maestre N, Catalán Sánchez M, Lara Iglesias E

MIR 4º año de MFyC. CS Ribera del Muelle. Cádiz

Ámbito del caso: centro de salud de atención primaria.

Motivo de consulta: aumento de vello corporal.

Historia Clínica:

Anamnesis: paciente mujer de 63 años que acude a nuestra consulta en centro de salud de atención primaria por presentar desde hace 3 meses crecimiento de pelo en la cara y zonas donde previamente no tenía vello.

La paciente no refiere en consulta otra sintomatología.

Exploración física: pelo terminal en bigote, mentón y patillas. Resto de exploración normal.

Antecedentes personales:

- No alergias medicamentosas
- Contraindicaciones: AINEs.
- AF: madre ictus y padre cirrosis.
- AP: Hemorragia digestiva alta 1988. Apendicetomía 1964. Colecistectomía 1992. Temblor esencial.
- Medicación actual: propanolol, primidona y omeprazol.
- Hábitos: no consumo de alcohol ni tabaco.
- Menarquia a los 11 años y menopausia a los 50 años.

Pruebas complementarias: solicitamos analítica con hemograma, bioquímica y hormonas con resultado:

- Hemograma y bioquímica normal. Hormonas: TSH; Cortisol; FSH: 113,8; LH 48,2; prolactina; estradiol y progesterona normales, testosterona: 266,5 ng/ml (3-48).

Se decide derivar a endocrinología.

En la consulta de endocrinología la paciente refiere dolores abdominales difusos, sobre todo en decúbito. Solicitan estudio urgente por ginecología y TAC abdominal.

Ginecología:

- Exploración ginecológica: cérvix dos quistes de Naboth.
- Ecografía una tumoración en cada anejo con características compatibles con tumor de Sertoli-Leydig.
- TAC abdominal pélvico sin patología suprarrenal.
- Histerectomía y doble anexectomía por tumor ovárico de células de Sertoly.
- Estudio hormonal normal.

Anatomía patológica

- Adenofibromas serosos múltiples con hiperplasia de células de Leydig en ambos ovarios. Cistoadenoma seroso en ovario izquierdo.

Juicio clínico: tumor de Leydig Sertoli bilateral.

Diagnóstico diferencial:

- Síndrome ovario poliquístico
- Hirsutismo Idiopático o hiperandrogenismo idiopático
- Hiperplasia adrenal
- Tumores secretores de andrógenos
- Yatrogénico
- Otras causas

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): es importante realizar una anamnesis y exploración física detalladas para poder diferenciar la etiología de hirsutismo en mujeres, sobre todo para diferenciar patología benigna de posible patología con riesgo vital

- La exhaustividad en la búsqueda de la causa del hirsutismo debe ser mayor en las mujeres con evidencias de masculinización más intensas y con comienzo brusco.

Es importante realizar un examen pélvico y abdominal completo debido a que la mitad de los tumores secretores de andrógenos ováricos y adrenales son palpables

Palabras clave: hirsutismo, atención primaria, tumores ováricos.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Crisis de gota que acaba en transplante renal

Parejo Maestre N, Lara Iglesias E, Catalán Sánchez M

MIR 4º año de MFyC. CS Ribera del Muelle. Cádiz

Ámbito del caso: centro de atención primaria

Motivo de consulta: podagra.

Historia Clínica: varón de 32 años que acude a nuestra consulta en centro de salud de atención primaria por presentar hace un mes monoartritis en primera MTF derecha. Mejoría en pocos días con antiinflamatorios.

Exploración física: monoartritis en primera MTF derecha. Tensión Arterial 138/80, peso 82.7, altura 177cm. IMC 26,4. FC 60.

Antecedentes personales:

• No alergias medicamentosas

• AF: madre asma, adenocarcinoma colon, taquicardia supraventricular paroxística; padre hipertenso y adenocarcinoma de próstata.

• Sin AP de interés.

• Medicación actual: no

• Hábitos: consumo de 4 unidades de alcohol al día y 10 cigarrilos al día.

Pruebas complementarias: solicitamos analítica con hemograma, bioquímica, VSG y PCR para confirmación de diagnóstico y descartar etiología subyacente:

• Hemograma y VSG normal. Creatinina 5.95, Ácido úrico 9.7. Resto normal.

Se deriva a urgencias de hospital para valoración donde repiten analítica (Creatinina 6.4, Urea 134, resto normal), se realiza ecografía renal (riñones de pequeño tamaño y atróficos compatible con Insuficiencia Renal Crónica) y se contacta con nefrologo de guardia que cita en consulta para estudio.

Nefrología: inician tratamiento con diálisis peritoneal, enalapril 10, Simvastatina 20, Sevelamero 2.4 y Poliestireno Sulfonato Cálcico 1 medida.

Un año después es intervenido para trasplante renal de cadáver, tras el cual se observó buena evolución.

Actualmente se encuentra reincorporado a sus actividades habituales (incluidas las laborales), estando en tratamiento con ácido micofenolico, prednisona, AAS, Advagraf, amlodipino, atorvastatina, doxazosina y calcifediol.

Juicio clínico: Insuficiencia Renal Crónica Criptogénica.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): el médico de atención primaria ante un episodio compatible con gota debe excluir causas menos frecuentes pero potencialmente graves para la valoración de estos pacientes (como enfermedades reumáticas, hematológicas, oncológicas y renales).

Palabras clave: podagra, hiperuricemia, enfermedad renal crónica, transplante renal, atención primaria.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Diagnóstico diferencial de adenopatías inguinales

Llimona Perea I[1], Moreno Rubiales A[1], Bejarano Benítez M[2]

[1] MIR 1er año de MFyC. CS Ronda Histórica. Sevilla
[2] MIR 1er año de MFyC. CS El Alamillo. Sevilla

Ámbito del caso: mixto; la mayor parte en atención primaria, pero también en atención especializada. Caso multidisciplinar.

Motivo de consulta: adenopatías inguinales dolorosas y síndrome constitucional.

Historia Clínica:

- Antecedentes personales: varón de 38 años, casado sin hijos, no alergias medicamentosas, fumador de 20 cigarrillos/día sin otros factores de riesgo cardiovascular, sin antecedentes de intervenciones quirúrgicas, no enfermedades previas ni tratamiento habitual.

- Anamnesis: acude presentar adenopatías inguinales dolorosas acompañadas de fiebre, astenia y una pérdida de peso de 20Kg. Es importante destacar que el paciente ya había presentado pérdidas de peso importante en varias ocasiones años atrás.

- Exploración: peso 66.5Kg (anteriormente: 82Kg), coloración pardusca, regular estado general. Pequeñas adenopatías cervicales, adenopatías inguinales derechas de hasta 2cm. Resto de exploración sin hallazgos.

- Pruebas complementarias: en atención primaria se realiza analítica completa con serología y radiografía de tórax con resultado normal. Se deriva a medicina interna donde se realizan TAC, PAAF, biopsia y PET, con los siguientes resultados:

TAC- aumento de tamaño de adenopatías a nivel inguinal y retroperitoneal compatibles con patología linfoproliferativa.

PAAF- Proliferación linfoide monomorfa.

BIOPSIA: LNH (Linfoma no Hodgkin) Folicular.

PET: LNH Folicular grado IIB.

- Juicio clínico: Linfoma no Hodgkin Folicular (C82.9 según la CIE-10).

- Diagnóstico diferencial: enfermedades infecciosas, otras enfermedades hematológicas, enfermedades autoinmunes, tumores malignos y fármacos.

- Tratamiento: quimioterapia RCHOP.

- Evolución: el paciente se encuentra en tratamiento actualmente.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): este caso nos deja apreciar la importancia del conocimiento por parte del médico de familia de los signos de alarma ante un paciente con adenopatías, así como realizar una correcta anamnesis y exploración.

Palabras clave: pérdida de peso, linfadenitis, linfoma no Hodgkin.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Fiebre de origen desconocido de más de 72 horas de evolución

Rosua Urbano H[1], Castro Serrano MªJ[1], Rubio García A[2]

[1] MIR 3er año de MFyC. CS Miraflores de los Angeles. Málaga
[2] MIR 4º año de MFyC. CS Miraflores de los Angeles. Málaga

Ámbito del caso: área de observación urgencias. Hospital de tercer nivel.

Motivo de consulta: fiebre de 6 días de evolución, hasta 39ºC, con buena respuesta a antitérmicos, con mialgias, sudoración profusa y nauseas sin vómitos. Consulta por aparición de crisis de disnea súbita nocturna.

Historia Clínica:

Antecedentes personales: sin alergias, hábitos tóxicos ni factores RCV. Mola hidatiforme. Cesárea, apendicectomía.

Anamnesis: mujer, 40 años, con fiebre de hasta 39ºC, de 6 días de evolución. La fiebre cede con antitérmicos (paracetamol o metamizol). Acompañado de nauseas sin vómitos. No tos, expectoración o clínica miccional. Consulta al aparecer crisis de disnea súbita.

Exploración: hipotensa 82/50, FC 110 Tº 38 SAT 100. Afectación estado general, bien hidratada y perfundida. No ingurgitación yugular. Auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen blando y depresible, doloroso al palpar epigastrio. Murphy (+), blumberg (-). Peristaltismo conservado. Puñopercusion renal bilateral negativa. Extremidades y exploración neurológica normal.

Pruebas complementarias:

Sedimento: leucocitos 2+, nitritos -, hemoglobina 2+.

AS: Hb 8.8, Hto 26.5, plaquetas 239000, leucocitos 10150, neutrófilos 9100, glucosa 122, creatinina 1.2, Iones normales, PCR 390, coagulación normal, Dímero D 3000. Perfil hepático normal, LDH 230, CK 411, FA 131, Amilasa 82.

Urocultivo: E. Coli resistente a ampicilina.

Hemocultivo: E. Coli resistente a ampicilina, Amoxi/Clav. y septrim.

Eco Abdomen. Dilatación de la vía biliar intrahepatica y colédoco.

Ecocardio y Angio TC normales.

TC abdomen: mínimo derrame pleural bilateral, mioma uterino, pielonefritis aguda, hemangiomas hepáticos.

RX de tórax y ECG sin hallazgos.

Juicio clínico: sepsis de origen desconocido.

Diagnóstico diferencial: ITU complicada. Infección respiratoria no condensante. Sepsis abdominal de origen biliar, endocarditis infecciosa con TEP secundario a émbolo séptico.

Tratamiento, planes de actuación:
1. Ceftriazona + levofloxacino.
2. Ceftriazona + tazocel.
3. Ceftriazona.

Evolución: afebril a los 3 días, alta a los 7 días de antibióticos IV, prescribiendo urocultivo y Amoxi/Clav 875.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): la clínica inespecífica y la situación basal de la paciente nos obligan a usar antibioterapia de amplio espectro. Desde atención primaria debemos insistir en el cumplimiento terapéutico para evitar recidivas.

Palabras clave: sepsis, fever, antibiotic.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Debilidad, generalizada e incapacitante, de ambos miembros inferiores

Rosua Urbano H[1], Castro Serrano MªJ[1], Rubio Garcia A[2]

[1] MIR 3er año de MFyc. CS Miraflores de los Angeles. Málaga
[2] MIR 4º año de MFyC. CS Miraflores de los Angeles. Málaga

Ámbito del caso: atención primaria. Centro de salud urbano. Urgencias.

Motivo de consulta: dolor intenso en ambos tobillos y dificultad para caminar.

Historia Clínica:

Antecedentes personales: sin alergias, no FRCV ni hábitos tóxicos.

Anamnesis: mujer 36 años, administrativa, no practica deporte de forma habitual. Al día siguiente de clase de spining refiere dolor intenso en ambos tobillos. En la segunda consulta a los 3 días dicho dolor le impide caminar.

Exploración: TA 110/68, afebril, peso 62, talla 160 cm. Consciente y colaboradora, no signos de deshidratación. Auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen blando y depresible, no doloroso a la palpación. Extremidades: a nivel de ambos tobillos tumefacción y rigidez de la musculatura. Neurológica: reflejos mantenidos, fuerza muscular en extremidades inferiores disminuida.

Pruebas complementarias:

AS: HB 13.9, plaquetas 422000, leucocitos 13850, Neutrófilos absolutos 10700, glucosa 85, urea 28, creatinina 0.73, sodio 138, potasio 4.3, cloro 104, Calcio 9.5, osmolaridad suero 283, GOT 402, GPT 116, FA 83, CK 17934, LDH 548.

Sedimeto orina: hemoglobina ++.

ECG y RX de Tórax: sin alteraciones.

RX de ambos tobillos: Aumento de densidad en partes blandas de forma difusa y sin afectación ósea.

Juicio clínico: rabdomiolisis tras ejercicio físico intenso.

Diagnóstico diferencial: contractura muscular, lumbociatalgia bilateral, miopatía inflamatoria, infección de orina, insuficiencia renal aguda.

Tratamiento: sueroterapia, paracetamol, metamizol y diazepam.

Evolución: tras la primera consulta, en la que pautamos analgésicos y relajantes musculares, vuelve a acudir al centro de salud por incapacidad para levantarse y hematuria. Después acude a urgencias donde confirman diagnóstico y es ingresada. Tras sueroterapia y normalización de función renal es dada de alta.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): la incorporación del ejercicio físico a nuestro estilo de vida forma parte de la prevención primaria para los factores de riesgo cardiovascular. Es necesario insistir en la correcta hidratación, la realización de calentamiento y la instauración progresiva de la intensidad del ejercicio.

El empeoramiento clínico de cualquier paciente nos obliga a indicarle que acuda al punto de urgencias más cercano con nuestra sospecha diagnóstica.

Los ejercicios de rehabilitación con movilizaciones pasivas y activas de la musculatura son fundamentales para evitar la atrofia muscular posthospitalización.

Palabras clave: rhabdomyolysis, hematuria, serotherapy.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Anemia crónica en paciente con cáncer colorrectal

Rosua Urbano H[1], Castro Serrano MªJ[1], Rubio Garcia A[2]

[1] MIR 3er año de MFyC. CS Miraflores de los Angeles. Málaga
[2] MIR 4º año de MFyC. CS Miraflores de los Angeles. Málaga

Ámbito del caso: atención primaria. Centro de salud urbano. Hospitall de tercer nivel.

Motivo de consulta: astenia progresiva, falta de fuerza en ambas piernas y disnea de moderados esfuerzos de 2 meses de evolución.

Historia Clínica:

Antecedentes personales: sin alergias ni hábitos tóxicos. HTA, Bronquiolitis obliterante, espolón calcáneo. Jubilado. Vive con su mujer y tiene tres hijos.

Anamnesis: varón 75 años que consulta por astenia progresiva y debilidad muscular en miembros inferiores, además de disnea a moderados esfuerzos (subir escaleras, andar rápido). Alimentación mantenida. No pérdida de peso. Sin episodios de sangrado ni de trastornos digestivos.

Exploración: peso 75 Kg. Talla 180cm. TA 120/80. Consciente, orientado y colaborador, no ingurgitación yugular ni adenopatías. Auscultación cardiopulmonar sin alteraciones. Abdomen blando y depresible no doloroso y sin signos de irritación peritoneal. Tacto rectal negativo. Extremidades y neurológicamente sin alteraciones

Pruebas complementarias:

AS (julio) Hb 8.1, Hto 26.5, VCM 72.9, plaquetas 243000, Leucocitos 6810, creatinina 1.2, HDL 42, LDL 132, colesterol total 190, Triglicéridos 129, GOT 6, GPT 20, glucosa 97.

AS (septiembre) Hb 8.9, Hto 30.2 VCM 75, plaquetas 210000, leucocitos 6190, ferritina 7, GOT 8, GPT 16, creatinina 1,2. CA19.9 de 18.9 y CEA de 1.65.

Test de sangre oculta en Heces: positivo.

TC Abdominal: malrotacion intestinal, con intestino delgado en hemiabdomen derecho y colon ascendente en posición central. Segmento a nivel de colon ascendente con pared engrosada y estrechamiento de la luz de unos 6 cm de diámetro

Colonoscopia: hemorroide interna, formación vegetante ulcerada en colon derecho sugestivo de carcinoma.

Biopsia: mucosa de intestino grueso con adenoma tubular, fragmentos de adenocarcinoma bien diferenciado ulcerado.

Juicio clínico: Cáncer de colón.

Diagnóstico diferencial: hemorroides, gastritis, anemia ferropénica y/o hemolítica.

Tratamiento: sulfato ferroso comprimidos, omeprazol. Hemicolectomia derecha mediante laparotomía y anastomosis ileocólica laterolateral.

Evolución: antes de la confirmación diagnóstica el paciente necesitó transfusión sanguínea. No complicaciones postquirúrgicas.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): abordaje multidisciplinar: atención primaria, cirugía y digestivo (PAI Cáncer de colon).

Síntoma alarma: anemia con mala respuesta terapéutica.

Importancia diagnóstico precoz del origen.

Revisión familiar: inclusión en programa de cáncer de colón.

Palabras clave: anemia, cáncer, gastrointestinal bleeding.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Doctor, no gano para Kleenex

Hernández Rodríguez D[1], Reina Martín MªM[2], Guerrero Ayala A[3]

[1] *MIR 2º año de MFyC. CS Portada Alta. Málaga*
[2] *MIR 1er año de MFyC. CS Portada Alta. Málaga*
[3] *MIR 2º año de MFyC. CS Teatinos. Málaga*

Ámbito del caso: atención primaria, atención hospitalaria (especializada).

Motivo de consulta: rinorrea continua.

Historia Clínica: varón de 51 años. Sin alergias medicamentosas conocidas. Niega hábitos tóxicos. Sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés. Acude a consulta refiriendo rinorrea acuosa continua y de aspecto transparente de un mes de evolución que no cede con taponamiento. Como dato llamativo el paciente refiere que necesita usar continuamente pañuelos de papel. Niega TCE. Refiere extracción dental en días previos. Exploración física: Buen estado general. Cabeza simétrica sin puntos dolorosos, cuello sin adenopatías. ORL: secreción acuosa por fosa nasal derecha. Auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen anodino. Exploración neurológica: Pares craneales normales. Pupilas isocóricas normorreactivas. No dismetrias ni disdiadococinesias. Sin alteraciones en la marcha. Fuerza, sensibilidad y ROTS presentes. Extremidades: No edemas, pulsos pedios presentes y simétricos. No signos de TVP.

Pruebas complementarias: TAC de cráneo: sin hallazgos significativos. TAC de senos paranasales: engrosamiento de la mucosa de senos frontales, maxilares, esfenoidales y celdillas etmoidales. Defecto óseo de unos 5 mm en techo de celdillas etmoidales derechas. Angio-TC de cráneo y troncos supraaórticos con contraste: dehiscencia ósea de lámina cribosa derecha con visualización de paso de contraste desde espacio subaracnoideo a celdillas etmoidales derechas por dos zonas, lateral y parasagital. Desviación de tabique nasal.

Diagnóstico diferencial: Rinitis alérgica, pólipo nasal hiperfuncionante, fístula de LCR.

Juicio clínico: Fístula de LCR por fosa nasal derecha.

Tratamiento: Reposo en cama en posición supina, con la cabeza elevada en promedio 30 a 45°, evitando esfuerzo físico o maniobras Valsalva. Abordaje endoscópico trasnasal con colocación de colgajo con técnica tipo underlay

Evolución: Intervenido el paciente; cede la rinorrea. Revisión en consulta externa de Neurocirugía a los 3 meses.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): como médicos de atención primaria tenemos un papel fundamental a la hora de sospechar patologías graves que se enmascaran bajo manifestaciones banales, como la rinorrea de nuestro paciente.

Palabras clave: Rhinorrhea, Cerebrospinal Fluid Rhinorrhea, Nasal Polyps.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Cuando las cosas se complican

Moreno Moreno RE[1], Cuenca del Moral R[2], Martín Bravo L[3]

[1] *Médico de familia. CS Palma-Palmilla. Málaga*

[2] *Médico de familia. CS Albarizas. Marbella (Málaga)*

[3] *Médico de familia. Consultorio Palenciana. ZBS Benamejí. Palenciana (Córdoba)*

Ámbito del caso: atención primaria.

Motivo de consulta: dolor en brazo derecho.

Historia Clínica: paciente de 69 años con AP de Diabetes mellitus tipo 2, Hepatitis B crónica, osteoporosis, trastorno ansioso-depresivo, diverticulosis. .En tratamiento con Metformina, Sertralina, Diazepam, Acido alendrónico.

La paciente acude a consulta por dolor que describe como quemante, en brazo derecho de una semana de evolución, a la exploración refiere dolor a la palpación de musculatura tricipital derecha para la que se pauta tratamiento analgésico. Acude de nuevo diez días después por persistencia del dolor y lesiones vesiculosas en cara interna del brazo y zona axilar compatibles con herpes zoster. Se inicia tratamiento con Aciclovir 800 mg/4 horas y pauta ascendente de Pregabalina. Dos semanas después la paciente acude por persistencia del dolor pese a la toma de Pregabalina 300-0-300 y pérdida de fuerza en miembro superior derecho.

Exploración: Imposibilidad para la prehensión de la mana derecha, no puede contar con los dedos. Importante atrofia de triceps y músculo braquioradial, atrofia en músculos interoseos. Hipoestesia de primer y segundo dedos. ROT: Tricipital y bicipital MSD abolidos, radial disminuido. Lesiones cutáneas ya cicatrizadas y adenopatía dolorosa, no adherida de localización axilar.

Juicio clínico: ante la evidencia de trastorno sensitivo-motor en MSD se sospecha afectación postherpética y se deriva a urgencias para estudio.

Diagnóstico: plexopatía braquial postherpética.

Evolución: la paciente es ingresada donde se mantiene el tratamiento que venía realizando y se realiza rehabilitación siendo dada de alta dos semanas después con secuelas leves de la plexopatía braquial.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia):

-Ante un dolor de características neuropáticas hay que estar alertas a la aparición de lesiones cutáneas.

-Aunque la mayor parte de las veces la secuela es una neuralgia postherpética no debemos olvidar que el virus de la varicela zoster puede producir afectaciones nerviosas más importantes.

Palabras clave: herpes simple, plexopatía, dolor neuropático.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Raquitismo hipofosfatémico familiar autosómico dominante

Palomo Rodríguez RD[1], Ortega Blanco JA[2], Carmona González P[1]

[1] *MIR 1er año de MFyC. CS Molino de la Vega. Huelva*

[2] *Médico de Familia. CS Molino de la Vega. Huelva*

Ámbito del caso: atención primaria.

Motivo de consulta: mujer, 44 años, que acude en numerosas ocasiones por dolores generalizados, (principalmente en miembros superiores e inferiores), astenia y pérdida de peso sin causa concreta.

Historia Clínica: alergia al acido-acetil-salicilico. Fumadora. Hipotiroidismo. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Hernia de hiato. Polipectomia.

En 2007 acude por dolor en piernas, pie y espalda, catalogados como dolor muscular.

En 2008, omalgia izquierda desde hace meses, diagnosticándose como hombro doloroso.

En 2009, dolor costal compatible con dolor mecánico; coxalgia izquierda desde hace años sin ceder con tratamiento conservador y compatible con bursitis. Se realiza infiltración, sin mejoría.

Meses después, persisten dolores generalizados, y añade astenia, por lo que se realiza RMN (observándose fractura de estrés en cuello femoral) y analítica (anemia ferropénica y fosfatasa alcalina elevada (189)). Se indica control analítico.

Examen fisico: buen estado general, consciente, orientada, colaboradora, bien hidratada y perfundida. Auscultación cardiorrespiratoria: roncus aislados. Dolor a palpación en cadera izquierda con movimientos de abducción-aducción algo limitados pero conservados. No signos de inflamación articular. Resto de exploración, normal.

Pruebas complementarias: tras hallazgo de fosfatasa alcalina elevada en analíticas previas, se realiza control, incluyendo calcio: Calcio 8.4 (8.6-10.2), fosfatasa alcalina 220 (35-104). Resto normal.

Ante los datos, se estudia PTH con nueva analítica: 97.41 (15-65).

Por sospecha de hiperparatiroidismo se deriva a endocrinología, donde la hipofosfatemia en analítica realizada (no solicitada en centro de salud) junto con antecedentes familiares de hermana con raquitismo (dato hasta el momento no recogido), conlleva a solicitar estudio genético de hipofosfatemia ligada al cromosoma X (gen FGF23) en sangre con resultado positivo. Se diagnostica de raquitismo hipofosfatémico familiar autosómico dominante.

Tratamiento: parches de fentanilo 100 mcg cada 72 horas. Sevredol 10 mg, cada 4 horas. Indometacina 25 mg al día. Calcitriol 500 ng cada 12 horas. Omeprazol 20 mg cada 12 horas.

Evolución: Actualmente, presenta mejoría clínica con molestias ocasionales y estabilidad metabólica. En seguimiento por endocrinología.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): aunque para diagnosticar el caso se precisan estudios genéticos no accesibles en atención primaria, para orientarlo es fundamental una buena historia con antecedentes familiares y petición de parámetros mínimos como calcio, PTH, fosforo…

Palabras clave: raquitismo hipofosfatémico familiar.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Tos ferina en el lactante, importancia del diagnóstico precoz

Martínez Vera MªJ[1], Moreno Fontiveros MªA[2], Serrano Rodríguez L[3]

[1] *Médico de Familia. Consultorio Casariche. Sevilla*
[2] *Médico de Familia. Centro de Salud Estepa. Málaga*
[3] *MIR de MFyC. Hospital de la Merced Osuna. Sevilla*

Ámbito del caso: urgencias.

Motivo de consulta: paciente de 3 meses con cuadro catarral, tos y pausas de apnea.

Historia Clínica: paciente de 3 meses, cuadro catarral con crisis de tos en salvas con rubefacción facial, en alguna ocasión cianosis labial. No estridor respiratorio. Exploración normal. Durante la estancia en Servicio de Urgencias, presenta crisis de tos intensa, cianosante de 15 minutos de duración precisando oxigenoterapia. Al ceder leve hipotonía durante 20 minutos y realiza crisis de apnea de aproximadamente 5 minutos que requiere reanimación con ventilación mecánica manual. Se decide ingreso hospitalario. Exploración anodina, auscultación respiratoria sin hallazgos patológicos. Analítica anodina. PCR Bordetella pertussis positiva.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): la introducción en el calendario vacunal español (1965) de la vacuna de la tos ferina ha conseguido una importante reducción de su incidencia y mortalidad, aunque se observa un ligero aumento en los últimos 3 años. La tosferina es una infección bacteriana, del tracto respiratorio, de declaración obligatoria. El comienzo de la enfermedad es insidioso, indistinguible de otras infecciones respiratorias leves (fase catarral). En adultos suele aparecer posteriormente tos irritativa que en dos semanas evoluciona a paroxística provocando el vómito, y en ocasiones estridor. El paciente menor de un año, especialmente menores de 6 meses, suele presentar espasmos acompañados de crisis de apnea, sin estridor. Actualmente los lactantes en edades previas a la administración de la serie primaria de vacunación son los más afectados por la enfermedad y en ellos se observan los casos más graves y con mayor letalidad. Dada la importancia del diagnostico precoz, tanto para el paciente como para impedir la diseminación de la enfermedad, la Red Nacional de Vigilancia epidemiologia crea el Protocolo de Vigilancia y Alerta de la Tosferina que indica que debemos pensar en este diagnóstico en cualquier paciente menor de un año con episodios de apnea. Para su diagnostico es necesario el aislamiento de Bordetella Pertussis o detección del ácido nucleico del germen, o respuesta de anticuerpos específicos. Ante la sospecha se recomienda el aislamiento respiratorio, antibioterapia, búsqueda activa de contactos y medidas de control de éstos

Palabras clave: lactante, tos paroxistica, estridor inspiratorio, apnea, diagnostico precoz, antibioterápia, busqueda de contactos.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Dolor torácico en mujer joven

Pérez Cervantes RMª

Médico de Familia. CS Valdepeñas 2. Ciudad Real

Ámbito del caso: durante la consulta de medicina familiar en atención primaria acude una mujer de 45 años que solicita ser atendida de urgencias.

Motivo de consulta: dolor centrotorácico.

Historia Clínica: antecedentes personales de asma estacional, apendicectomizada, intervenida de hernia inguinal, fumadora de 5 cigarrillos diarios.

Refiere dolor centrotorácico punzante, sin irradiación, de 4 horas de evolución sin sintomatología vasovagal. Refiere situación estresante emocional previa por discusión familiar.

Exploración física tensión arterial 150/85, frecuencia cardíaca 107, saturación O_2 98%, eupneica, normocoloreada, auscultación cardiopulmonar normal.

Electrocardiograma con ritmo sinusal, ligera elevación de st (0.5 mm) en cara anterolateral y lateral alta.

Es trasladada a urgencias hospitalarias con resultado de analítica ojetivándose elevación de biomarcadores troponina I y CPK.

Se realiza coronariografía con arterias coronarias angiográficamente normales.

Ecocardiograma aquinesia de todos los segmentos apicales con hipercontractilidad de los segmentos asales, FEVI severamente deprimida 25%.

Es diagnosticada de síndrome de tako-tsubo y tratada con bisoprolol y ramipril con posterior normalización de la FEVI.

Conclusiones (y aportación para el Médico de **Familia)**: el dolor torácico en atención primaria supone un desafío clínico importante. Existe una causa cardíaca en el 20% de los pacientes que acuden por este motivo.

Debemos incluir en el diagnostico diferencial del dolor torácico la miocardiopatía por estres a pesar de ser una persona joven, eumenorreica y con ligeras alteraciones en el electrocardiograma.

Palabras clave: chest pain, cardiomyopathy takotsubo, apical balloning syndrome.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Epigastralgia aguda y coluria como síntomas de Hepatitis B aguda

López Ríos CM[a1], Ubiña Carbonero A[2], Serrano Guerra FJ[3]

[1] MIR 4º año de MFyC. CS Victoria. Distrito Sanitario Málaga-Guadalhorce
[2] MIR 3er año de MFyC. CS Victoria. Distrito Sanitario Málaga-Guadalhorce
[3] Médico de Familia. CS Victoria. Distrito Sanitario Málaga-Guadalhorce

Ámbito del caso: atención primaria.

Motivo de consulta: acude a nuestra consulta de AP por epigastralgia de siete días de evolución acompañada de malestar general y astenia, náuseas sin vómitos, no diarrea ni fiebre. Además refiere orinas más oscuras de lo habitual.

Historia Clínica:

Antecedentes personales: mujer 37 años. Alergia a penicilinas. No antecedentes médico quirúrgicos de interés.

Exploración: auscultación cardio-pulmonar anodina. Abdomen anodino salvo hepatomegalia de dos traveses. No edemas en miembros inferiores. Solicito analítica de sangre con serología para virus.

Pruebas complementarias: analítica: hemograma y coagulación normal. Bioquímica con bilirrubina total en 4.84, directa 3.89, GOT 1386, GPT 1149, FA 148. VHA negativo, VHB Agc positivo, VHB Ags positivo.

Diagnóstico: hepatitis aguda por VHB.

Evolución: se cita a la paciente y se historia sobre contactos de riesgo. Es soltera, natural de rusia, vive en España desde 2012. Es administrativa. Vida sexual activa, sexo oral hace un mes con un desconocido y tatuaje de cejas hace dos meses. Comparte piso con una anciana.

Protocolo: declaramos E.D.O., realizamos encuesta epidemiológica de hepatitis B y preguntamos sobre contactos cercanos para profilaxis si precisan. Baja laboral y derivación digestivo. Pautamos reposo absoluto con dieta rica en residuos. Repetir analítica en dos meses para valorar tratamiento. Avisan desde *medicina preventiva* de la zona para estudio de contactos e inspección sanitaria de domicilio dónde se realizó el tatuaje.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): importancia de declaración de E.D.O. en atención primaria.

Aprendizaje del estudio de contactos y contacto con medicina preventiva.

Palabras clave: epigastralgia, coluria, hepatitis.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Alteración de la marcha en paciente polimedicado

Ubiña Carbonero A, López Ríos CMª, Vílchez Jaime M

MIR de MFyC. UGC Victoria. UD MFyC Málaga

Ámbito del caso: atención hospitalaria.

Motivo de consulta: alteración en la marcha.

Historia Clínica:

Antecedentes: no alergias. Ex-fumador desde hace 40 años de 5 cig/día. Dependiente para las ABVD. HTA, EPOC grado funcional II/III, fibrilación auricular permanente, cardiopatía isquémica tipo IAM en 2007, demencia senil, carcinoma prostático hace 15 años. En tratamiento con pantoprazol, Adiro, triflusal, torasemida, amiodarona, espironolactona, isosorbida, atrovent, ventolin, spiriva, lorazepam, tardyferon.

Anamnesis: varón de 85 años que acude a urgencias por alteraciones en la marcha y en la deglución de líquidos. 8 días antes consulta en relación a episodio de intoxicación por benzodiacepinas. Desde entonces refiere la hija no mejoría completa del cuadro con persistencia de inestabilidad en la marcha y agudización de la sintomatología de demencia con empeoramiento por las noches. Es derivado por su MAP para despistaje de nuevo episodio cerebro-vascular.

Exploración:

- Exploración neurológica: PICNR, no rigidez nucal, no alteraciones de pares craneales. Fuerza y sensibilidad conservadas y simétricas, marcha atáxica con mirada hacia abajo y pasos cortos. Pulsos carotídeos palpables y simétricos. ROT ++/++.

Resto de exploración anodina.

Sospecha diagnóstica: ACV vs intoxicación farmacológica.

Pruebas complementarias: analítica sangre: sin alteraciones. Analítica orina: nitritos +, leucocitos +++. BZD positivo. TC craneal: marcado aumento de tamaño del sistema ventricular, del tercer ventrículo y laterales, que podría estar en relación con hidrocefalia crónica del adulto; hipoatenuación de la sustancia blanca periventricular; surcos marcados a lo largo de la convexidad, en relación con atrofia cortical.

Evolución: se contacta con neurología para valoración de los hallazgos encontrados, determinando cita con consulta de memoria para estudio del paciente.

Plan: se da de alta con diagnóstico de intoxicación por BZD y bacteriuria asintomática al paciente con citas para consultas de neurología y neurocirugía. Se recomienda hidratación abundante y se inicia tratamiento con amoxicilina-clavulánico para la bacteriuria.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): valorar la prescripción de benzodiacepinas en paciente anciano.

Palabras clave: ataxia, paciente polimedicado, demencia.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Inestabilidad en la marcha y hemiparesia en MMII en paciente joven

Ubiña Carbonero A, López Ríos CMª, Vílchez Jaime M

MIR de MFyC. UGC Victoria. UD MFyC Málaga

Ámbito del caso: atención hospitalaria.

Motivo de consulta: dificultad para andar.

Historia Clínica:

Antecedentes: sin alergias. No patología previa de interés. No tratamiento habitual.

Anamnesis: varón de 24 años que acude a urgencias por cuadro de debilidad en MMII con inestabilidad en la marcha de 2 días de evolución. Dificultad reciente añadida para mover los dedos de los pies. Cefalea de predominio frontal izquierda asociada. No fiebre ni vómitos. No alteraciones visuales ni del nivel de consciencia ni dificultad en el habla. Episodio 10 días antes de perforación timpánica que necesitó antibioterapia.

Exploración:

Expl. neurológica: Glasgow 15/15, PICNR, no rigidez nucal, no alteraciones en pares craneales. No dismetrías. Disminución de fuerza en ambos MMII con parestesias. MMSS con fuerza y sensibilidad conservadas y simétricas. Reflejos rotuliano y aquíleo abolidos. Romberg positivo. Marcha inestable con aumento de la base de sustentación. No alteraciones en lenguaje. Pulsos carotídeos palpables y simétricos.

Resto de exploración anodina.

Pruebas complementarias: analítica y Rx tórax: sin hallazgos patológicos. TC de cráneo sin contraste: estudio sin alteraciones.

Juicio clínico: neuropatía periférica ascendente a descartar síndrome de Guillain-Barré.

Evolución: se contacta con Neurología para valoración por su parte, que decide ingreso en planta para completar estudio con EMG y ENG y comienzo de tratamiento empírico con gammaglobulina. Durante su ingreso se confirma el diagnóstico de síndrome de Guillain-Barré.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): despistaje de patología desmielinizante en paciente joven con sintomatología neurológica subaguda.

Palabras clave: inestabilidad marcha, paresia miembros inferiores, Guillain-Barré.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Neumonía por manipulación dentaria

Jiménez Lozano MªL[1], Arévalo López P[2], Restoy Bernabé AA[2]

[1] *Médico de Familia. Dispositivo de apoyo. Aguadulce (Almeria)*
[2] *Médico de Familia. HAR El Toyo. Almeria*

Ámbito del caso: hospitalario.

Motivo de consulta: fiebre de 48 horas de evolución, expectoración escasa con pequeñas zonas hemoptoicas.

Historia Clínica:

- Antecedentes personales: hipertensión arterial, EPOC tipo enfisematoso, exfumador desde hace 15 años, intervenido de hernia hiatal en 2010, infiltrado alveolar en lingula en Enero de 2010.

- Anamnesis: fiebre de 48 horas de evolución.

- Exploración física: excelente estado general, eupneico, saturación de oxigeno 91%, taquicárdico sin soplos, murmullo vesicular disminuido sin ruidos sobreañadidos, no edemas en miembros inferiores.

- Pruebas complementarias: radiografía de tórax: enfisema con bullas en lóbulo superior derecho similar a las previas, infiltrado tenue de pequeño tamaño en lóbulo superior izquierdo.

- No procede enfoque familiar.

- Juicio clínico: enfisema pulmonar, síndrome febril, infiltrado neumónico en lóbulo superior izquierdo.

- Diagnóstico diferencial: neumonía adquirida en la comunidad, tuberculosis, enfermedad pulmonar neoplásica, atelectasia, neumonia eosinofílica.

- Identificación de problemas: paciente EPOC tipo enfisema, hernia hiatal con reflujo patológico grave en 2010 que dificultó la resolución de la neumonía anterior y precisó intervención quirúrgica. Manipulación dental previa a las dos neumonías.

- Tratamiento: Amoxicilina 1 gramo/ ácido clavulánico, Azitromicina 500 mg y Paracetamol 1 gramo.

- Plan de actuación: se solicita cultivo de esputo y control radiográfico en unos días.

- Evolución: reaparición del síndrome febril tras mejoría transitoria 4 días después de comenzar el tratamiento con antibiótico vía oral. Se decide ingreso hospitalario. Se le realiza analítica (normal con PCR 5), hemocultivo negativo, Radiografía de tórax y TAC torácico (ligero derrame pleural izquierdo, imagen en lóbulo superior izquierdo compatible con neumonía sobre cambios compatibles con enfisema bulloso). Se comienza con antibiótico empírico intravenoso: Levofloxacino, Cefepime y Clindamicina. El paciente evoluciona favorablemente y se mantiene afebril durante su ingreso por lo que se decide alta hospitalaria con tratamiento antibiótico domiciliario (clindamicina 300 mg, Moxifloxacino 400 mg y ultralevura antes de cada comida).

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): la etiología de esta neumonía y la ocurrida en el año 2010 fue provocadas por manipulaciones dentarias previas.

La aportación para el médico de familia es que es muy importante una historia clínica detallada para poder establecer la correlación entre causa-efecto (manipulación dental y neumonía).

Palabras clave: neumonía, manipulación dental, reflujo.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Tumoración cervical enmascarada por una infección bucal

Vida Pérez M[1], Muñoz Díaz B[2], Escuder Egea R[3]

[1] *MIR 4º año de MFyC. UGC Lucano. Córdoba*
[2] *MIR 3er año de MFyC. UGC Lucano. Córdoba*
[3] *MIR 1er año de MFyC. UGC Lucano. Córdoba*

Ámbito del caso: atención primaria.

Motivo de consulta: tumoración cervical.

Historia Clínica: paciente de 28 años que consulta por aparición de una tumoración cervical dolorosa coincidente con una infección dentaria que precisó tratamiento antibiótico. Diagnosticada de trastorno de ansiedad generalizada. Ex fumadora de 10 cigarros al día desde hace dos años. No sigue ningún tratamiento actual. Se palpa tumoración cervical lateral derecha, móvil e indurada de 2 cm de diámetro, que inicialmente se consideró como adenopatía secundaria a infección odontológica. Al mes y medio, acude nuevamente a consulta por persistir la lesión, por lo que se decide solicitar analítica, con serología, reactantes de fase aguda y hormonas tiroideas, sin detectar alteración. Un mes después acude a consulta por persistencia de la tumoración, sin presentar síntomas ni lesiones bucales. Se solicita ecografía cervical en la que se aprecia quiste complejo de 3 cm de diámetro sospechoso de adenopatía metastásica de carcinoma papilar tiroideo. En punción aspiración con Aguja Fina (PAAF) se objetiva proliferación papilar quistificada. Es derivada a endocrinología donde realizan TAC cervical, en el que se observa lesión nodular ovoidea en tiroides con una adenopatía paracervical derecha. Se propone intervención quirúrgica con tiroidectomía total más vaciamiento ganglionar junto con terapia ablativa con yodo.

-Juicio Clínico: carcinoma papilar de tiroides estadio I con metástasis ganglionar. Hipotiroidismo postcirugía.

-Diagnóstico diferencial: adenopatía secundaria a infección bacteriana odontogénica, enfermedad hematológica tipo linfoma, metástasis, enfermedades autoinmunes (sarcoidosis, amioloidosis).

-Tratamiento: tiroidectomía total con vaciamiento ganglionar, yodo radiactivo con terapia hormonal sustitutiva con tiroxina posterior.

-Evolución: la paciente ha permanecido asintomática durante 5 años de tratamiento permaneciendo actualmente en tratamiento con hormona tiroidea y en seguimiento en consultas externas de endocrinología con determinaciones periódicas de TSH, tiroxina, Tiroglobulina y anticuerpos antitiroideos.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): la aparición de adenopatías cervicales tiene diversas etiologías, entre ellas, la infección odontogénica y las enfermedades malignas. El carcinoma papilar de tiroides es el más frecuente. Tiene su máxima incidencia en la 4ª década aunque se observa en edades juveniles e infancia. Es tres veces más frecuente en mujeres.

Palabras clave: tumoración, infección bucal, carcinoma.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Síndrome de Takotsubo

Arévalo López P[1], Restoy Bernabé AA[1], Jiménez Lozano MªL[2]

[1] *Médico de Urgencias. HAR El Toyo. Almería*
[2] *Médico de Familia. CS Aguadulce (Almería)*

Ámbito del caso: urgencias hospitalarias.

Motivo de consulta: paciente de 91 años que acude por dolor centrotorácico opresivo de 20 minutos de duración, irradiado hacia mandíbula con cortejo vegetativo no relacionado con el esfuerzo.

Historia Clínica:

- Antecedentes personales: hipertensión arterial, deterioro cognitivo leve, poliartrosis, colecistectomía.

- Anamnesis: dolor centrotorácico opresivo de 20 minutos de duración, irradiado hacia mandíbula con cortejo vegetativo no relacionado con el esfuerzo.

- Exploración física: tensión arterial 148/86, frecuencia cardiaca 95 latidos por minuto, saturación de oxígeno 96%, afebril, consciente y orientada, buen estado general, eupneica, tolera decúbito, tonos rítmicos no soplos, murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos, abdomen anodino, no edemas en miembros inferiores.

- Pruebas complementarias: electrocardiograma se observa elevación del segmento ST en precordiales, analítica con marcadores cardiacos dentro de la normalidad y radiografía de tórax sin hallazgos patológicos.

- Enfoque familiar: paciente hiperfrecuentadora con familiares desbordados por la situación de múltiples consultas y demandas de la paciente.

- Juicio clínico: síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST (SCACEST).

- Diagnóstico diferencial: SCACEST, Angina vasoespástica, pericarditis.

- Identificación de problemas: hiperfrecuentación de la paciente por múltiples motivos, elevada edad de la paciente.

- Tratamiento: triple antiagregación (clopidogrel, enoxaparina y ácido acetilsalicílico), perfusión de nitroglicerina.

- Plan de actuación: ingreso en cardiología y estudio por hemodinamista.

- Evolución: la paciente queda asintomática tras perfusión con nitroglicerina. Se realiza coronariografía sin encontrar hallazgos patológicos. Ecocardiografía: se aprecia una disfunción ventricular transitoria.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): conocer que existe una entidad que provoca una clínica similar a un síndrome coronario agudo, por eso es importante una actualización continua del médico de familia.

Palabras clave: dolor torácico, síndrome de Takotsubo, disfunción transitoria ventricular.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Paciente joven con obesidad y edemas

Cabrera Bonilla A[1], Castellano Alvarez MªC[2], Moreno Fontiveros MªA[3]

[1] *Médico de Familia. CS El Saucejo. Sevilla*

[2] *Médico de Familia. CS Virgen del Valle. Écija (Sevilla)*

[3] *Médico de Familia. CS de Estepa (Sevilla)*

Ámbito del caso: atención primaria y especializada (medicina interna/endocrinología).

Motivo de consulta: paciente de 27 años que acude a consulta de su médico por redondeamiento de la cara y estrías.

Historia Clínica:

Antecedentes personales: no alergias. No hipertensión. Fumador 1paquete/día. Escoliosis. No tratamiento habitual.

Anamnesis: en el último año presenta progresivamente redondeamiento facial, estrías rojovinosas en abdomen y muslos, dificultad para cicatrizar heridas, debilidad muscular, dolores óseos, astenia y edemas maleolares. Aumento de: fragilidad capilar, tensión arterial y peso (+11kg).

Exploración: peso 70,7kg. Talla 1,64m. TA 157/101mmHg. Cara de luna llena, estrías rojovinosas en flancos y muslos. Exploración física normal.

Pruebas complementarias: hemograma, coagulación y bioquímica normales salvo cortisol basal 28,2ugr/dL, aclaramiento creatinina 153ml/min. Radiografía tórax normal.

Se deriva a medicina interna. Solicitan: cortisol basal 33ugr/dL, ACTH basal 92pgr/dL, cortisol libre urinario 8823nmol/24h. Cortisol salival elevado.

Prueba de supresión dexametasona (8mg): reducción<50% (sugiere producción ectópica de ACTH).

TAC tórax-abdomen: engrosamiento pared bronquial lóbulo medio pulmón derecho (LMPD). Quiste cortical renal izquierdo. Nefrolitiasis izquierda.

RNM hipofisaria normal.

Densitometría: osteopenia (cadera) y osteoporosis (columna lumbar).

Se deriva a endocrinología con diagnóstico de hipercortisolismo con producción ectópica de ACTH (a filiar origen).

Cateterismo selectivo de senos petrosos: sin gradiente central periférico.

Inician tratamiento con Ketoconazol, Losartan, Carbonato cálcico, Hidroferol, Becozyme C Forte y Espironolactona 100 mg/24 h.

Nuevos TAC toraco-abdominal y RNM hipofisaria: normales.

Gammagrafía de cuerpo entero de receptores de somatostatina (Octreoscan): foco patológico en LMPD (compatible con sospecha de tumor productor de ACTH).

Fibrobroncoscopia con biopsia transbronquial derecha no detecta lesión pulmonar, obligando a realizar lobectomía media del pulmón derecho, extirpando lesión intraparenquimatosa.

Juicio clínico: tumor carcinoide productor de ACTH en LMPD que ocasiona Síndrome de Cushing (Sd.Cushing).

Diagnóstico diferencial: adenoma hipofisario, tumor de suprarrenales, uso crónico de glucorticoides.

Tratamiento, planes de actuación: tratamiento actual: hidrocortisona 10mg/día, calcio carbonato 1250mgr/12h y Calcifediol 266ugr/semanal.

Evolución: tras lobectomía, normaliza cifras de cortisol y desaparición progresiva de estigmas de Sd.Cushing. Actualmente asintomático en revisiones por endocrinologia.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): la expresión clínica variable del Sd.Cushing obliga a emplear diferentes pruebas analíticas y de imagen, pero la historia clínica sigue desempeñando un papel fundamental para orientar la sospecha clínica.

Palabras clave: cortisol, cuching syndrome, ectopic ACTH syndrome.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

No toda dismenorrea es funcional

Moreno Fontiveros MªA[1], Cabrera Bonilla A[2], Castellano Alvarez MªC[3]

[1] *Médico de familia. CS Estepa (Sevilla)*

[2] *Médico de Familia. CS Saucejo. AGS Osuna (Sevilla)*

[3] *Médico de Familia. CS Virgen del Valle. Écija. AGS Osuna (Sevilla)*

Ámbito del caso: atención primaria.

Motivo de consulta: paciente de 14 años que acude a la consulta de atención primaria por dismenorrea intensa con mala respuesta a tratamiento con antinflamatorio limitando su vida diaria.

Historia Clínica: paciente de 14 años que acude a la consulta de atención primaria en dos ocasiones por dismenorrea, acompañada de nauseas y vómitos. Comienza a raíz de la menarquía a los 9 años. El dolor se ha ido intensificando a lo largo de los últimos 6 meses, con mala respuesta a antiinflamatorios, llegando a limitar su vida diaria. FM 5/28-30. Exploración no concluyente. Ante la sospecha de dismenorrea secundaria, se deriva a servicio de ginecología. Ecografía transrectal: útero doble independiente que desemboca a vagina única y quiste anexial derecho. Ausencia riñón izquierdo. RMN y TAC no aportan información añadida al cuadro. Juicio Clínico: útero doble. Dado la clínica y estudio ecográfico se decide intervenir quirúrgicamente mediante laparoscopia (histerectomía útero rudimentario derecho y anexectomia derecha) y dar análogos de la GNRH mensual, para paliar sintomatología dolorosa hasta la intervención. Tras el posoperatorio, la paciente se mantiene asintomática.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): la principal causa de absentismo escolar y laboral en mujeres jóvenes es la dismenorrea, siendo la patología ginecológica más frecuente en la mujer en edad reproductiva. Desde atención primaria tenemos que distinguir entre dismenorrea primaria (más frecuente, no causa orgánica demostrable, asociada a ciclos ovulatorios, con buena respuesta a tratamiento hormonal y AINES) y dismenorrea secundaria. La dismenorrea secundaria se caracteriza por tener causa orgánica, su comienzo es más tardío (salvo malformaciones genitales), empeora progresivamente y no mejora con tratamiento adecuado. Las causas más frecuentes son endometriosis y enfermedad inflamatoria pélvica (se acompaña de fiebre). Ante la sospecha de dismenorrea secundaria debemos derivar a servicio de ginecología. En este caso, disponer de ecografo en nuestras consultas de atención primaria habría sido de gran utilidad para lograr una atención más eficiente de la paciente.

Palabras clave: dysmenorrhea, dolor menstrual, menstrual disorders.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Síndrome nefrótico impuro en el contexto de púrpura anafilactoide

Castellano Alvarez MªC[1], Moreno Fontiveros MªA[2], Cabrera Bonilla A[3]

[1] *Médico de Familia. CS Virgen del Valle. Ecija (Sevilla)*

[2] *Médico de Familia. CS Estepa (Sevilla)*

[3] *Médico de Familia. CS El Saucejo (Sevilla)*

Ámbito del caso: urgencias atención primaria, atención especializada (nefrología pediátrica).

Motivo de consulta: niña de 6 años (valorada en urgencias de atención primaria por médico de familia) que presenta exantema purpúrico generalizado predominante en glúteos y miembros inferiores. Tensión arterial 140/95, tira reactiva proteinuria (++++) hematuria (++++) motivo por el que es derivada a centro hospitalario rural de referencia.

Historia Clínica:

Antecedentes personales: padre y madre sanos. No alergias conocidas. Correctamente inmunizada.

Anamnesis: en las últimas 24h aparición de exantema purpúrico, hipertensión, proteinuria y hematuria por lo que ingresa; recibe tratamiento con Prednisona (2mg/kg/día) y Enalapril persistiendo proteinuria en rango nefrótico e hipoalbuminemia (2,4mg/dl) así como cifras elevadas de tensión arterial para su edad (140/80). Tras evolución tórpida se traslada a la unidad de nefrología pediátrica para estudio y realización de biopsia renal.

Exploracion: buen estado general, exantema purpúrico generalizado de predominio en glúteos y miembros inferiores, edemas en dorso de las manos.

Resto de la exploración sin hallazgos patológicos significativos.

Pruebas complementarias:

Hemograma: hemoglobina 11.1 g/dl. Leucocitos 28.900(Neutrófilos 76%). Plaquetas 611.000

Bioquímica: glucosa 84mg/dl. Urea 42mg/dl, Creatinina 0,4mg/dl, Albumina 2.1mg/dl, Proteínas totales 4.4g/dl.

Orina: índice proteínas/creatinina:5,5(rango/nefrótico). Proteinuria y hematuria francas.Sedimento:bacteriuria escasa, cilindros granulosos;frecuentes cilindros hemáticos, céreos; hematíes dismórficos.

Aclaramiento creatinina: 92ml/min/1-73m2.

Inmunoglobulinas: (normales para su edad) IgA 216mg/dl (ligeramente aumentada).

Ecografía abdominal: Mínima ectasia de la pelvis renal derecha (4mm).

Biopsia renal: nefropatía IgA tipo mesangial.

Mínima afectación de hiperplasia mesangial.

Atrofia tubular/fibrosis intersticial del 15% necrosis tubular minima.

Juicio clínico: Síndrome nefrótico impuro en contexto de purpura anafilactoide.

Nefropatía IgA tipo mesangial

Diagnostico diferencial: vasculitis pequeños vasos (Granulomatosis Wegener, Sd.Churg-Strauss, Vasculitis urticarial hipocomplementemica).

Tratamiento: prednisona 30mg/día (pauta descendente y mantener a 1mg/kg/día 6 meses). Enalapril 2.5mg/mañana y 5mg/noche. Omeprazol 20mg/día.

Evolución: satisfactoria. Actualmente mantiene tratamiento con enalapril con cifras tensionales y función renal normales seguimiento en atención primaria y nefrología.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): nefritis de Schonlein Henoch la afectación renal se produce en el 50% de los casos. Un 5-7% evoluciona a insuficiencia renal terminal.

El médico de familia en la atención al paciente pediátrico debe conocer los criterios diagnósticos la variabilidad de las manifestaciones clínicas desde la microhematuria, proteinuria, hematuria macroscópica a glomerulonefritis rápidamente progresiva, siendo los síntomas cutáneos de precoz aparicion. Una simple tira de orina, el control de TA orientan hacia el proceso evolutivo del caso.

Palabras clave: Schonlein-Henoch purpura, Inmune complexes of IgA, Nephrotic syndrome.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Psoriasis en Gotas. Diagnóstico diferencial y abordaje terapéutico

Turnes González AJ[1], Robles Pérez I[2], Sancho Zubiaur J[1]

[1] MIR 3er año de MFyC. CS Zaidin Sur. Granada

[2] MIR 2º año de MFyC. CS Salvador Caballero. Granada

Ámbito del caso: pediatría atención primaria.

Motivo de consulta: lesiones eritematodescamativas en extremidades y tronco de semanas de evolución.

Historia Clínica: paciente de 7 años y origen marroquí, sin antecedentes personales de interés. Acude a consulta acompañada por su padre por lesiones dérmicas de 2 semanas de evolución. La paciente es la tercera de cuatro hermanos y vive en Granada capital desde hace 5 años. Su padre trabaja en la construcción y no presentan problemas económicos. Se trata pues de una familia bien estructurada y sin riesgo de exclusión social integrada en su barrio. La paciente refiere presentar una lesión, eritematosa en su origen, en codo derecho que posteriormente comenzó a descamarse, extendiéndose al brazo contralateral y resto del cuerpo. Las nuevas lesiones son de menor tamaño y producen un intenso prurito que limita la vida de la paciente. El padre nos confiesa que en casa le han aplicado un remedio casero basado en una maceración de hierbas en aceite de oliva sin mejoría. Han acudido en una ocasión a urgencias donde fue diagnosticada de eccema, siendo prescritos un antihistamínico y aplicación de crema hidratante tópica sin mejoría.

A la exploración presenta una lesión eritematosa y descamativa de 3x4 cm en codo derecho y decenas de lesiones del mismo aspecto de unos 2x3 mm que respetan palmas, plantas y zonas de extensión. Dichas lesiones sangran al ser raspadas de forma superficial con un bisturí. No presenta tumefacción ni dolor articular, resto de la exploración es normal.

Comenzamos tratamiento con prednisona vía oral.

Evolución: A la semana reevaluamos a la paciente que ha empeorado, aumentando el número de lesiones. Tras revisar el tratamiento de la psoriasis en gotas cambiamos tratamiento a beclometasona vía tópica y derivamos a la paciente a Dermatología. Al mes siguiente, nos entrevistamos con la paciente cuyas lesiones han ido disminuyendo desde que comenzó tratamiento con puvaterapia.

Juicio clínico: Psoriasis en gotas vs en placas vs Ptiriasis Rosada de Gilbert.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): relevancia de los cuadros dermatológicos en la infancia, su diagnóstico y tratamiento. Importancia del estudio y actualización del médico. Abordaje integral del paciente pediátrico y realizar una historia clínica correcta.

Palabras clave: psoriasis, dermatitis, corticoides.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Iceberg de una infección dérmica

Escuder Egea R[1], Vida Pérez M[2], Muñoz Díaz B[3]

[1] MIR 1er año de MFyC. CS Lucano. Córdoba
[2] MIR 4º año de MFyC. CS Lucano. Córdoba
[3] MIR 3er año de MFyC. CS Lucano. Córdoba

Ámbito del caso: atención primaria.

Motivo de consulta: dolor abdominal en servicio de urgencias.

Historia Clínica: paciente de 15 años que acude al servicio de urgencias del hospital Reina Sofía por dolor lumbar irradiado a abdomen. Un día antes acude a consulta de atención primaria por forúnculo infectado en labio superior con manipulación de la zona que se trata con antibiótico tópico. A la exploración en urgencias presenta temperatura de 38,5ºC, punto de pus en labio superior, no disnea, abdomen doloroso en FID y zona lumbar baja izquierda. Analítica con leucocitos 23600 (82.6 Neutrófilos), PCR 142.4, FA 240 y radiografía de tórax que presenta varios nódulos inespecíficos, infiltrado en base derecha y derrame pleural derecho. Ingresa en medicina interna para estudio, realizando serologías que son negativas, ecocardiograma normal, ecografía de abdomen con varias adenopatías en FID, la mayor de 1 cm y líquido libre en pelvis, TAC con contraste de abdomen y pelvis observándose pequeña cantidad de líquido en pelvis, esplenomegalia, no adenopatías de tamaño valorable y lesiones nodulares pulmonares en los cortes de tórax sugestivas de metástasis, hemocultivo positivo a S.Aureus metilcilin sensible.

Juicio clínico: émbolos sépticos pulmonares, neumonía y derrame pleural metaneumónico secundario a bacteriemia por S.Aureus. Celulitis de labio superior.

Diagnóstico diferencial: procesos malignos (metástasis de carcinoma testicular, linfomas), infecciones (endocarditis, tuberculosis), enfermedades inmunológicas (Granulomatosis de Wegener) u otras enfermedades (Histiocitosis).

Tratamiento: Amoxicilina clavulánico durante 10 días.

Evolución: se inicia tratamiento antibiótico en planta, mejorando el estado general, disminuyendo la leucocitosis y la PCR. Al alta, PCR 36, leucocitos 11700. Seguimiento por medicina interna durante dos meses con analítica normal, radiografía de tórax con nódulo en lóbulo superior derecho en remisión y desaparición del resto de nódulos, persistiendo mínimo derrame pleural con mejoría respecto a la previa, que en última radiografía desaparece.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): las infecciones cutáneas por S.Aureus son muy prevalentes, no así las complicaciones que se derivan de ellas, como la neumonía de causa aspirativa o por embolia séptica. Lo más llamativo del caso es la rapidez de propagación del cuadro infeccioso en un paciente inmunocompetente. Reflexión: ¿Se podría haber evitado con tratamiento antibiótico oral desde un principio?

Palabras clave: adolescencia, infecciones cutáneas, atención primaria.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Penfigoide ampolloso inducido por ciprofloxacino

Sánchez Gil MJ[1], Boujida Bourakkadi T[1], Rodríguez Bayón A[2]

[1] *MIR 4º año de MFyC. CS San José. Jaén*
[2] *Médico de Familia. CS San José. Jaén*

Ámbito del caso: atención primaria. Atención especializada.

Motivo de consulta: exantema ampolloso pruriginoso.

Historia Clínica:

Antecedentes personales: DMNID, ACV, marcapasos, infecciones urinarias de repetición. NAMC.

Anamnesis: varón de 65 años que consulta por exantema ampolloso pruriginoso en tronco, axilas y genitales, respetando palmas y plantas, de varios días de evolución. Afebril. Desde hace 5 días en tratamiento con ciprofloxacino por infección del tracto urinario.

Exploración: se aprecian habones sobre base eritematosa y algunas ampollas en tronco, axila, ingles y genitales. No afectación de mucosa oral.

Pruebas complementarias: parámetros hemograma, bioquimica y coagulación sin alteraciones significativas. Estudio radiológico sin hallazgos.

Enfoque familiar y comunitario:

- Familia formada: por los cónyuges (etapa ciclo vital familiar: contracción).

- Red social: situación social normalizada, tres hijos que viven en otra ciudad.

- Test de Apgar: familia moderadamente funcional.

Juicio clínico y diagnóstico diferencial:

- Juicio Clínico: sospecha de penfigoide ampolloso secundario a ciprofloxacino.

- Diagnóstico diferencial: lupus eritematoso bulloso, pénfigo vulgar, dermatitis herpetiforme y eritema multiforme ampolloso.

Tratamiento y planes de actuación:

- Planes de actuación: dadas las características de las lesiones y la clínica del paciente se decide suspender de forma cautelar ciprofloxacino y remitir con carácter urgente al servicio de dermatología para confirmar sospecha diagnóstica. Se realiza analítica, donde destaca alteración del complemento C3a-C5a y Ac IgG circulantes, biopsia para inmunofluorescencia directa con depósito de autoanticuerpos Ig G.

- Tratamiento: corticoterapia tópica potente y oral a dosis baja.

Evolución:

- Evolución favorable de las lesiones tras dos meses de tratamiento con corticoide oral y retirada del ciprofloxacino como posible causa del cuadro.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia):

- Toda sustancia con efectos terapéuticos también es capaz de producir efectos adversos.

- Podemos reflexionar sobre la dificultad para confirmar la relación causa efecto entre la toma de ciprofloxacino y la aparición del pénfigo. y aunque las lesiones mejoran tras retirada del antibiótico, también fue tratado con corticoides que influyeron en la evolución favorable del caso.

Palabras clave: Pénfigo ampolloso. Ciprofloxacino. Toxicidad farmacológica.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Me duele la espalda, ¿qué puede ser?

Sancho Zubiaur J[1], Jiménez Jiménez SM[a2], Martínez Martínez B[3]

[1] MIR 3er año de MFyC. CS La Zubia. Granada

[2] Especialista MFyC. Adjunta CS Nuredduna Artà. Palma de Mallorca

[3] Especialista MFyC. Adjunta CS La Zubia (Granada)

Ámbito del caso: oncología, urgencias hospitalarias, atención primaria.

Motivo de consulta: varón de 44 años, con antecedentes de obesidad mórbida, de profesión camionero, que acude a urgencias en repetidas ocasiones por episodio de dorsalgia difusa.

Historia Clínica: el paciente indica molestias de 4 meses de evolución, de carácter progresivo, que no ceden a analgesia. Refiere inestabilidad a la marcha asociada a dolor transfixiante interescapular. Rehistoriando al paciente, nos indica retracción del pezón izquierdo desde hace 2 años, motivo por el que consultó en varias ocasiones a su médico de cabecera, y al que no se le dio valor inicial.

En la exploración destaca:

- E. neuro: parestesias en abdomen y en ambos MMII. Nivel medular sensitivo a nivel epigástrico. Pérdida de fuerza 4/5 MID y 2/5 MII

- E. tórax: retracción marcada del pezón izquierdo. No secreción activa. No telorragia ni signos inflamatorios. Palpación de nodulo pétreo de 4cm de diámetro retroareolar. No adenopatías.

- AngioTC torax: nódulo retroareolar mamario izquierdo de 4cm de diámetro y adenopatía axilar izquierda de 2.5cm.

Se ingresa al paciente en Medicina Interna para continuar estudio.

- RMN dorsolumbar: fractura patológica en D5, masa de partes blandas e invasión del canal medular y foco con pérdida de señal en D4-D8-D11 y cuerpo de esternón compatibles con metástasis óseas múltiples.

- Mamografía mama izquierda: Nódulo espiculado de características malignas. BIRADS 4.

- Biopsia de mama: carcinoma infiltrante mama izquierda.

Juicio clínico: compresión medular a nivel de D5 por metástasis de cáncer de mama.

Evolución: a pesar de iniciar quimioterapia, progresa la clínica neurológica hasta la paraplejia completa, produciéndose posteriormente el exitus del paciente en domicilio.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): el cáncer de mama en hombres es una entidad rara de diagnóstico usualmente tardío. En este caso, se refleja la historia natural más frecuente del cáncer de mama en varones: Diagnóstico tardío, no valorando los signos de alerta clásicos: retracción del pezón y presencia de complicaciones por diseminación metastásica.

Es importante reconocer los síntomas de alarma del cáncer de mama, especialmente en varones, que en ocasiones pueden ser sutiles y subestimados, condicionando el pronóstico de la enfermedad y retrasando actuaciones potencialmente curables.

Palabras clave: Dorsalgia. Cáncer de mama. Metástasis.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Abordaje de una paciente de 70 años con deterioro cognitivo y desorientación temporoespacial. Enfoque clínico y biopsicosocial

Boujida Bourakkadi T[1], Sánchez Gil MJ[1], Rodríguez Bayón A[2]

[1] MIR 4º año de MFyC. CS San José. Jaén

[2] Médico de Familia. CS San José. Jaén

Ámbito del caso: atención primaria y atención especializada.

Motivo de consulta: deterioro cognitivo progresivo y desorientación temporo-espacial.

Historia Clínica:

- Antecedentes personales: hipertensa, estenosis del canal medular intervenida, presbiacusia, depresión.

- Anamnesis: mujer de 70 años que consulta por desorientación temporo-espacial intermitente y deterioro cognitivo creciente, desviación de la comisura bucal autolimitada, desinterés por el medioambiente, astenia.

- Exploración: Constantes normales. Auscultación cardiorpulmonar normal. Abdomen sin hallazgos.

Exploración física y neurológica sin alteraciones.

- Pruebas complementarias:

• Minimental test: 12 puntos.

• Analítica: parámetros de hemograma, bioquímica y coagulación normales.

• TAC craneal: tumor de estripe glial, probable glioblastoma múltiple.

Enfoque familiar y comunitario:

-Familia formada: cónyuge superviviente (etapa del ciclo vital: disolución).

-Red social: situación de aislamiento social, tiene 8 hijos, seguimiento por salud mental, en programa de malos tratos (ámbito doméstico).

-Test de Apgar: disfunción familiar grave.

- Juicio Clínico: glioblastoma multiforme frontoparietal derecho.

- Diagnóstico diferencial: meningitis, encefalitis, demencia senil, Síndrome de Korsakoff, alteraciones psicosomáticas.

- Identificación de problemas: La progresión de la enfermedad empeorar el estatus socio-familiar de la paciente.

-Planes de actuación: ante los resultados del TAC se remite la paciente para valoración urgente por neurocirugía, que completan estudio con:

* RMN: gran lesión frontal derecha que desplaza y comprime asta frontal del VL dercho y desviando línea media hacia la izquierda.

* Anatomia patlógica (biopsia): Glioblastoma multiforme grado IV.

-Tratamiento:

• Quirúrgico: craneotomia frontal derecha con extirpación en su totalidad) RT y QT que rechaza la paciente.

• Farmacológico: (corticoides + manitol), furosemida.

Evolución:

-Recidiva Enero 2014, en tratamiento paliativo.

-Marzo 2014 ingreso con Neumonía.

-Mayo 2014 la paciente falleció en domicilio.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): la destreza y habilidad del médico de familia le permiten el diagnóstico precoz y la toma decisiones (incluso ante enfermedades raras), valorando el paciente en su conjunto y haciendo énfasis en la exploración minuciosa de los signos que presenta.

Palabras clave: deterioro cognitivo, desorientacion, glioblastoma.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Intervención en varón de 38 años, que presenta dos episodios de pérdida de conocimiento en el último mes. Abordaje biopsicosocial y enfoque bioético

Boujida Bourakkadi T[1], Sánchez Gil MJ[1], Mora Sosa KA[2]

[1] MIR 4º año de MFyC. CS San José. Jaén

[2] Médico de Familia. CS San José. Jaén

Ámbito del caso: atención primaria, atención especializada, comité de ética asistencial.

Motivo de consulta: sincope de repetición en el último mes, sin antecedentes de interés y pendiente de completar el estudio.

Historia Clínica: enfoque individual:

- Antecedentes personales: DMID, hernia hiato, alergia intrínseca, esteatosis hepática y trastorno de angustia.

- Anamnesis: en el último mes dos episodios de pérdida de conocimiento, sin pródromos y con recuperación espontanea, ambos mientras conducía.

- Exploración: sin hallazgos.

- Pruebas complementarias básicas sin alteraciones. Fue derivado a estudio de cardiología.

- Enfoque individual: ante la sospecha de posible etiología cardiogénica se recomienda la baja laboral temporal a la que el paciente inicialmente se niega.

Enfoque Familiar y Comunitario:

Familia formada por dos conyugues y una hija menor (etapa del ciclo vital familiar: extensión)

Red social: apenas tienen relación con amistades por el trabajo del paciente.

Tiene una situación laboral conflictiva.

-Diagnóstico: sincopes de sugerente perfil cardiogénico.

-Diagnóstico diferencial: trastorno somático, hipoglucemia, afectación neurológica, hematoma cerebral, sincope ortostático.

Tratamiento: pendiente.

Planes de actuación:

• Realizamos anamnesis minuciosa.

• Repasamos historia clínica del paciente.

• Iniciamos exploración y pruebas complementarias.

• Derivamos preferentemente a cardiología.

• Solicitamos consulta al comité de ética asistencial.

• Ofrecemos al paciente la baja laboral inmediata de forma cautelar.

• Realizamos un abordaje biopsicosocial, con estudio en profundidad acerca del entorno sociofamiliar.

Evolución:

-Cardiología: solicita cardio-RM, ergometría y Holter, indicando la posibilidad de remitir a unidad de arritmias.

-Comité de ética: sugiere nueva valoración de la situación laboral y recomienda: baja laboral, valoración del estado mental, consulta con trabajadora social y adelanto de las pruebas complementarias en coordinación con atención especializada.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): en la práctica asistencial del médico de familia, se presentan continuamente problemas éticos. La reflexión en torno al modelo biopsicosocial y la búsqueda de recursos se hace prioritaria. Los comités de ética asistencial son una herramienta útil que es necesario conocer.

Palabras clave: abordaje biopsicosocial, enfoque bioético, pérdida de conocimiento.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

¡Doctor, soy mu saboría!

Vélez Medina JM[1], García Hidalgo R[2]

[1] *MIR 4º año de MFyC. CS El Alamillo. Sevilla*
[2] *MIR 2º año de MFyC. CS El Alamillo. Sevilla*

Ámbito del caso: urgencias hospitalarias y atención primaria.

Motivo de consulta: alta urgencias hospitalarias por hiponatremia.

Historia Clínica: paciente de 57 años que acude a consulta de atención primaria con informe de alta de urgencias hospitalarias con diagnostico de hiponatremia secundaria a SIADH por paroxetina. En los AP sólo aparece Sd. depresivo en tratamiento con paroxetina y bromazepam desde hace años. La paciente en los días previos al ingreso presentaba temblor y calambres musculares, sensación de inquietud, problemas para conciliar el sueño y presión retroesternal. En analítica sólo se evidencia hiponatremia de 125mEq/L que podía justificar la sintomatología. Tras tratamiento cedió la sintomatología. Alta con retirada de paroxetina.

Tras ser dada de alta acude a consulta por presentar síntomas depresivos intensos con ideación autolítica aunque es consciente de ello y abandona las ideas rápidamente. Buen soporte familiar. Comenta que durante años ha tomado casi 5 litros de agua al día por sensación de sequedad mucosa oral. Damos baja laboral y acordamos objetivos a corto plazo para reinstaurar la actividad diaria normal. Se instaura nuevamente tratamiento con paroxetina 30mg/d, bromazepam 3mg/d, Anafranil 75mg medio comprimido al día.

Tras 6 semanas en tratamiento y revisión semanal en nuestra consulta y revisiones por neuropsiquiatra privado damos alta laboral para terminar de recuperar actividad diaria normal. Fue revisada por medicina interna donde la Rx, el TC abdominal y la bioquímica de control fueron rigurosamente normales. Tras recuperación episodio, se comenzó a retirar gradualmente tratamiento psiquiátrico encontrándose actualmente sin tratamiento.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): la toma de ISRS puede dar lugar a un SIADH secundario. En este caso creemos que la hiponatremia fue de origen mixto (ingesta excesiva de agua por sintomatología secundaria a paroxetina más el aumento del riesgo por el propio medicamento). El tratamiento con este tipo de medicación siempre debe retirarse de manera gradual para evitar episodios de recaída tan graves como el expuesto.

En AP la escasez de medios es una realidad, por ello ante la aparición de sintomatología inespecífica nuestro diagnóstico diferencial deber tener presente siempre los trastornos metabólicos.

Palabras clave: hiponatremia, paroxetina, efectos Colaterales y reacciones adversas relacionados con medicamentos.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Cuidado: fractura oculta

Hurtado de Mendoza A[1], Artola Garrido B[2], Gamiz Soto MG[2]

[1] MIR 3er año de MFyC. CS Doña Mercedes. Dos hermanas (Sevilla)
[2] MIR 3er año de MFyC. CS Principado de Asturias. Utrera (Sevilla)

Ámbito del caso: urgencias hospitalarias.

Motivo de consulta: accidente de tráfico.

Historia Clínica:

Antecedentes personales: no RAM, fumador, ex bebedor, no FRCV.

Anamnesis: paciente de 62 años que acude por accidente de tráfico colisionando con vehículo de 4 ruedas mientras iba circulando en moto. Refiere traumatismo costal izquierdo y corte en palma mano derecha. No pérdida de conciencia.

Radiografía de tórax y de mano sin lesiones óseas. Alta con tratamiento analgésico, reposo y fisioterapia respiratoria con espirómetro incentivador.

Al tercer día el paciente vuelve a acudir con dificultad respiratoria e inflamación en tórax izquierdo.

Se revisa la rx tórax y ante la duda de fractura costal se realiza TAC donde se observa fractura de 7-8 arcos costales con gran enfisema subcutáneo y neumotórax izquierdo del 10%. Se cursa ingreso en neumología.

Exploración:

- Primera consulta: dolor en hemitorax izquierdo sin signos de crepitación, entra caminando, eupneico, afebril, consciente, orientado.
A. cardiopulmonar sin alteraciones.

- Segunda consulta: gran enfisema subcutáneo en tórax y cuello, que durante la asistencia se extendió a cara con signos de dificultad respiratoria pasando el paciente transitoriamente a observación para monitorización.

Evolución: en planta de neumología donde evolucionó lenta pero favorablemente. Al alta el persiste mínimo enfisema subcutáneo pero el paciente está eupneico y con gran mejoría clínica.

Enfoque familiar y comunitario: familia nuclear en etapa III final de la extensión, fase preliminar del periodo centrífugo. Red social: amplia con apoyo de mujer e hija menor. Acontecimiento vital estresante: jubilación.

Juicio clínico: fracturas costales izquierdas. Neumotórax traumático. Enfisema subcutáneo. Insuficencia respiratoria aguda.

Tratamiento: reposo y analgésicos. Revisión en consultas de neumología con rx de control.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia):

- La valoración radiológica es una tarea primordial para un médico de familia, pues errores en dicha interpretación pueden suponer consecuencias fatal para nuestros pacientes.

- Aunque en ocasiones, como en este caso, la interpretación radiológica se convierte en tarea compleja, el médico de familia debe tener pericia en este campo en el que solo se mejora practicando.

- El examen físico minucioso constituye una herramienta esencial para consensuar hallazgos clínicos con radiológicos.

- En la mayoría de los casos el tratamiento del enfisema subcutáneo es conservador y remite espontáneamente, pero tenemos que estar atentos ante cualquier signo de dificultad respiratoria.

Palabras clave: rib fracture, subcutaneous emphysema, radiology.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Doctor, ¡mi hijo está raro!

Muñoz Sánchez MªD[1], Arza Varo B[1], Benítez Rodríguez MªC[2]

[1] *MIR 4º año de MFyC. CS Virgen del Valle. Sevilla*
[2] *MIR 4º año de MFyC. CS El Rubio. Sevilla*

Ámbito del caso: atención primaria, urgencia.

Motivo de consulta: paciente de 41 años con cuadro catarral y otitis derecha de tres semanas de evolución su medico de familia indica tratamiento antibiótico, tras finalizar tratamiento la madre del paciente acude a la consulta: "doctor mi hijo esta raro".

Historia Clínica:

Antecedentes personales: no alergias medicamentos, no hábitos tóxicos, no patología previa ni tratamiento habitual. Anamnesis: paciente con otitis de tres semanas de evolución y tras finalizar tratamiento antibiótico comienza con desconexión del medio, incontinencia de esfínteres y hemiparesia izquierda por lo que es remitido al hospital. Exploración: aceptable estado general. Eupneico en reposo. Neurologico: bradipsíquico, desviación conjugada de la mirada a la derecha, hemiparesia izquierda No meningismo. Glasgow 14. ORL: secreción en CAE derecho. ACR: tonos ritmicos a buena frecuencia. MV conservado. Abdomen: blando, depresible, no doloroso, no visceromegalias.

Pruebas complementarias: analítica: hemograma, bioquímica y gasometría normal. TAC: se aprecia una LOE con morfología en anillo que parece originarse en región mastoidea derecha, que asciende a través de la sustancia blanca del lóbulo temporal derecho. Sus paredes son finas y bien definidas e hipercaptantes tras la administración de CIV. Mide aprox 43x62x41 mm, con edema vasogénico asociado, produciendo borramiento de los surcos de convexidad, así como importante desplazamiento de la línea media de 15mm. Hallazgos muy sugestivos de absceso secundario a otomastoiditis derecha de mala evolución.

Enfoque familiar y comunitario: el paciente vive en un medio rural. Vida activa hasta inicio del cuadro.

Juicio clínico: absceso cerebral secundario a otomastoiditis derecha. Diagnostico diferencial: Neoplasias 1ª/2ª cerebrales con necrosis central. Enf desmielinizante.

Tratamiento: Cefotaxima 2gr+vancomicina 1gr+metronidazol 500mg iv. Plan de actuación: se derivó a hospital de referencia para valoración por neurocirugía. Evolución: se realizó drenaje quirúrgico de la colección.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): la otitis media subaguda u otomastoiditis son los principales focos por invasión directa causantes de un absceso cerebral, a pesar de la descripción de una vía hematógena sigue siendo la propagación directa de infecciones desde el oído medio y la mastoides la causa más frecuente de complicaciones. En atención primaria la patología ótica es un motivo de consulta frecuente ante la cual debemos extremar las medidas terapéuticas y realizar un seguimiento correcto para evitar sus complicaciones.

Palabras clave: otitis, complicaciones.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Dolor abdominal, ¿diagnóstico inesperado?

Solís Aguilera MªM[1], Martínez Moro BMª[2], Beltrán Martínez A[3]

[1] MIR de MFyC. CS Nuestra Señora de la Oliva. Alcalá de Guadaira (Sevilla)
[2] MIR de MFyC. CS Doña Mercedes. Dos Hermanas (Sevilla)
[3] MIR de MFyC. CS Don Paulino García Donas. Alcalá de Guadaira (Sevilla)

Ámbito del caso: atención primaria, atención hospitalaria.

Motivo de consulta: dolor abdominal y fiebre.

Historia Clínica: antecedentes personales sin interés.

Anamnesis: varón de 34 años que consulta urgencias de atención primaria por dolor abdominal de 24-36h de evolución y pico febril de 38 ºC. Es de tipo cólico, generalizado, no irradiado, sin relación con la ingesta. No náuseas, ni vómitos, no alteración del hábito intestinal u otra sintomatología acompañante. Se pauta analgesia y ante la persistencia del dolor se deriva a hospital de referencia.

Exploración:

Atención primaria: buen estado general. Normocoloreado. Afebril (36.4ºC). Normotenso. Abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación difusa sin signos de irritación peritoneal ni masas ni megalias. Ruidos hidroaéreos presentes. Resto anodina.

Urgencias hospitalarias: mantiene aceptable estado general, afebril y comienza a focalizar el dolor abdominal a nivel periumbilical y ambas fosas iliacas con signos de peritonismo.

Pruebas complementarias:

Urgencias hospitalarias: hemograma, gasometría venosa y radiografía simple de abdomen normales, bioquímica: PCR 132. TAC abdominal: asas de yeyuno distal dilatadas y de íleon proximal engrosadas y edematosas. Adenopatías mesentéricas y líquido libre entre asas. Sugestivo de enfermedad inflamatoria intestinal inespecífica.

Enfoque familiar y comunitario: familia nuclear en la etapa II. Red social amplia. Trabaja de mozo de almacén.

Juicio clínico: dolor abdominal inespecífico.

Diagnóstico diferencial: apendicitis, peritonitis, enfermedad inflamatoria intestinal, diverticulitis.

Tratamiento: ante persistencia de sintomatología se decide realizar laparotomía exploradora y resección del segmento intestinal afecto.

Evolución: favorable, asintomático desde intervención quirúrgica. En revisión se llegó al diagnóstico definitivo de anisakiasis intestinal por el resultado del cultivo de líquido peritoneal y laanatomía patológica de la pieza resecada. Se constató que el día anterior de iniciar los síntomas el paciente había consumido boquerones en vinagre.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): la infestación por anisakis está infradiagnosticada en nuestro medio, a pesar de ser España el segundo país con mayor consumo de pescado por habitante. Hay que pensar en ella ante todo paciente con dolor abdominal y preguntar si ha consumido pescado poco cocinado o crudo las 24-48 previas. El tratamiento más eficaz es la profilaxis, ésta debe ser nuestra labor principal.

Palabras clave: abdominal pain, anisakiasis, diagnosis.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Comunicación interauricular como causa de síncope en joven deportista

Álvarez Sigano L, Andújar Romero JJ

Médico de Familia. CS Don Baldomero Villanueva. Órgiva (Granada)

Ámbito del caso: atención primaria y atención hospitalaria.

Motivo de consulta: síncope en varón de 31 años durante la realización de ejercicio físico.

Historia Clínica: paciente de 31 años sin antecedentes personales de interés, deportista de alto nivel. Durante una carrera de fondo (10.000 metros), en 2011, cuando lleva recorridos 8.000 metros sufre episodio sincopal sin movimientos anormales ni relajación de esfínteres. No había tenido episodios previos de mareo, disnea o dolor torácico en relación con el ejercicio físico. Tras recuperación espontánea se traslada al servicio de urgencias donde sólo se detecta un bloqueo de rama derecha (BRD) en el electrocardiograma (ECG). A los dos meses es valorado en consulta de cardiología realizando una ecocardiografía transtorácica que informa de la presencia de un defecto anatómico amplio en el septo interauricular con señal de flujo de izquierda a derecha significativo, ventrículo derecho severamente dilatado con función sistólica conservada, aurícula derecha dilatada; y una ecocardiografía transesofágica que confirma un defecto anatómico amplio a nivel de la fosa oval superior con diámetros máximos de 3,2 x 2,1 cm con un flujo de izquierda a derecha significativo, confirmando el diagnóstico de Comunicación Interauricular (CIA) tipo Ostium Secundum. Finalmentente, en diciembre de 2011 es intervenido quirúrgicamente bajo circulación extracorpórea realizándose cierre de CIA con parche de pericardio autólogo; la cirugía y el postoperatorio transcurren sin incidencias.

Desde hace 2 meses presenta crisis de dolor centrotorácico opresivo y palpitaciones en relación con esfuerzos físicos en su puesto de trabajo (electricista y fontanero), sin encontrar hallazgos destacables en la exploración física ni en las pruebas complementarias realizadas en nuestra consulta de Atención Primaria. Se ha tramitado nueva cita con cardiología ante la sospecha de reapertura de la CIA. Mientras tanto se mantiene en situación de incapacidad temporal laboral y sin realizar esfuerzos físicos, quedando por nuestra parte pendiente de la valoración en consulta de cardiología.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): ante un episodio sincopal en un paciente joven sin antecedentes pesonales destacables, es importante tener en cuenta las patologías cardíacas, incluyendo las anomalías congénitas, que en un alto porcentaje de casos pasan desapercibidas hasta la edad adulta.

Palabras clave: síncope (syncope), defecto cardiaco (heart defect), congénito (congenital).

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

La piel, expresión clínica a respetar

Vida Pérez M[1], Ruiz Rejano S[2], Moyano R[3]

[1] MIR 4º año de MFyC. UGC Lucano. Córdoba
[2] MIR 3er año de MFyC. UGC Lucano. Córdoba
[3] MIR 1er año de MFyC. UGC Lucano. Córdoba

Ámbito del caso: atención primaria.

Motivo de consulta: lesión cutánea en espalda.

Historia Clínica: paciente de 66 años que consulta por aparición de lesión dérmica en espalda, con crecimiento progresivo de sus márgenes, de un año y medio de evolución. Alérgica a Ciprofloxacino, diagnosticada de osteoporosis, hernia de hiato e hipercolesterolemia. A la exploración física se objetiva una lesión ovoidea, eritematosa, máculo-papular y sobreelevada, de unos 2 cm de diámetro en región subescapular izquierda y otra lesión satélite paraescapular derecha de características similares, de menos de 1 cm de diámetro. Refiere ligero prurito perilesional sin otra clínica asociada (se mostrarán las imágenes).

-Juicio Clínico: linfoma B cutáneo primario centrofolicular.

-Diagnóstico diferencial: dermatofibroma, picaduras de insectos, micosis fungoide, cicatriz queloide.

-Tratamiento: extirpación quirúrgica.

-Evolución: en una primera consulta se prescribe tratamiento antipruriginoso con antihistamínicos orales y corticoide tópico. A las dos semanas acude nuevamente a consulta por persistencia de la clínica, y es derivada a Dermatología. En atención especializada, las lesiones son interpretadas como picaduras de insecto por lo que mantienen tratamiento antipruriginoso. Pasado un mes, la paciente acude a consulta al no encontrar mejoría y es derivada nuevamente a Dermatología. En esta ocasión la lesión impresiona de dermatofibroma, y se realiza biopsia cutánea compatible con Linfoma B cutáneo primario centrofolicular. Se realizó exéresis quirúrgica previo estudio de extensión mediante body-TAC. Valorada por Hematología quien realiza punción medular sin encontrar alteraciones. El TAC no revela extensión de la enfermedad. El estudio anatomopatológico muestra bordes quirúrgicos libres. Actualmente, la paciente está en seguimiento en Consultas de Dermatología cada dos meses.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): la afectación primaria de la piel por linfomas B es frecuente y suele implicar un pronóstico benigno, al presentar escasa tendencia a la diseminación y controlable con terapia local, cirugía y/o radioterapia. La incidencia en Europa es de 0-4/100.000/año. Un 25% son linfomas B mientras que el 75% son de células T. Es una enfermedad infradiagnosticada a causa de su perfil histológico polimorfo y su baja agresividad. La gran mayoría de los linfomas cutáneos primarios B son linfomas centrofoliculares

Palabras clave: lesion cutánea, picaduras, linfoma.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Alta sospecha de mieloma múltiple desde atención primaria

Salmerón Gualda MªN[1], Montes Parrilla R[2], Duran Chiappero MR[3]

[1] *Médico EBAP. CS Zona de Mármol. Macael (Almería)*
[2] *Médico EBAP. CS Roquetas Sur (Almería)*
[3] *Médico EBAP. CS Chirivel (Almería)*

Ámbito del caso: atención primaria.

Motivo de consulta: dolor óseo en parrilla costal, lumbalgia, astenia y catarros de repetición de dos meses de evolución.

Historia Clínica:

Antecedentes personales: tiroiditis de Hashimoto, glaucoma bilateral, litiasis renal, IQ: catarata ojo izquierdo.

Anamnesis: Mujer de 65 años de edad que acude a consulta por distintos motivos, dolor óseo en parrilla costal bilateral, lumbalgia y dolor centrotorácico, presente en reposo, aumenta con la autopalpación que no mejoran con AINEs, astenia y pérdida ponderal de cinco kilos en dos meses, deterioro del estado general, disnea a grandes esfuerzos, no de reposo ni de cúbito, no asociado a edemas ni palpitaciones ni sincope.

Exploración fisica: a destacar ligera palidez mucocutánea, dolor a la palpación centrotorácica y parrilla costal de forma selectiva y en región lumbosacra.

Resto de exploración por órganos y aparatos estrictamente normal.

Pruebas complementarias: a destacar: hemoglobina de 7.9 g/dl, hematocrito: 23.9%, VCM: 92.7 fl, proteínas totales: 9.4 g/dl, VSG: 140, función renal e iones normales, TSH, hierro, ferritina, SOH normales. Radiografía tórax: lesiones osteolíticas en esternón superior, costillas 8º y 11º, así como en vertebras L4, L5 y sacro.

Enfoque familiar y comunitario: síndrome constitucional asociado a dolor óseo y síndrome anémico normocítico normocrómico. Se deriva a hematología para completar estudio por sospecha de Mieloma Múltiple. En hematología amplían estudio: marcadores tumorales, proteinograma, inmunoglobulinas, cadenas ligeras S y Ó, metabolismo cálcico, serologías, colonoscopia, body TAC, proteinograma en orina y PAMO.

Juicio clínico: mieloma múltiple IgG con lesiones osteolíticas y cadenas ligeras en orina.

Diagnóstico diferencial: neoplasia sólida con metástasis óseas y GMSI.

Tratamiento: bortezomib, melfalan, aranesp, dexamesatona, ácido alendrónico, analgésicos, correcta hidratación.

Evolución: la paciente lleva un año en tratamiento con buena tolerancia y respuesta al tratamiento así como disminución del componente IgG con inmunoparesia.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): a pesar de ser una patología de una baja incidencia, no es una patología que presente dificultades para orientar el diagnóstico desde atención primaria si se realiza una historia clínica adecuada así como exploración y pruebas complementarias dirigidas para así continuar su estudio y tratamiento desde atención hospitalaria, pero debemos de pensar en ella.

Palabras clave: multiple sclerosis, chest pain, constitucional syndrome.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Una causa más de monoartritis séptica

Carrera Moyano B, del Pino Gómez R, Cobos Bosquet C

MIR de MFyC. CS Nuestra Señora de la Oliva. Alcalá de Guadaira (Sevilla)

Ámbito del caso: atención primaria, urgencias hospitalarias y atención especializada (reumatología, medicina interna y cirugía vascular).

Motivo de consulta: mala evolución de artritis de tobillo, con inicio de fiebre y molestias abdominales.

Historia Clínica:

•Enfoque individual:

-Antecedentes personales: hipertenso, dislipémico e intervenido hace 9 años de aneurisma de aorta abdominal infrarrenal (colocación de prótesis de dacron aorto-iliaco). -Anamnesis: varón de 80 años que consulta por empeoramiento de dolor e inflamación de tobillo izquierdo a pesar de tratamiento antibiótico y corticoideo, indicado por sospecha de monoartritis séptica (seguido por reumatología), e inicio reciente de fiebre y molestias abdominales. Derivamos a urgencias hospitalarias decidiéndose ingreso en medicina interna (Infecciosas).

-Exploración: Regular estado general. Palidez cutánea. Eupneico. Temperatura 38ºC. Auscultación cardiorrespiratoria: mínimo soplo mitral. Abdomen blando, sin masas, molestias difusas a la palpación profunda, no defensa. Tobillo eritematoso, caliente y doloroso a la palpación en región perimaleolar, movimientos limitados.

-Pruebas Complementarias: Analíticas y radiografías (tórax y abdomen) normales, salvo 28.400 leucocitos (con neutrofilia) y PCR 144. Hemocultivos y Urocultivo negativos. TAC tórax, abdomen y pelvis: foco infeccioso (abceso) sobre prótesis aórtica abdominal. Cultivo de abceso: positivo para escherichia coli y streptococcus constellatus.

•Enfoque familiar y comunitario:

Familia normofuncional: nuclear, en la etapa V del ciclo vital funcional. Red social con alto apoyo. Sin acontecimientos vitales estresantes.

•Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: el diagnóstico de monoartritis de tobillo izquierdo propuso un origen metabólico (microcristalina) vs infeccioso. Se confirmó monoartritis séptica con los hallazgos analíticos y la mala evolución clínico-terapéutica. Las causas barajadas fueron: cardiaca (soplo mitral: posible endocarditis infecciosa), abdominal (factor de riesgo: prótesis sobre aneurisma aorta abdominal) y reumática (espondilitis infecciosa). También se descartó patología hematológica (leucemia aguda y tumoral de otro origen) dada la leucocitosis severa. La TAC mostró un abceso sobre prótesis aórtica abdominal (confirmado con cultivo) con monoartritis séptica como primera manifestación clínica.

•Tratamiento, planes de actuación: antibioterapia intravenosa. Resección de la prótesis, con by-pass axilo-bifemoral a arteria femoral común bilateral.

•Evolución: buena evolución postquirúrgica y postantibioterápica.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): debemos abordar a nuestros pacientes en todo su ámbito bio-psico-social atendiendo a todos sus antecedentes y a su contexto actual, para poder llegar a un diagnóstico precozmente.

Palabras clave: Arthritis, Infectious. Aneurysm, Infected. Abdominal Abscess.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Pérdida de conocimiento y rigidez generalizada de repetición en paciente con tiroidectomía, el valor de una buena historia clínica

Robles Casado B[1], Robles Casado A[2], Muñoz de la Casa S[1]

[1] *Médico de Familia. Hospital de Poniente. El Ejido (Almería)*

[2] *Enfermera. Clínica Diaverum. Málaga*

Ámbito del caso: urgencias hospitalarias.

Motivo de consulta: pérdida de conocimiento y rigidez generalizada.

Historia Clínica: paciente de 55 años con tiroidectomía completa por bocio multinodular, gastrectomía por neoplasia gástrica y craneotomía por meningioma, en tratamiento con calcio, levotiroxina e hierro oral.

Acude a urgencias por presentar tercer episodio de pérdida de conocimiento en 10 días, de una duración de escasos minutos con recuperación espontánea de la conciencia. Se acompaña de rigidez generalizada, no asocia dolor centrotorácico ni disnea. No relajación de esfínteres ni convulsiones. Sin relación con el esfuerzo ni con la postura.

En la exploración destaca flexión de 4º y 5º dedo de la mano izquierda que el paciente no consigue extender. Resto de exploración sin hallazgos significativos. Constantes normales.

Se realiza radiografía de tórax y electrocardiograma sin hallazgos significativos. Se revisan analíticas de las visitas previas por el mismo motivo de consulta observando parámetros dentro de la normalidad. Se solicita nueva analítica, esta vez con calcio obteniendo un calcio iónico de 5,4 mg/dl. TAC craneal con lesión milimétrica hipodensa en corona radiada derecha de probable etiología isquémica de pequeño vaso.

Diagnóstico diferencial: discernir la posible etiología de la pérdida de conocimiento (cardiológica, neurológica, metabólica).

Juicio clínico: cuadro de tetania en paciente con hipocalcemia secundaria a tiroidectomía total. ACV isquémico.

Tratamiento: se administra gluconato cálcico desapareciendo espasmo muscular a los minutos

Evolución: favorable, tras 12 horas en observación y reposición de calcio el paciente fue dado de alta asintomático y sin haber presentado ningún evento a destacar.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): debemos tener en cuenta que no todas las pérdidas de conocimiento tienen una etiología cardiológica o neurológica, las alteraciones metabólicas (aunque con menos frecuencia) también pueden producir esta clínica. Destacar la importancia de una buena historia clínica con respecto a los antecedentes y a la anamnesis del episodio sufrido para llegar a un buen diagnóstico.

Palabras clave: Tetany (tetania), hypocalcemia (hipocalcemia), unconsciousness (pérdida de conocimiento).

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Dolor cervical con crepitación a palpación

Cuenca del Moral R[1], Moreno Moreno RE[2], Páez Rodríguez MV[3]

[1] Médico de Familia. CS Marbella (Málaga)
[2] Médico de Familia. CS Palma Palmilla. Málaga
[3] DCCU. CS Las Albarizas. Marbella (Málaga)

Ámbito del caso: mixto, la mayor parte en atención primaria. Para tratamiento servicio de urgencias hospitalarias.

Motivo de consulta: mujer de 14 años que acude por dolor cervical de 24 horas de duración.

Historia Clínica:

Antecedentes personales: no alergias medicamentosas. No refiere padecer ninguna enfermedad y niega hábitos tóxicos.

Anamnesis: acude por presentar desde hace 24 horas dolor súbito en región cervical lateral bilateral que aparece estando en reposo. Además refiere dolor señalado a punta de dedo en región dorsal central que aumenta con la inspiración profunda. No disnea. No dolor torácico. Niega factor precipitante. No odinofagia. No tos, no fiebre ni otra clínica infecciosa actual o previa.

Exploración: TA 110/60. Sat 98%. Buen estado general. Bien hidratada, nutrida y perfundida. Eupneica sin tiraje. Afebril. No ingurgitación yugular. Cavidad oral normal. A la exploración cervical se aprecia a la palpación crepitación a nivel lateral cervical y región supraclavicular. Tonos rítmicos regulares a 70 latidos por minuto sin ruidos patológicos. Murmullo vesicular conservado sin ruidos patológicos. Abdomen normal. No edemas.

Pruebas complementarias: se solicita radiografía cervical y torácica urgente (se adjuntará copia). RX simple cervical se aprecia presencia de gas en tejidos blandos (tejido celular subcutaneo) bilateral. RX simple tórax AP y en inspiración y espiración forzada: se aprecia línea compatible con neumomediastino.

Diagnóstico: enfisema subcutáneo asociado a neumomediastino.

Se remite a urgencias hospital de referencia para tratamiento.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): los síntomas de presentación de un neumomediastino más frecuentes son el dolor torácico y la disnea. Sin embargo puede presentarse como dolor cervical y enfisema subcutáneo.

Palabras clave: subcutaneous emphysema, neck pain, mediastinal emphysema.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

¿Podemos "curar" la disfunción familiar?

Zafra Ramírez N[1], Parra Morales A[1], Simao Aiex L[2]

[1] *MIR 2º año de MFyC. CS El Valle. Jaén*
[2] *MIR 4º año de MFyC. CS El Valle. Jaén*

Ámbito del caso: atención primaria.

Motivo de consulta: ansiedad y nerviosismo.

Historia Clínica:

Enfoque individual:

Antecedentes personales: hipotiroidismo, migrañas. No hábitos tóxicos ni alergias medicamentosas. Tratamiento habitual con citalopram, alprazolam, eutirox y sumatriptan.

Anamnesis: mujer de 48 años, profesora, que en agosto acude a su médico de familia por intranquilidad debido al inicio del nuevo curso escolar. Dos meses después acude su hija de 22 años, muy responsable y preocupada por sus estudios de enfermería, por crisis de pánico e insomnio.

Exploración: física de madre e hija anodina.

Pruebas complementarias: analítica completa normal.

Enfoque familiar y comunitario: estudio de la familia y la comunidad. Genograma (hija): familia nuclear en estadio IV. Buena relación con progenitores. Pareja estable con apoyo afectivo. Apoyo familiar de tía materna y cuñada. Acontecimiento vital estresante: mala relación con el hermano de 24 años, conflictivo y agresivo, consumidor de cannabis, que ha tenido que volver al hogar tras dejar sus estudios universitarios por problemas económicos.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: trastorno de ansiedad generalizada por trastorno adaptativo provocado por una atipia familiar.

Tratamiento, planes de actuación: terapia familiar breve. Citas programadas aisladas para control de medicación. Autorregistro de pensamientos negativos y tareas motivadoras. Nuevas técnicas comunicativas con el hijo para bajar reactividad y tensiones.

Evolución: buena evolución, mejor dinámica familiar. Reducción de tratamiento ansiolítico. Al mejorar la salud familiar, hace unos meses, el hijo acude voluntariamente a consulta por insomnio y preocupación por su futuro (abandonar la carrera); actualmente trabaja como camarero. Se le realiza terapia de control de ansiedad anticipatoria y se aconseja cambiar lormetazepam, que tomaba por cuenta propia, por deprax. Actualmente confiesa que su consumo de cannabis es esporádico y que retomará los estudios en unos meses.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): detrás de los trastornos de ansiedad de varios miembros de una misma familia suele haber una problemática familiar, la cual se debería abordar desde el enfoque biopsicosocial tanto de manera individual así como en grupo, ya que esta es una enfermedad que también se puede diagnosticar, tratar e incluso "curar".

Palabras clave: trastornos de ansiedad, terapia familiar.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Varios problemas y un por qué

Zafra Ramírez N[1], Simao Aiex L[2], Herrera Herrera S[3]

[1] MIR 2º año de MFyC. CS El Valle. Jaén
[2] MIR 4º año de MFyC. CS El Valle. Jaén
[3] MIR 1er año de MFyC. CS El Valle. Jaén

Ámbito del caso: atención primaria.

Motivo de consulta: madre preocupada por hija que no quiere salir de casa y no tiene relaciones sociales.

Historia Clínica:

Enfoque individual:

Antecedentes personales: alergia estacional a olivo y gramínea. No hábitos tóxicos.

Anamnesis: adolescente de 15 años, con imagen particular algo radical, sin problemas escolares hasta que llega a Educación Secundaria, donde se siente acosada y rechazada por compañeros y profesores; refiere ser ignorada así como el centro de burlas. Tres cambios de instituto en los últimos 4 años, y en el último ha repetido curso por incomparecencia. Duerme mal, se siente desmotivada. No quiere comer para no engordar.

Exploración: física por órganos y aparatos anodina. Pérdida controlada de 12 kg de peso. Personalidad evitativa/huidiza.

Enfoque familiar y comunitario: estudio de la familia y la comunidad. Se realiza genograma que revela una familia monoparental. Convive sólo con madre. No hermanos. Padres separados hace 4 años. Apenas tiene relación con su padre (vive con sus padres) y familia paterna. Familia de origen materna vive en Madrid. Madre e hija tienen poca vida social, sólo salen con amigas del trabajo de la madre porque ella no tiene amigas. Van juntas al gimnasio. Apoyo afectivo de madre (sobreprotegida en exceso) y abuela materna. Acontecimientos vitales estresantes: separación paternal, muerte de abuelo materno hace unos meses, 3 cambios de instituto en 4 años.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: sintomatología ansiosa-depresiva leve, anorexia, trastorno del sueño y fracaso escolar en contexto de trastorno adaptativo tras ruptura familiar.

Tratamiento, planes de actuación: valorada por salud mental y atención primaria. Apoyo escolar. Reforzar aficiones para mejorar relaciones sociales.

Evolución: la paciente acude a visitas programadas en atención primaria y salud mental para terapia cognitiva; también a refuerzo escolar. Mayor motivación para seguir sus estudios. Planteada posibilidad de tratamiento farmacológico que rechaza. Búsqueda de actividades grupales.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): los médicos de atención primaria deben estar alerta ante todo paciente joven que consulta por síntomas diversos e inespecíficos. Siempre se debe hacer una buena historia clínica indagando sobre el problema; de ahí la especial importancia del genograma, ya que detrás de dolencias mal definidas suele haber una disfunción familiar en la que actuar.

Palabras clave: trastornos adaptativos, terapia cognitiva, genograma.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

¿Pongo o no la sonda nasogástrica?

Berná Guisado C[1], Vides Batanero MC[2], Carretero Matas M[3]

[1] *Médico de Familia. CS Tijarafe. Santa Cruz de Tenerife*
[2] *Médica de Familia. CS Santa Coloma de de Farners (Gerona)*
[3] *Médico de Familia. CS Ugíjar (Granada)*

Ámbito del caso: atención primaria.

Motivo de consulta: mi marido ya no come.

Historia Clínica:

Antecedentes personales: varón 83 años, Alzheimer, ICTUS con hemiparesia residual, HBP, vida cama-cama.

Anamnesis: su cuidadora principal es la encargada de la alimentación. Desde hace 2-3 meses no es capaz de tragar bien y suele atragantarse. En las últimas semanas ha presentado mucha expectoración e incluso fiebre.

Exploración: el paciente se encuentra consciente, desconectado del medio aunque a veces responde a estímulos verbales/dolorosos, caquéctico, presenta úlceras por decúbito, AR ruido de secreciones que obligan a tratar infección respiratoria.

Enfoque familiar y comunitario: vive en una casita rural con su mujer, cuidadora principal, y su hijo -síndrome de Down- y tiene dos hijos más uno en Venezuela y otra que vive cerca del domicilio. Nivel socioeconómico medio.

Juicio clínico: disfagia.

Identificación de problemas: diferentes opiniones entre el equipo médico y la familia sobre si poner o no una sonda nasogástrica.

Tratamiento: se decidió poner la sonda nasogástrica y esperar evolución.

Evolución: fallecimiento 2 días después posiblemente por infección respiratoria broncoaspirativa.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): las diferentes opiniones entre profesionales deben ser escuchadas dado que el paciente y los familiares deben conocer todas las opciones terapéuticas y sus consecuencias. La esposa realmente necesitaba que la sonda nasogástrica fuese puesta, no asumía "tener que dejarlo morir de hambre", y el enfermero estaba de acuerdo con ella. Por otro lado estábamos los hijos y yo que dada la situación basal del paciente, 5 años encamado y desconectado del medio, no queríamos prorrogar el momento de la muerte. Consultado con cuidados paliativos y con otros compañeros nada estaba realmente protocolizado. Sólo empatizando realmente con la esposa fui capaz de entender que si no colocábamos la sonda nasogástrica era peor para todos. Quizá erramos en no poner la sonda nasogástrica antes para evitar la causa fundamental de la muerte, pero no creo que podamos protocolizar algo así.

Palabras clave: gastrointestinal intubation, primary health care, expert testimony.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Masa abdominal en paciente anticoagulado

Cuenca del Moral R[1], Moreno Moreno RE[2], Orellana Martín L[3]

[1] Médico de Familia. CS Albarizas. Marbella (Málaga)
[2] Médico de Familia. CS Palma Palmilla. Málaga
[3] Médico de Familia. CS San Pedro de Alcántara. Marbella (Málaga)

Ámbito del caso:

Mixto: atención primaria y atención hospitalaria.

Motivo de consulta: varón de 79 años que consulta por dolor abdominal y estreñimiento.

Historia Clínica:

Antecedentes personales: hipertensión arterial, fibrilación auricular permanente, dislipemia.

Tratamiento habitual: olmesartán 40, bisoprolol 5 mg, simvastatina 20, acenocumarol según pauta (último INR hace 4 días 3.3).

Anamnesis: refiere desde hace dos días estreñimiento y molestias abdominales difusas. No diarrea. No fiebre. No rectorragia. No nauseas ni vómitos. Escasa expulsión de gas. Refiere astenia en últimos días sin otros síntomas de síndrome constitucional. Desde hace 3 días tos y mucosidad.

Exploración: TA 130/80. Buen estado general. Bien hidratado, nutrido y perfundido. Eupneico afebril. Faringe eritematosa no exudado. Tonos arrítmicos a 85 latidos por minuto. Murmullo vesicular conservado sin ruidos patológicos. Abdomen blando depresible. Se palpa a nivel de mesogastrio y flanco izquierdo masa bien delimitada dolorosa a palpación. Ruidos hidroaéreos escasos. Tacto rectal ampolla rectal vacía. Se remite al paciente a urgencias hospital de referencia.

Pruebas complementarias: analítica destaca HB 11.2 mg/dl. INR 6.2. Ecografía de abdomen: hematoma de pared abdominal. Tac abdomen: hematoma recto anterior abdomen. Pseudo-oclusión intestinal.

Diagnóstico: hematoma recto anterior abdomen. Pseudo-oclusión intestinal.

Ingresa en cirugía. Buena evolución con tratamiento conservador.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): el hematoma espontáneo de pared abdominal es una complicación infrecuente del uso de anticoagulantes pero que debemos incluirlo en el diagnóstico diferencial del dolor abdominal.

Palabras clave: anticoagulants, abdominal pain, complications.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Paciente de 62 años con disnea y edemas sin antecedentes de cardiopatía ni neumopatía. A veces no estamos ante lo más frecuente

Robles Casado B[1], Robles Casado A[2], Jiménez Rodríguez I[1]

[1] *Médico de Familia. Hospital de Poniente. El Ejido (Almería)*

[2] *Enfermera. Clínica Diaverum. Málaga*

Ámbito del caso: urgencias hospitalarias.

Motivo de consulta: disnea a mínimos esfuerzos y edemas en miembros inferiores de 3 días de evolución.

Historia Clínica:

Anamnesis: paciente de 62 años sin antecedentes personales de interés que acude a urgencias por cuadro agudo de 3 días de evolución con disnea progresiva hasta hacerse de mínimos esfuerzos, ortopnea y edematización de miembros inferiores. No dolor torácico. No tos ni expectoración. No fiebre. No síndrome constitucional.

Exploración: destaca ingurgitación yugular de predominio izquierdo y en la auscultación existe una disminución del murmullo vesicular en base de hemitórax derecho. En miembros inferiores edemas maleolares. Constantes normales.

En la radiografía de tórax se observa derrame pleural derecho y masa en mediastino. Se realiza TAC que describe masa de gran tamaño que desplaza mediastino a la derecha en probable relación a teratoma y que comprime tronco de la arteria pulmonar y la arteria pulmonar izquierda. Trombosis de la vena yugular izquierda. Derrame pleural moderado-severo. En ecocardiografía transtorácica: impresiona de compresión extrínseca de aurícula izquierda.

Diagnóstico diferencial: linfoma, timoma, quiste tímico, fibrosarcoma, adenoma paratiroideo, tiroide ectópico, teratoma.

Juicio clínico: posible teratoma que comprime tronco de arteria pulmonar y arteria pulmonar izquierda. Insuficiencia respiratoria aguda. Insuficiencia cardiaca derecha.

Tratamiento, planes de actuación: derivación al servicio de cirugía torácica.

Evolución: ingreso en cirugía torácica donde se realiza paracentesis y BAG con resultado compatible con teratoma. La paciente es dada de alta tras quedar asintomática. Actualmente pendiente de cita con cirugía torácica para resultados y plan terapéutico.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): los tumores mediastínicos suponen un reto clínico y diagnóstico. Los teratomas son tumores de células germinales que se generan a partir de tejido embrionario que no migró durante el desarrollo. A pesar de que los teratomas son poco frecuentes, constituyen alrededor de un 10 a 20% de todos los tumores mediastínicos. Es cierto que el lema de la medicina de familia es que lo más probable es lo más frecuente pero también es cierto que no se puede diagnosticar lo que no se conoce, de ahí la importancia de un buen diagnóstico diferencial.

Palabras clave: disnea, edema, teratoma.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Trombocitopenia en un caso de violencia de género

Robles Casado B[1], Robles Casado A[2], Muñoz de la Casa S[1]

[1] *Médico de Familia. Hospital de Poniente. El Ejido (Almería)*

[2] *Enfermera. Clínica Diaverum. Málaga*

Ámbito del caso: urgencias hospitalarias.

Motivo de consulta: derivada de atención primaria por sospecha de violencia de género.

Historia Clínica:

Anamnesis: paciente de 38 años con psoriasis y bebedora habitual que acude por sospecha de violencia de género tras haber acudido a la policía. Refiere que el día anterior había sido agredida por su pareja, recibiendo golpes con una botella por todo el cuerpo.

Exploración: constantes normales. Múltiples hematomas pancorporales. No presenta signos de focalidad neurológica. Auscultación cardiorrespiratoria y abdomen sin hallazgos de interés. Se realiza radiografía de ambas muñecas que se consulta con traumatólogo de guardia indicando que se observan fracturas antiguas de región distal de ambas muñecas.

Se realiza radiografía de huesos propios observándose fractura desplazada que es valorada por el otorrinolaringólogo. En la analítica destaca una plaquetopenia de 33.000/ml. Confirmado en tubo de citrato.

Diagnóstico diferencial: hepatopatía crónica enólica, púrpura trombocitopénica idiopática (PTI) o plaquetopenia por aumento de consumo por hematomas. Reconsultando a la paciente confiesa que el consumo de alcohol es esporádico y no excesivo. Se revisan analíticas previas (extensas ya que recibe tratamiento con biológicos por la psoriasis) no hay ningún dato analítico de hepatopatía. En analítica actual transaminasa normales. Se descarta la posibilidad de que pueda tratarse de una hepatopatía enólica. Se realiza electroforesis de hemoglobina y frotis por hematología que descartan hemoglobinopatía estructural y la posibilidad de PTI.

Juicio clínico: trombocitopenia por aumento de consumo por hematomas.

Evolución: ingreso en medicina interna donde se observa mejoría del número de plaquetas. No se objetiva sangrado. Se realiza ecografía abdominal que es normal. Dada la mejoría clínica de la paciente se decide alta con control por parte de su médico. Se avisa a la Guardia Civil y se traslada al cuartel.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): esta paciente presentó una trombocitopenia no por enfermedad propia sino por haber sufrido agresiones físicas repetidas que le produjeron numerosos hematomas que provocaron el aumento de consumo de plaquetas. Cabe destacar la importancia de una buena anamnesis y exploración física para realizar un buen diagnóstico diferencial y la importancia del trabajo multidisciplinar para llegar al diagnóstico certero apoyándonos en las pruebas complementarias oportunas.

Palabras clave: gender violence (violencia de género), hematoma (hematoma), thrombocytopenia (trombocitopenia).

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Hiponatremia severa secundaria a venlafaxina

Serrano Benavente RA, Pérez Ruiz A, Pérez Hueto MC

Médico de familia. Hospital comarcal de la Axarquia. Velez Málaga (Málaga)

Ámbito del caso: atención primaria, urgencias hospitalarias.

Motivo de consulta: somnolencia y debilidad.

Historia Clínica:

Anamnesis: mujer de 89 años, con hipertensión arterial, fibrilación auricular permanente, marcapasos por bloqueo completo, hiperpertiroidismo, sindrome depresivo. En tratamiento: candesartan 32mg, bisoprolol 5mg, adiro 100mg, pantoprazol 20mg, neotomizol 5mg, amlodipino/valsartan/hidroclorotiazida, venlafaxina 75mg. Acude a su médico de familia hace 15 días por cuadro depresivo iniciando tratamiento con venlafaxina. En los días siguientes existe un empeoramiento progresivo con apatía, bradipsiquia y somnolencia. Se solicita analítica donde se observó Na 110 y se deriva al hospital.

Exploración física: TA 163/93. FC 62lpm. SAT 02: 98%. Afebril. Aceptable estado general. Eupnéica. Palidez cutánea. Bradipsiquia con movimientos lentos sin focalidad neurologica. Tórax: Tonos arrítmicos a 60lpm, murmullo vesicular conservado. Abdomen: normal. EEII: normal.

Pruebas complementarias: ECG: ritmo de marcapasos a 60lpm. Analítica: glucosa 187mg/dl, creatinina 0,93 mg/dl, sodio 106 mEq/L, potasio 4,1 mEq/L, osmolalidad plasmática 223, osmolaridad orina 382, sodio orina 73, resto normal incluida TSH y cortisol. RX tórax: cardiomegalia, resto normal. Tac craneal normal.

Juicio clínico: SIADH secundario a venlafaxina.

Evolución: durante su ingreso se inició tratamiento con sueroterapia hipertónica y posteriormente ante correccion iónica se procedio a restricción hídrica y reajuste del tratamiento. Al alta asintomática con sodio de 129, suspendiendo tratamiento con venlafaxina e hidroclorotiazida.

Discusión: el cuadro es compatible con SIADH; con hiponatremia, hiposmolalidad plasmática, aumento de excreción urinaria de sodio, aumento de osmolalidad urinaria en ausencia de hipovolemia, fallo cardiaco, nefropatia, hepatopatia, enfermedad adrenal y tiroidea. Los ISRS son los antidepresivos más utilizados, por su potencial seguro en sobredosificación, facilidad de manejo, buena tolerancia a nivel general, pudiendo ampliar su uso en población anciana.

Se han notificado casos de hiponatremia asociada a SIADH como efecto secundario poco frecuente, pero potencialmente grave, con factores de riesgo: sexo femenino, edad avanzada (> 65 años), toma concomitante de diuréticos (tiazidas), bajo peso y niveles de sodio en el límite bajo de la normalidad.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): recomendamos vigilancia tras tratamiento con ISRS, sobretodo en pacientes con factores de riesgo. La sintomatología neurológica de la hiponatremia se puede confundir con empeoramiento del estado de ánimo, pasando desapercibido por el médico inexperto.

Palabras clave: hiponatremia, venlafaxine, side effects.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

¡Tengo un bulto en el cuello! Tumoración en cuello: aproximación diagnóstica desde atención primaria

Cabrera Díaz AB[1], Carrera Robles J[2], Concha López MP[3]

[1] MIR 2º año de MFyC. CS Dr. Salvador Caballero. Granada
[2] MIR 4º año de MFyC. CS Dr. Salvador Caballero. Granada
[3] Médico de Familia. CS Dr. Salvador Caballero. Granada

Ámbito del caso: atención primaria y hospitalaria.

Motivo de consulta: tumoración indolora en cara anterior del cuello.

Historia Clínica:

Anamnesis: acude a nuestra consulta del centro de salud por notar tumoración indolora en región anterior del cuello refiriéndonos que unos días antes fue atendida en un servicio de urgencias por presentar odinofagia sin más síntomas asociados, diagnosticándole de tiroiditis y pautándole dosis decrecientes de corticoides. No presentaba ninguna otra sintomatología.

Exploración: presentaba nódulo de unos 4 cm en lóbulo tiroideo derecho (LTD), indoloro y de consistencia elástica, que se desplaza a la deglución, sin adenopatías acompañantes. Resto de la exploración clínica dentro de la normalidad.

Pruebas complementarias: le realizamos ecografía observando lóbulo tiroideo derecho con imagen anecoica intracapsular de aspecto quístico y con septos en su interior, sin presentar actividad vascular aumentada ni imágenes nodulares en el resto del tejido. Lóbulo tiroideo izquierdo aumentado de tamaño y estructura normal con nódulo mixto de 5 mm sin calcificaciones. No se observan adenopatías. Analítica general: sin alteraciones; pruebas tiroideas: TSH 4,12; FT4 1,4; FT3 2,86; AcAntiTPO 5; PCR 1.

Juicio clínico: nódulo tiroideo. Posible bocio multinodular.

Diagnóstico diferencial: tiroiditis subaguda, bocio multinodular tóxico, adenoma tóxico, tiroiditis subaguda silente, tiroiditis de Hashimoto, adenoma, carcinoma, quiste.

Identificación de problemas: naturaleza de la tumoración. Monitorización de la función tiroidea.

Tratamiento: una vez obtenido los resultados complementarios se retiran progresivamente los corticoides.

Planes de actuación: derivación a endocrinología donde se le realiza PAAF y derivan a cirugía.

Evolución: aumento de tamaño de la tumoración. En espera para cirugía.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): no precipitarnos en los servicios de urgencias en dar diagnósticos específicos sin tener los datos necesarios para ello. Importancia de realizar ecografía en primaria para hacer una aproximación diagnostica. Tener claros las indicaciones de ecografía y de derivación.

Palabras clave: thyroid nodule, thyroiditis, ultrasonography.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Vértigo que no mejora

Moraleda Barba S[1], Arias de Saavedra Criado MI[2], Delgado Quero AL[3]

[1] *Médico de Familia. UGC Virgen de la Capilla. Jaén*

[2] *MIR 2º año de MFyC. Jaén*

[3] *Médico ORL. Complejo Hospitalario de Jaén.*

Ámbito del caso: atención primaria.

Motivo de consulta: vómitos, náuseas y vértigo desde hace 6 semanas.

Historia Clínica:

Antecedentes personales: HTA, DM, Obesidad, Ictus hace 2 años, hipotiroidismo y depresión.

Anamnesis: refiere episodios de vértigo periférico, desencadenados con los giros de cabeza, y a veces asocia síntomas vegetativos. La paciente valora su inestabilidad con la escala visual analógica (EVA) en 6 puntos sobre 10.

Exploración: neurológica, normal salvo disminución de fuerza en las extremidades inferiores. Dix-Hallpike derecho: nistagmo, izquierdo normal. Romberg ojos cerrados: se cae. Camina muy despacio e insegura, necesita apoyo.

Enfoque Familiar y Comunitario: mujer de 56 años, casada, con buen apoyo familiar, su marido siempre la acompaña a la consulta y colabora con las tareas domésticas. Tiene dos hijos estudiando fuera de su ciudad. Madre institucionalizada por enfermedad de Alzheimer.

Juicio clínico: déficit vestibular derecho.

Diagnóstico diferencial:

Neuropatía periférica: puede afectar a la estabilidad de los pacientes, especialmente en la oscuridad. Altera la fuerza de las extremidades. Pero es inusual la alteración del Romberg en estos casos con los ojos cerrados. Canalitiasis: es posible por el nistagmo positivo que aparece al realizar el test de Dix-Hallpike y por los síntomas vegetativos asociados a los vértigos.

Tratamiento: rehabilitación vestibular domiciliaria. Sulpiride en pauta descendente, 9 días.

Evolución: pasada una semana la paciente vuelve a la consulta por continuar con crisis frecuentes de vértigo y con vómitos diarios. Se deriva a ORL urgente, el cual realiza maniobra de reposición (Epley) derecha y se aconseja continuar con los ejercicios de rehabilitación vestibular. Pasado un mes vuelve a revisión, la paciente se encuentra mucho mejor, ha comenzado a realizar algunas actividades sociales, camina más deprisa y empieza a conducir en distancias cortas. Puntuación de inestabilidad con EVA tras un mes de tratamiento: 3/10.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): este caso podría haberse resuelto con facilidad en el ámbito de Atención Primaria, si el médico hubiese sido formado correctamente en la realización de la maniobra de Epley. Es necesario la actualización de conocimientos pero también la revisión de viejas técnicas útiles como esta.

Palabras clave: vértigo, mareo, vómitos.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Escabiosis en una comunidad terapéutica

Hinojosa Fuentes F[1], Hinojosa Gallardo JL[2], Mora Moreno F[3]

[1] *MIR 1er año de MFyC. UGC Molino de la Vega. Huelva*

[2] *Médico de Familia. CS Casa del Mar. Huelva*

[3] *Médico de Familia. UGC Molino de la Vega. Huelva*

Ámbito del caso: pacientes residentes de una comunidad terapéutica para la desintoxicación de usuarios de drogas vía parenteral (UDVP).

Motivo de consulta: parasitosis en comunidad terapéutica abierta con mal control.

Historia Clínica:

Enfoque comunitaria: aparición de una serie de pacientes con prurito intenso en una comunidad terapéutica de 38 residentes UDVP, de los cuales la mayoría pasan los fines de semana con sus familias. Hay sospecha de ser un proceso contagioso al estar en aumento el número de afectados, sin remisión a diversos tratamientos pautados por sus médicos, de forma individual y por el servicio médico de dicha comunidad.

Juicio clínico: foco de parasitosis con aumento de sintomatología en la comunidad.

Diagnóstico diferencial: dermatitis atópica, infecciones bacterianas, urticaria, foliculitis estafilocócica.

Identificación de problemas: ausencia de respuesta terapéutica a tratamiento convencional y escaso control de los factores de riesgos de las enfermedades infecciosas.

Tratamiento: prescripción de permetrina con excipientes hidratantes en pautas establecidas por protocolos y normas de aislamiento en comunidades terapéuticas abiertas con valoración de convivientes externos.

Planes de actuación: para paliar una posible irritación dérmica con el excipiente del producto comercializado, realizamos fórmula magistral con el mismo porcentaje de permetrina en una base de Beeler o O/W en su defecto.

Evolución: se realizó una posterior revisión a los quince días de la última aplicación de permetrinas. No había ningún tipo de lesiones a nivel de piel, ni clínica de picor, excepto una reacción de dermatitis irritativa en el caso cero.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): las zooparasitosis en comunidades terapéuticas, deben tener un enfoque global, evaluando a todos los miembros de la comunidad y posibles familiares afectados, dando una información detallada sobre el proceso de la enfermedad y la actuación terapéutica. Se debe valorar cualquier tipo de contacto que tengan los pacientes con medidas clínicas de prevención. Al ser los agentes antiparasitarios muy irritantes para el tejido dérmico, siempre tendremos en cuenta los antecedentes personales de los afectados, así como el excipiente en que vaya vehiculizados dichos agentes terapéuticos. Son normales fenómenos de dermatitis alérgica irritativa en este tipo de tratamientos, precisando terapia esteroidea al final de la desparasitación para remitir la sintomatología y el miedo del paciente a no haber obtenido su curación.

Palabras clave: escabiosis, permetrina, terapéutica.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Hipertiroidismo en cuadro de nerviosismo

Hinojosa Fuentes F[1], Mora Moreno F[2], Palomo Rodríguez RD[1]

[1] MIR 1er año de MFyC. UGC Molino de la Vega. Huelva

[2] Médico de Familia. UGC Molino de la Vega. Huelva

Ámbito del caso: atención primaria.

Motivo de consulta: cuadro de nerviosismo que no cede con ansiolíticos.

Historia Clínica:

Enfoque individual: mujer de 28 años que refiere inquietud, palpitaciones, dificultad para conciliar el sueño y una hiperactividad que ha ido en aumento en los últimos años. Ha sido amigdalectomizada en la infancia. En la exploración se aprecia un aumento difuso del tamaño glandular tiroideo pero sin referir odinofagia. Al solicitar las analíticas de control se aprecia una disminución de la TSH con un aumento llamativo de la T4.

Enfoque familiar y comunitario: padre diagnosticado de cirrosis hepática por hipercolesterolemia familiar combinada.

Juicio clínico: cuadro de hipertiroidismo con bocio ligeramente aumentado de tamaño

Diagnóstico diferencial: hipertiroidismo, alcoholismo, cirrosis hepática, apnea del sueño, angina de pecho.

Identificación de problemas: no se ha descartado la presencia de la enfermedad genética en cuestión, hipercolesterolemia familiar combinada, en la paciente y no se tienen peticiones de hormonas tiroideas previas.

Tratamiento: carbimazol (Neo Tomizol®) de 20mg y propanolol (Sumial®) de 10mg.

Planes de actuación: comenzar tratamiento con antitiroideo durante 4-8 semanas con evaluación posterior, electrocardiograma de urgencia y solicitar ecografía de la glándula tiroidea.

Evolución: se valora a las 4-8 semanas con normalización de los síntomas y se aprecia una disminución de los valores de T4. El electrocardiograma y la ecografía resultan anodinas.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): aunque lo más frecuente en un caso de inquietud y nerviosismo es que se trate de un hipertiroidismo, hay que descartar otras causas tales como la cirrosis hepática derivada de un alcoholismo crónico o de una hipercolesterolemia (patología que presenta su padre), por lo que una buena historia clínica nos permite no pasar por alto otros cuadros que aunque raros son posibles en nuestra comunidad.

Palabras clave: hipertiroidismo, receptores tiroideos, carbimazol.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

A propósito de un caso, ¿focalidad neurológica o mononeuropatía periférica?

Jiménez Rodríguez I, Robles Casado B, Muñoz de la Casa S

Médico de Familia. Hospital de Poniente. (Almería)

Ámbito del caso: urgencias hospitalarias.

Motivo de consulta: desde hace 3 días presenta imposibilidad para la flexión dorsal del antepie izquierdo que se acompaña de una "marcha rara" y "hormigueo" en región anteroexterna de la pierna. No refiere ninguna otra sintomatología.

Historia Clínica:

Paciente de 23 años sin antecedentes personales de interés ni alergias medicamentosas conocidas que consulta derivado desde las urgencias extrahospitalarias por focalidad neurológica: imposibilidad para la flexión dorsal del antepie izquierdo.

En la exploración neurológica no apreciamos focalidad, los reflejos osteotendinosos entre otros son simétricos y están presentes. Los pulsos tibial anterior, pedio y poplíteo son normales. Lo único que destaca en la exploración es la marcha en estepage, incapacidad para la flexión dorsal del pie, incapacidad para la extensión de los dedos del pie y parestesias en el compartimento anteroexterno de la pierna izquierda, todo ello compatible con una afectación del nervio ciático-poplíteo externo (peroneo o tibial anterior).

Volvemos a reinterrogar al paciente acerca de cirugías, traumatismos previos o posibles compresiones a nivel de la pierna, afirmando el paciente que por motivos de trabajo esta semana ha pasado mucho tiempo en posición "de cuclillas". Es entonces cuando emitimos el diagnóstico de síndrome por compresión del nervio tibial anterior.

Se pauta tratamiento corticoideo, con vitamina B1-B6-B12 y ácido fólico y se cita al paciente para revisión en neurología.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): la disfunción del nervio tibial es una forma inusual de neuropatía periférica y ocurre cuando se produce daño sobre el nervio tibial, una de las ramificaciones inferiores del nervio ciático. Este nervio suministra movimiento y sensibilidad a la pantorrilla y los músculos del pie. Las causas más frecuentes son: traumatismo directo, presión prolongada sobre el nervio, presión sobre el nervio por estructuras corporales cercanas. Para el diagnostico es necesario una adecuada historia clínica y el conocimiento de la anatomía, en este caso encontraremos: imposibilidad para la flexión dorsal del pie que condiciona la existencia de una marcha en estepage y pérdida de la sensibilidad en el dorso del pie y la cara anteroexterna de la pierna. En ocasiones el diagnóstico se completan con pruebas complementarias: EMG, biopsia del nervio o exámenes de conducción nerviosa.

Palabras clave: paresia, mononeuropatía, tibial.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Imposibilidad para la erección tras relaciones sexuales, ¿rotura de pene o hematoma superficial?

Jiménez Rodríguez I, Muñoz de la Casa S, Robles Casado B

Médico de Familia. Hospital de Poniente. Almería

Ámbito del caso: urgencias hospitalarias.

Motivo de consulta: pesadez y hematoma en pene.

Historia Clínica: paciente de 56 años sin antecedentes personales de interés, ni alergias medicamentosas que acude a urgencias hospitalarias por pesadez y hematoma en el pene de horas de evolución. Acude a urgencias extrahospitalarias donde se le prescribe un corticoide tópico y reconsulta horas más tarde en urgencias hospitalarias ante el empeoramiento del hematoma y la incapacidad para la erección. Según refiere el paciente por la mañana mantuvo relaciones sexuales no traumáticas (durante las cuales no sintió dolor ni chasquido) con eyaculación normal, a raíz de las cuales comenzó a notar las molestias, niega uretrorragia, y refiere micción normal. En la exploración genital presenta hematoma prepucial y se palpan los cuerpos cavernosos aparentemente normales aunque descendidos. Se solicita ecografía doppler testicular que se nos informa como marcado engrosamiento de la piel, así como de las partes blandas que rodean a los cuerpos cavernosos y esponjosos, en relación con hematoma. Pérdida de ecoestructura normal de ambos cuerpos cavernosos en su tercio distal. Hallazgos en probable relación con rotura peneana.

Ante el juicio clínico emitido y la clínica se interconsulta con urología de guardia, que ante la ausencia de relaciones sexuales traumáticas realiza diagnóstico diferencial entre: rotura de la vena superficial del pene, cuyo tratamiento es conservador: frío local y reposo sexual. Rotura de los cuerpos cavernosos, cuyo tratamiento es cirugía urgente.

Finalmente ante la anamnesis realizada en la cual se niega rotundamente las relaciones sexuales traumáticas, se emite con diagnóstico definitivo la rotura de la vena superficial del pene.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): se hace evidente la importancia de una adecuada historia clínica para el diagnóstico y tratamiento correcto. Lo más frecuente es que este tipo de traumas se produzca con el pene erecto durante el acto sexual. Cuando se produce una rotura de pene se escucha un chasquido y se siente dolor intenso e inmediatamente el pene pierde su capacidad de erección y se inflama secundariamente al hematoma. Es importante conocer este tipo de patología porque aunque son infrecuentes no debemos olvidar que somos el primer escalón de la atención sanitaria y debemos efectuar orientaciones diagnosticas acertadas.

Palabras clave: pene, cuerpos cavernosos, hematoma.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Prostatitis crónica de origen traumático

Álvarez Sigano L, Andújar Romero JJ

Médico de Familia. CS D. Baldomero Villanueva. Órgiva (Granada)

Ámbito del caso: atención primaria.

Motivo de consulta: paciente de 34 años con síndrome miccional, sintomatología prostática y dolor eyaculatorio de seis meses de evolución.

Historia Clínica:

Paciente de 34 años sin antecedentes personales de interés. Camionero de profesión, que hace ocho meses sufre cambio de ubicación en la empresa, pasando de conducir en carretera a tener que transitar caminos agrícolas y sin asfaltar, con menor estabilidad. En relación con este cambio de puesto laboral, y desde entonces, refiere síndrome miccional y sintomatología prostática (urgencia miccional, tenesmo vesical, esfuerzo y retraso en el inicio de la micción y goteo postmiccional), así como dolor eyaculatorio y molestia en zona perianal interna cuando permanece muchas horas sentado. Acude a nuestra consulta de atención primaria, y ante la sospecha de prostatitis se le solicita un estudio que incluye hemograma y bioquímica básica, sedimento de orina, PSA, urocultivo, cultivo de semen, citología de orina y ecografía prostática. Le pasamos el test de sintomatología prostática IPSS (International Prostate Sympton Score), obteniendo un total de 24 puntos. El resultado de las pruebas complementarias es estrictamente normal, a excepción de la visualización ecográfica de pequeñas formaciones prostáticas compatibles con calcificaciones. Iniciamos tratamiento con serenoa repens 160mg cada 12 horas y tamsulosina clorhidrato 400 mcg cada 24 horas. Ante la sospecha de prostatitis crónica de origen traumático derivamos a consultas externas de urología, donde se confirma el diagnóstico inicial. Por el momento continúa en situación de incapacidad laboral temporal, esperando mejoría del control de síntomas y posibilidad de cambio de ubicación en su puesto de trabajo.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): ante un varón joven con sintomatología prostática y sin hallazgos de interés en las pruebas complementarias, debemos tener en cuenta las prostatitis inflamatorias además de las infecciosas, siendo el microtraumatismo continuado una de sus posibles causas por lo que debemos prestar especial atención a la actividad profesional o actividades de ocio que el paciente desarrolle.

Palabras clave: prostatitis (prostatitis), prostatism (prostatismo), tamsulosin (tamsulosina).

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Malrotación Intestinal en mujer joven

Fernández Quintero MJ[1], Baena Sáez R[2], Catalán Sánchez M[3]

[1] *MIR 4º año de MFyC. CS San Benito. Jerez de la Frontera (Cádiz)*
[2] *Médico de Familia. CS La Barca. La Barca de la Florida (Cádiz)*
[3] *MIR 4º año de MFyC. CS Ribera del Muelle. Puerto Real (Cádiz)*

Ámbito del caso: atención primaria y hospitalaria.

Motivo de consulta: dolor abdominal recurrente.

Historia Clínica: mujer de 19 años sin antecedentes personales de interés con múltiples consultas en diferentes servicios de urgencias por dolor en flanco y fosa renal derecho e infecciones urinarias de repetición desde hace 4 años.

Urocultivos: positivos para E. coli en varias ocasiones. Ecografía abdominal: normal. Urografía intravenosa: abundante contenido de gas. No signos de uropatía obstructiva en ambas unidades renales. Salida de uréteres tipo bucle sin alterar la dinámica ureteral. TAC abdominal: se identifica una malrotación intestinal donde el duodeno no cruza la línea media, hay inversión de la disposición de la arteria mesentérica superior y de la vena mesentérica superior, el intestino delgado se ubica predominantemente en el lado derecho del abdomen y las asas colónicas en el lado izquierdo. No se identifica dilatación de las asas ni engrosamiento murales. Escasa cantidad de líquido en el fondo de saco de Douglas.

Juicio clínico: alteración de la rotación intestinal. Debido a la clínica que presentaba la paciente en un primer momento se sospechó que pudiese padecer cólicos renales de repetición. Se decidió no realizar cirugía al no presentar clínica característica de malrotación intestinal y por ser una paciente en edad adulta. La paciente sigue con revisiones periódicas. En cuanto a las infecciones urinarias de repetición se rehistorió a la paciente que refirió que aparecieron después de iniciar actividad sexual, por lo que se pautó antibioterapia postcoital con mejoría de la sintomatología.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): la malrotación intestinal en pacientes adultos suele ser asintomática y se llega a su diagnóstico de forma casual. Esta ausencia de síntomas conlleva que una patología que encuadramos dentro de la pediatría pueda aparecer en edad adulta.

Palabras clave: rotación, intestino y dolor abdominal.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Tromboembolismo Pulmonar con sintomatología atípica

Catalán Sánchez M[1], Parejo Maestre N[1], Fernández Quintero MJ[2]

[1] MIR 4º año de MFyC. CS Ribera del Muelle. Puerto Real (Cádiz)

[2] MIR 4º año de MFyC. CS San Benito. Jerez de la Frontera (Cádiz)

Ámbito del caso: urgencias hospitalarias.

Motivo de consulta: presíncope.

Historia Clínica: mujer de 57 años sin alergias medicamentosas conocidas.

Antecedentes personales: artrosis, intervenida de prótesis de cadera izquierda hace un mes. Tratamiento actual: oxicodona/naloxona y paracetamol. Paciente derivada por DCCU tras sufrir cuadro presincopal. Estando en domicilio ha sufrido mareo intenso con sensación de pesadez de hombros y vómitos en 2 ocasiones. Niega dolor torácico. A la llegada del DCCU no es posible medición de tensión arterial (TA), con mal perfusión. Se canaliza vía periférica y administran sueroterapia intensiva. A su llegada a urgencias TA 60/30.

Exploración: mal estado general, palidez, frialdad cutánea. Mal perfundida. No se palpan pulsos radiales ni pedios. Auscultación cardiopulmonar: murmullo vesicular conservado sin ruidos patológicos. Tonos puros y rítmicos sin soplos. Abdomen anodino. Extremidades inferiores: signos de insuficiencia venosa crónica.

Pruebas complementarias:

Analítica: troponina 0,2 ng/ml, PCR 1.5 mg/dl, dimero D > 20 µg/ ml, resto normal. Gasometría venosa: pH 7,1, PCO2 58.1 mmHg, PO2: 20,5 mmHg, resto normal. ECG: ritmo sinusal. Bloqueo de rama derecha del Haz de Hiss. No alteraciones del ST. Angio TAC: tromboembolismo pulmonar (TEP) masivo provocando una oclusión parcial de todas las arterias lobares de ambos pulmones. Trombosis venosa en MII extendiéndose en su zona proximal hasta femoral común e iliaca externa izquierda. Sutil infiltrado periférico en lóbulo superior izquierdo.

Diagnóstico diferencial: bloqueo cardiaco, neumotorax, sepsis, síndrome coronario agudo e Ictus.

Tratamiento: se inicia tratamiento con HBPM, iniciando posteriormente anticoagulación oral con acenocumarol. Ingresa en UCI.

Evolución: tras 2 días de ingreso en UCI la paciente presenta buen estado clínico y se traslada a planta de hospitalización, donde permanece 3 días más hasta que es dada de alta con acenocumarol y revisiones por hematología.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): el TEP es una patología urgente que puede conllevar gran gravedad, las formas de presentación del TEP pueden ser muy diversas y no siempre tenemos que esperar la sintomatología típica. Es importante hacer una buena profilaxis tromboembólica tras grandes cirugía e inmovilizaciones, que es responsabilidad del médico de familia, aunque el paciente venga del hospital sin ella.

Palabras clave: tromboembolia pulmonar, síncope y prótesis de cadera.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Náuseas, vómitos y estreñimiento como expresión de un adenoma paratiroideo. A propósito de un caso

López A[1], Castaño Membrives F[1], Leiva Cepas F[2]

[1] MIR 2º año de MFyC. CS Guadalquivir. Córdoba
[2] MIR 2º año de MFyC. CS Occidente-Azahara. Córdoba

Ámbito del caso: atención hospitalaria (urgencias).

Motivo de consulta: síndrome emético y estreñimiento.

Historia Clínica: varón de 39 años de edad sin antecedentes personales de interés que acude a urgencias por cuadro de estreñimiento, epigastralgia, náuseas y vómitos de 7 días de evolución, resistente a tratamiento pautado en consulta.

Exploración física: abdomen blando y depresible, sin masas ni regalías; dolor difuso a la palpación profunda, más intenso en epigastrio. Murphy, Blumberg y Rovsing negativos. No signos de peritonismo ni defensa abdominal. Ruidos abdominales conservados. Pulsos femorales conservados y simétricos.

Pruebas complementarias: RX tórax AP y L, sin hallazgos patológicos. RX abdomen sin hallazgos patológicos. Hemograma: leucocitos 10300, con 80.6% neutrófilos, hemoglobina 14.4, hematocrito 45.4, volumen corpuscular medio 89, plaquetas 195000. Bioquímica: glucosa 97, urea 66, creatinina 2.3, sodio 144, potasio 4.4.

Enfoque comunitario: el estreñimiento, las náuseas y los vómitos, constituyen motivos de consulta muy frecuentes en el ámbito de la atención primaria y urgencias. La mayor parte de las ocasiones son cuadros banales y autolimitados que no requieren tratamiento.

Juicio clínico: insuficiencia renal aguda.

Diagnóstico diferencial: ingesta de tóxicos y fármacos, afecciones gastrointestinales, cardiovasculares, endocrinometabólicas, enfermedades causantes de hipertensión intracraneal y/o trastornos vestibulares, trastornos hormonales, causas psicógenas.

Tratamiento: sueroterapia, analgesia, antieméticos.

Evolución: por falta de respuesta al tratamiento y las cifras de creatina, se ingresa en observación para sueroterapia y estudio. Se realiza endoscopia digestiva alta, resultando normal. Otra analítica muestra cifras de calcemia >16.8, calcitriol 13.89 y PTH 1021, ingresa en medicina interna, realizándose TAC toraco-abdomino-pélvico por sospecha neoplásica, apareciendo asimetría de partes blandas en región cervical adyacente a tiroides. Con ecografía tiroidea se visualiza un nódulo sólido y vascularizado compatible con adenoma de paratiroideo inferior derecho, objetivándose con gammagrafía con Tc99m –MIBI-. Se interviene quirúrgicamente, confirmándose con biopsia. Posteriormente la calcemia, calcitriol y niveles de PTH son normales con tratamiento sustitutivo. Hubo varios episodios de hipocalcemia sintomática.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): las náuseas, vómitos y estreñimiento llevan a realizar un diagnóstico diferencial de forma rápida y concreta en atención primaria y urgencias, ya que una evolución tórpida pese a tratamiento obliga a descartar patología endocrino-metabólica que reviste un comportamiento médico urgente y en ámbito hospitalario.

Palabras clave: adenoma, parathyroid, hypercalcemia, emesis.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Inflamación de la mama de un varón

Pérez Ruiz A, Serrano Benavente RA, Pérez Hueto MC

Médico de Familia. Hospital Comarcal de la Axarquía. Málaga

Ámbito del caso: atención primaria, atención hospitalaria.

Motivo de consulta: inflamación y enrojecimiento mamario.

Historia Clínica:

Anamnesis: hombre, 70 años, sin alergias a medicamentos. EPOC y dislipemia. Fumador y bebedor ocasional. En tratamiento con rilast, spiriva, terbasmin, AAS, gemfibrocilo y omeprazol. Acude por inflamación y enrojecimiento de mama izquierda de 24 horas de evolución. Niega dolor, fiebre ni telorrea.

Exploración física: TA 135/70 mmHg, FC 85 lpm, Tª 36ºC. Buen estado general, normocoloreado, eupneico. Tórax: normal. Se palpa nódulo retroareolar izquierdo de 1 cm, pétreo, con retracción cutánea y del pezón y eritema perilesional. No telorragia. Adenopatías axilares izquierdas. Abdomen: normal.

Pruebas complementarias: se realiza mamografía/ecografía mamaria; nódulo de contornos mal definidos en mama izquierda retroareolar, con calcificaciones heterogéneas, con retracción del pezón y engrosamiento cutáneo de 3,3x2,5 cms. Compatible con lesión BIRADS V. En axila izquierda, ganglio linfático de aspecto sospechoso. Mama derecha normal. Biopsia aguja gruesa (BAG) de mama/axila: carcinoma ductal infiltrante grado III. Adenopatía axilar con metástasis.

Enfoque familiar: prima hermana materna con carcinoma de mama a los 77 años.

Juicio clínico: carcinoma ductal infiltrante grado III. Adenopatía axilar con metástasis.

Diagnostico diferencial: ginecomastia, abscesos, hematomas, lipomas, necrosis grasas, ectasia ductal, papiloma intraductal, sarcomas, quistes y enfermedades metastásicas.

Evolución: se realiza mastectomía radical modificada con linfadenectomía axilar completa. Anatomía patología confirma carcinoma infiltrante con grado cisto-histológico III, que infiltra dermis y, en varios ganglios examinados aparece metástasis. Actualmente el caso está en comité de tumores para valorar adyuvancia.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): el cáncer de mama es muy infrecuente en los hombres. Por ello, el diagnóstico suele hacerse en estadios avanzados. El tiempo medio estimado entre el síntoma y el diagnóstico es de 19 meses; demasiado tiempo. Probablemente tenga relación con que la gente no espera que un hombre desarrolle este tipo de cáncer, lo que reduce la posibilidad de detección temprana. La supervivencia para estos hombres es similar a la de las mujeres con este mismo cáncer en el mismo estadío. De ahí la importancia de este caso, que nos sirve para tomar conciencia de su existencia y que el diagnóstico precoz marca la diferencia en el pronóstico pudiendo salvar vidas.

Palabras clave: palpable breast nodule, breast cancer, male.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Disnea en una mujer joven con antecedentes de ansiedad

Ruiz Pérez de la Blanca M[1], Jiménez González EM[2], Garrido Moyano F[3]

[1] *MIR 3er año de MFyC. CS Gran Capitán. Granada*
[2] *MIR 3er año de MFyC. CS La Chana. Granada*
[3] *MIR 3er año de MFyC. CS Almanjáyar. Granada*

Ámbito del caso: atención primaria, servicios urgencias.

Motivo de consulta: disnea.

Historia Clínica:

Enfoque individual: paciente de 58 años, con trastorno ansioso en tratamiento con sertralina. Acude a la consulta de primaria por cuadro de disnea progresiva de dos meses de evolución hasta hacerse de pequeños esfuerzos y edematización de MMII. No refiere episodios de disnea paroxística, dolor torácico o clínica de infección respiratoria. Desde el día anterior a acudir a la consulta la disnea ha empeorado de forma súbita, motivo por el cual decide consultarnos.

A la exploración presenta aceptable estado general, TA 200/152, FC 101 lpm, SAT 83% respirando aire ambiente, 22 respiraciones por minuto. En la auscultación se aprecia tonos puros y rítmicos sin soplos con hipoventilación bibasal y murmullo vesicular abolido en base derecha. No ingurgitación yugular. Se realiza radiografía de tórax de urgencia en el centro de salud donde se aprecia derrame pleural bilateral. Dada la clínica se deriva al servicio de urgencias donde se le realiza analítica general en la que destaca hemoglobina de 10.9, BNP 1488 y dímero D de 3.4. Se realiza angio-TAC descartándose TEP. Tras estos hallazgos se interconsulta con cardiología que cursa ingreso para estudio. En planta se realiza ecocardiograma que pone de manifiesto disfunción sistólica moderada del VI.

Enfoque familiar y comunitario: la paciente acude con su marido a consulta, que sugiere pudiera ser otra crisis de ansiedad. Tiene buen apoyo familiar, vive con su marido y su hija, es dependienta y se encuentra estresada en el trabajo.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: se diagnosticó de insuficiencia cardiaca congestiva. Se trata de una paciente que siempre ha consultado por motivos de disnea en el contexto de crisis de ansiedad, pero debemos hacer una buena anamnesis y exploración para evitar errar.

Tratamiento, planes de actuación: sigue tratamiento con furosemida, espironolactona, bisoprolol, ramipril y sertralina.

Evolución: asintomática, pendiente de revisión en consultas externas de cardiología.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): a pesar de que los antecedentes personales son fundamentales a la hora de realizar un diagnóstico, no podemos cegarnos por ellos. Es fundamental realizar una buena historia clínica para poder tratar a nuestros pacientes.

Palabras clave: disnea, insuficiencia cardiaca, ansiedad.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Paciente con arteritis de la temporal y polimialgia reumática asociada

Casas Reyes P[1], Gallo Vallejo FJ[2], Rojas García E[3]

[1] *MIR 4º año de MFyC. CS Zaidín Sur. Granada*
[2] *Médico de Familia. CS Zaidín Sur. Granada*
[3] *MIR 2º año de MFyC. CS Zaidín Sur. Granada*

Ámbito del caso: atención primaria, atención hospitalaria.

Motivo de consulta: varón, de 62 años, con reagudización de dolor lumbarmás intenso que en otras ocasiones. Diez días después comienza con cefalea continua hemicraneal derecha derecha, de tipo pulsátil y sin cefaleas previas.

Historia Clínica:

Enfoque individual y antecedentes personales: omalgia derecha y artralgias en columna cervical y lumbar. Fumador y bebedor habitual.

Exploración: TA 160/115 e inicio de tratamiento con enalapril 10 mg/día. Columna cervical: limitación a la flexo-extensión del cuello por dolor. Exploración neurológica normal. Se inicia tratamiento analgésico y antiinflamatorio con escasa respuesta y se solicitan en atención primaria: radiografías de columna cervical; columna lumbar y hombro; y analítica general con reactantes de fase aguda con la intención de ver si se trata de un reumatismo tipo polimialgia reumática y descartar una posible arteritis de la temporal. La analítica incluyendo VSG 19 mm/h, PCR y ANA normales.

Enfoque familiar: buen apoyo familiar. Desde el principio del cuadro acude acompañado por su mujer.

Evolución: ante la persistencia durante tres días consecutivos de la cefalea se deriva a urgencias hospitalarias, donde es dado de alta con diagnóstico de cefalea tensional. Se deriva a consulta neurología, para estudio de cefalea persistente y acaba siendo ingresado para completar estudio. Se le realiza TAC craneal: Atrofia cerebral de predominio frontal. No evidencia de sangrado cerebral intra ni extraaxial ni efecto masa; y angioRMN: estenosis intracraneal de carótida interna derecha y vertebral. Biopsia de la temporal que resulta positiva para arteritis de células gigantes. Antes de su ingreso, es valorado también por reumatología que diagnostica polimialgia reumática por la clínica del paciente y por comenzar a elevarse la VSG, que llegó a ser 78 mm/h.

Juicio clinico: arteritis de la temporal. Polimialgia reumática asociada.

Planes de actuación: con el diagnóstico citado, se inicia tratamiento con prednisona a dosis altas, evolucionando a la mejoría el paciente tras varios meses.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): desde atención primaria pensamos que se realizó una correcta aproximación diagnóstica al problema del paciente que, lógicamente, precisó de interconsultas e incluso ingreso hospitalario para completar estudio. Tras el alta y con el diagnóstico establecido, el paciente está en seguimiento conjunto por su médico de familia y servicios hospitalarios.

Palabras clave: arteritis, polimialgia, reumatismo.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Abordaje en mujer de 30 años con cáncer de tiroides en estadío metastásico

Guerrero Vargas I[1], Cabrera Díaz AB[2], León López FJ[3]

[1] *MIR 2º año de MFyC. CS Zaidin Sur. Granada*
[2] *MIR 2º año de MFyC. CS Doctores. Granada*
[3] *Médico de familia. CS Zaidin Sur. Granada*

Ámbito del caso: atención primaria y hospitalaria.

Motivo de consulta: la primera consulta acude por tos de dos meses de evolución con expectoración escasa y emetizante, y disnea de moderados esfuerzos.

Historia Clínica:

Antecedentes personales: poliartrítis seronegativa, ovarios poliquísticos.

Anamnesis: mujer de 30 años que acude por disnea de dos meses de evolución y tos persistente.

Exploración: física general y por aparatos y sistemas normal.

Pruebas complementarias: radiografía de tórax y mantoux.

Enfoque familiar y comunitario: estudio de la familia y la comunidad. Familia nuclear con parientes próximos. Red social amplia y de calidad. Acontecimientos vitales estresantes: enfermedad personal, paro, cambio en las condiciones de vida, cambio de actividades sociales. Impresión diagnóstica: patología respiratoria.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: tras la clínica y pruebas diagnósticas a nuestra disposición no concluimos un diagnóstico exacto por lo que se derivó a segundo nivel diagnosticándose de carcinoma papilar tiroideo en estadío metastásico. Diagnóstico diferencial: tuberculosis, otras patologías pulmonares y cardiacas, cáncer.

Tratamiento y planes de actuación: además del tratamiento médico, se realiza tiroidectomía parcial y vaciamiento ganglionar. Pendiente terapia con radioyodo. Desde atención primaria se le ofrece apoyo a la paciente y familiares, informándolos, apoyándolos emocionalmente y ofreciéndole otros tipos de ayuda: psicólogo, trabajadora social y seguimiento reglado por partede salud mental.

Evolución: paulatina, mejorando muy lentamente, con algunas complicaciones como TEP, actualmente presenta disnea de moderados esfuerzos y astenia.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): este caso ejemplifica la colaboración entre atención primaria y hospitalaria, pues aunque el primer contacto se haga en nuestra consulta, es necesario pruebas complementarias y determinados tratamientos que no podemos ofrecer, lo que demuestra la importancia de además de detectar el problema en nuestra consulta, saber en qué momento es necesario derivar a otros especialistas que puedan completar nuestra actuación, sin que esto signifique desprendernos del caso; seguir la evolución, realizar los posteriores abordajes necesarios y mantener el contacto que en definitiva es lo interesante de nuestra especialidad.

Palabras clave: neoplasia tiroidea, metastasis, disnea.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Abordaje en un hombre con depresión reactiva a la situación vivencial

Guerrero Vargas I[1], Cabrera Díaz AB[2], León López FJ[3]

[1] *MIR 2º año de MFyC. CS Zaidin Sur. Granada*

[2] *MIR 2º año de MFyC. CS Doctores. Granada*

[3] *Médico de familia. CS Zaidin Sur. Granada*

Ámbito del caso: atención primaria y hospitalaria.

Motivo de consulta: en septiembre de 2011 acude por ideación autolítica estructurada, por lo que se deriva al hospital para valoración urgente por psiquiatría, donde se plantea el ingreso, pero finalmente se decide seguimiento en consulta y en ESM. Es seguido en esta unidad con mala respuesta a tratamiento.

Historia Clínica:

Enfoque individual:

Antecedentes personales: pluripatología.

Anamnesis: hombre que empieza a asistir a la consulta con frecuencia por cuadro depresivo con ideación autolítica debido a varias situaciones vivenciales anormales.

Exploración: física completa normal. En cuanto a la exploración psíquica, alterado el estado de ánimo.

Pruebas complementarias: analítica general, incluyéndo hormonas tiroideas.

Enfoque familiar y comunitario: familia nuclear con parientes próximos. Red social: nula al perderla tras ruptura matrimonial, social y con los hijos. Acontecimientos vitales estresantes: enfermedad personal, separación matrimonial, cambio de su situación económica, diagnóstico de cáncer de su única hermana. Impresión diagnóstica: episodio depresivo reactivo a su situación personal.

Juicio clínico: depresión mayor según la DSM-IV.

Tratamiento, planes de actuación: el paciente se derivó a salud mental, siendo tratatado con antidepresivos de 1ª y 2ª generación y benzodiacepinas con mal control, prefiriéndo el paciente ser seguido en consulta, por lo que se planteó un apoyo emocional programado de forma semanal y psicoterapia breve en consulta.

Evolución: tras la primera visita refiere episodios de irrealidad. Se contacta por teléfono con ESM para coordinar el seguimiento. Actualmente el paciente se encuentra estable desde el punto de vista emocional, refiriendo en más de una ocasión el agradecimiento de su seguimiento en consulta que evitó que llevara a cabo sus ideas autolíticas.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): es importante conseguir una buena relación médico-paciente y crear un clima de confianza que permita llevar a cabo este tipo de intervenciones y poder hacer un seguimiento más cercano, pues en muchas ocasiones, el paciente necesita simplemente que le escuchen y sentirse apoyado, en este caso la consulta se convierte para el paciente en su único apoyo y por tanto, en el único motivo para seguir adelante. Además este seguimiento posibilita ver la evolución, que en este caso fue favorable, evitando que llevara a cabo sus ideas autolíticas, lo que también conlleva una satisfacción personal.

Palabras clave: depresión reactiva, autolisis, psicoterapia.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Dolor testicular, ¿es realmente una urgencia?

Carrera Robles J[1], Cabrera Díaz AB[2], Padilla Ruíz F[3]

[1] *MIR 4º año de MFyC. CS Salvador Caballero. Granada*
[2] *MIR 2º año de MFyC. CS Salvador Caballero. Granada*
[3] *Médico de Familia. CS Salvador Caballero. Granada*

Ámbito del caso: atención primaria, atención hospitalaria.

Motivo de consulta: dolor en testículo izquierdo (TI) de 3 días de evolución.

Historia Clínica: paciente de 16 años sin antecedentes de interés que acude a urgencias por dolor en área inguinal izquierda e hipogastrio, tras analítica y eco abdominal anodina es dado de alta. Al día siguiente es visto de nuevo en urgencias por dolor en TI. Se le diagnostica de orquitis y dan el alta con antibioterapia. Al tercer día acude a consulta del centro de salud por no encontrar mejoría.

Anamnesis y exploración: detectamos testículo levemente aumentado de tamaño, moderadamente doloroso, palpándose en polo inferior zona de menor consistencia más dolorosa. Le realizamos ecografía: ambos testículos de tamaño y ecoestructura normal, detectándose en cola de epidídimo/polo inferior de TI área redondeada hiperecogénica con sombra acústica posterior.

Juicio clínico: probable torsión de hidátide.

Actuación: ante esta sospecha derivamos a evaluación urgente por urología donde diagnostican orquiepididimítis pautando tratamiento conservador. Un mes después: no dolor ni aumento testicular pero TI es de consistencia pétrea. Realizamos nueva ecografía: hallazgos compatibles con fase residual de torsión de hidátide o neoformación en polo inferior de TI. Nueva derivacion urgente a urología. Ecografía: torsión TI sin signos de necrosis testicular, posible torsión de hidátide. Ingresado en planta. Exploración quirúrgica: TI con cambios inflamatorios tras aparente proceso infeccioso con cierta hipoperfusión en cabeza epididimaria.

Juicio clínico: escroto agudo.

Diagnóstico diferencial: alteraciones circulatorias (torsión de testículo o hidátide, hernia incarcerada), inflamatorias (orquiepididimitis), tumores testiculares, cuadros alérgicos o traumatismos.

Tratamiento: orquidopexia bilateral.

Evolución: el paciente evoluciona favorablemente, encontrándose actualmente asintomático. Pendiente de nueva ecografía testicular y revisión en Urología.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): ante un escroto agudo es fundamental conocer el inicio de síntomas y su evolución. Lo más urgente a descartar es una torsión testicular, ya que si transcurren más de 6 horas el testículo puede ser inviable. El diagnóstico se realiza con eco-doppler (detección interrupción de flujo) y es fundamental realizarla en las primeras horas. La confirmación diagnóstica es quirúrgica, siendo obligada su realización si se realiza un diagnóstico de torsión y siempre que existan dudas diagnósticas.

Palabras clave: testicle, torsion, orchiepididymitis.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Ictus en paciente sin factores de riesgo cardiovascular

Terrón Fuentes D[1], Padilla Pérez M[2], Pérez Cabeza de Vaca I[3]

[1] MIR 2º año de MFyC. CS San Felipe. Jaén

[2] Cardióloga. Hospital Médico-Quirúrgico. Jaén

[3] Médico de familia. CS Linares. Linares (Jaén)

Ámbito del caso: atención hospitalaria desde urgencias.

Motivo de consulta: desviación de la comisura bucal y disartria.

Historia Clínica: mujer de 71 años que ingresa por desviación de la comisura bucal izquierda, acorchamiento de brazo izquierdo y disartria de más de 24 horas de evolución. Como antecedentes personales: alergias a penicilinas. Síndrome depresivo. No hábitos tóxicos.

Tratamiento habitual: venlafaxina retard, mirtazapina, lorazepam, omeprazol.

Exploración: TA 140/90. Afebril, consciente y orientada. Leve disartria. Parálisis facial izquierda. Sin otra focalidad neurológica. ACP: rítmica sin soplos ni extratonos.

Presenta varios episodios de disartria durante el ingreso, solicitándose las siguientes pruebas complementarias: hemograma y coagulación normales. EKG en RS a 100, sin otras alteraciones. TAC craneal: infarto lacunar de 1cm en tálamo izquierdo. Lesiones vasculo-degenerativas en sustancia blanca. AngioRM de cerebro, polígono de Willis y troncos supraaorticos: pequeño infarto subagudo cortical parietal derecho, resto de exploración normal. Ecocardiograma: aneurisma del septo interauricular (ASI), adelgazamiento del septo y amplio desplazamiento hacia ambas aurículas de predominio a la izquierda de 18 mm. Foramen Oval Permeable (FOP). Resto normal.

Juicio clínico: ictus isquémico lacunar en hemisferio derecho. ASI y FOP.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): el ictus criptogénico hace referencia a la aparición de un accidente cerebrovascular sin causas identificables, como el embolismo cardiaco, ateromatosis de grandes vasos, principalmente carotídea, y la enfermedad de pequeño vaso. Uno de sus desencadenantes son los defectos del septo interauricular, como la asociación de FOP y ASI, objetivada en el ecocardiograma. Con respecto al tratamiento, existe una falta de consenso sobre cuándo realizar el cierre percutáneo del FOP ó anticoagular cuando se producen accidentes tromboembólicos repetidos. Según un reciente artículo "in press" de la Revista Española de Cardiología sobre las indicaciones del cierre percutáneo del FOP en el ictus criptogénico, existen estudios que indican que el tratamiento invasivo podría ser más efectivo que el médico (comparado con warfarina y/o ácido acetilsalicílico), en pacientes menores de 55 años, con evidencia de trombosis venosa o alteraciones anatómicas de alto riesgo. Respecto al resto de pacientes no aporta claridad sobre la decisión más adecuada. Por todo ello se hace necesario profundizar en éste caso para cerrar las numerosas preguntas acerca del manejo que quedan abiertas.

Palabras clave: stroke, aneurysm, atrial.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Un comienzo diferente para la Enfermedad de Crohn

Martín Fernández A[1], Turnes González AJ[2], Muñoz Jiménez MA[3]

[1] *MIR 3er año de MFyC. CS Mirasierra. Granada*
[2] *MIR 3er año de MFyC. CS Zaidín Sur Granada*
[3] *Médico Pediatra. CS Mirasierra. Granada*

Ámbito del caso: atención primaria en pediatría.

Motivo de consulta: lesiones nodulares en miembros inferiores.

Historia Clínica: paciente de 12 años con antecedentes personales de dermatitis atópica, reflujo vesicoureteral y hábito intestinal estreñido. Hasta ahora no ha presentado problemas de comportamiento ni psicoafectivos. Vive con sus padres y un hermano mayor en Granada, manteniendo una buena situación socioeconómica. Acude por presentar lesiones nodulares eritematosas en miembros inferiores de tres meses de evolución.

Exploración: general, neurológica, cardiorrespiratoria y abdominal sin alteraciones destacables. Lesiones eritematosas nodulares en áreas pretibiales bilaterales con signos de inflamación e induración.

Pruebas complementarias: autoinmunidad, serologías, estudio de celiaquía, frotis faríngeo, coprocultivo, Mantoux y estudio de hemoglobinopatías negativos. En analítica básica destaca elevación de reactantes de fase aguda y anemia microcítica hipocroma con ferropenia sin respuesta a tratamiento con hierro oral. La paciente es derivada para estudio en digestivo y reumatología siendo dada de alta por mejoría de la anemia tras varios meses con ferroterapia oral y desaparición de lesiones de eritema nodoso. Un año después acude presentando leve dolor abdominal, alteración del hábito intestinal, retraso en la velocidad de crecimiento en el control somatométrico y anemia ferropénica de nuevo, con determinación de sangre oculta en heces positivo. Tras nuevo estudio en digestivo es diagnosticada de enfermedad de Crohn.

Juicio clínico e identificación de problemas: eritema nodoso, anemia ferropénica y retraso del crecimiento como clínica de debut en paciente con enfermedad de Crohn.

Tratamiento: dieta de proteínas enteras (poliméricas), corticoides y omeprazol.

Evolución: la paciente presentó brote agudo de su enfermedad cursando con fiebre, eritema nodoso y dolor abdominal precisando ingreso hospitalario. Actualmente se encuentra asintomática sin haber presentado nuevos brotes.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): conocimiento de las manifestaciones extradigestivas de la enfermedad de Crohn, que por su inespecificidad pueden provocar retraso en el diagnóstico. Además la importancia para el médico de familia de valorar siempre al paciente de forma global e integral evitando así el exceso de pruebas complementarias. Es fundamental mantener una buena comunicación y colaboración entre atención primaria y hospitalaria para lograr un abordaje completo y adecuado.

Palabras clave: Crohn, eritema nodoso, ferropenia.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Dolor centrotorácico en paciente joven: miopericarditis

Martín Fernández A[1], Goncalves Santiago de Carvalho S[2], Sorroche Baldomero J[2]

[1] *MIR 3er año de MFyC. CS Mirasierra. Granada*
[2] *Médico de Familia. CS Mirasierra. Granada*

Ámbito del caso: atención hospitalaria.

Motivo de consulta: dolor centrotorácico.

Historia Clínica: paciente varón de 18 años con antecedentes personales de apendicectomía e intervenido de sinus pilonidal, que vive solo en Granada como estudiante universitario desplazado desde Cádiz donde reside el resto de su familia. Acude por presentar dolor centrotorácico de horas de evolución, no irradiado, de características pleuropericardíticas, que se intensifica con el decúbito y mejora al incorporarse hacia delante. No se acompaña de fiebre ni cortejo vegetativo. Refiere cuadro de faringoamigdalitis tratado con amoxicilina/clavulánico e ibuprofeno oral una semana antes.

A la exploración se encuentra hemodinámicamente estable, eupneico en reposo sin tolerar decúbito. Auscultación cardiaca rítmica sin soplos ni roces. Auscultación respiratoria y abdomen anodinos. Faringe hiperémica sin exudados pultáceos. Miembros inferiores sin alteraciones destacables de interés.

Pruebas complementarias: ECG con bloqueo de rama derecha y elevación de segmento ST con ondas T hipercoltadas en precordiales izquierdas y derivaciones de miembros. Analítica con leucocitosis y elevación de proteína C reactiva (255mEl/L), destaca troponina T ultrasensible de 2992ng/l y proBNP de 3000pg/l. El paciente fue ingresado en UCI, contactando telefónicamente con sus padres para explicarles la situación y recibirlos de nuevo a su llegada al hospital.

Diagnóstico diferencial: ante el cuadro de dolor centrotorácico en paciente joven se debe valorar diagnóstico diferencial entre: pericarditis/miopericarditis, crisis de ansiedad, dolor osteomuscular/características mecánicas, patología esofágica, isquemia cardiaca aguda.

Juicio clínico: miopericarditis aguda secundaria a proceso faringoamigdalar agudo.

Tratamiento: monitorización, AAS, amoxicilina/clavulánico.

Evolución: tras estabilización clínica, hemodinámica y analítica en UCI el paciente es trasladado a sala de cardiología. Se completa estudio con serologías, RMN cardiaca, ecocardiografía y perfusión miocárdica objetivando una fracción de eyección moderadamente deprimida y derrame pericárdico ligero secundarios a daño miocárdico moderado-severo.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): es importante realizar un adecuado diagnóstico diferencial y realización de pruebas complementarias en pacientes jóvenes con dolor centrotorácico. Destacar la importancia de la actitud y posición del médico de familia en el proceso de comunicación de malas noticias a pacientes y familiares, más aun cuando no se encuentran presentes y son recibidos de forma diferida.

Palabras clave: dolor torácico, joven, miopericarditis.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Artritis y tumefacción manos en anciano

Cuenca del Moral R[1], Moreno Moreno RE[2], Acero Guasch N[3]

[1] *Médico de Familia. CS Albarizas. Marbella (Málaga)*

[2] *Médico de Familia. CS Palma Palmilla. Málaga*

[3] *Médico de Familia. Área de Salud de Eivissa y Formentera (Baleares)*

Ámbito del caso: mixto, la mayor parte en atención primaria. Para completar estudio atención especializada.

Motivo de consulta: varón de 70 años que consulta por tumefacción en manos y poliartralgias.

Historia Clínica:

Antecedentes personales: hipertensión arterial, tratamiento enalapril 20 mg/día. Dislipemia mixta, tratamiento simvastatina 20 mg/día. Hiperuricemia en tratamiento alopurinol 100 mg/día. Bebedor moderado.

Anamnesis: refiere en últimas 3 semanas aparición de forma súbita de dolor en ambos brazos y manos con hinchazón de ambas manos. Astenia y pérdida de apetito sin pérdida de peso aparente. No fiebre. No ha mejorado con paracetamol 1 gr cada 8 horas.

Exploración: TA 135/90. Buen estado general. Bien hidratado y nutrido. Afebril. Claudicación escapular. No claudicación pelviana. Palpación temporal normal. Hipertrofia sinovial discreta bilateral metacarpofalángica. Tumefacción bilateral leve con fóvea en dorso manos (refiere mayor tumefacción en semanas previas). Dolor a palpación articulacione interfalángicas bilaterales. Resto de aparato locomotor sin alteraciones. Tonos rítmicos regulares a 80 lpm Mvc sin ruidos. No edemas. Abdomen hepatomegalia de dos traveses.

Pruebas complementarias: analítica destaca triglicéridos 250 mg/ dl, colesterol total 250 (LDL 150 mg/dl). Hipertransaminasemia leve, PCR 52, VSG 78, FR normal. Alfafetoproteina límite alto de la normalidad. Radiografía simple manos no presencia de lesiones erosivas.

Diagnóstico diferencial: artritis reumatoide. Polimialgia Reumática. Enfermedad por depósitos. Amiloidosis. Síndrome RS3PE.

Diagnóstico: sospecha sinovitis simétrica seronegativa remitente del anciano con edema (Síndrome RS3PE). Se instaura tratamiento con prednisona 20 mg al día con mejoría franca a la semana. Se mantiene tratamiento y se deriva a medicina interna por posible asociación de este síndrome a neoplasias.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): ante una poliartritis con edema en manos en paciente anciano debemos pensar en el síndrome RS3PE.

Palabras clave: aged, edema, arthritis.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Sudoración nocturna en mujer joven

Cuenca del Moral R[1], Moreno Moreno RE[2], Ramírez Aliaga M[3]

[1] *Médico de Familia. CS Albarizas. Marbella (Málaga)*
[2] *Médico de Familia. CS Palma Palmilla. Málaga*
[3] *Médico de Familia. CS El Palo. Málaga*

Ámbito del caso: mixto, mayor parte en atención primaria. Para completar estudio y tratamiento atención especializada.

Motivo de consulta: mujer de 36 años. Acude a consulta médica por presentar sudoración nocturna.

Historia Clínica:

Antecedentes personales: no antecedentes médicos de interés. No tratamiento farmacológico habitual. Niega consumo de tóxicos.

Anamnesis: refiere en último mes durante la noche episodios súbitos de calor y sudoración autolimitados de menos de 5 minutos de duración de sudoración durante la noche que interrumpen el descanso nocturno. Insomnio secundario e irritabilidad. Factores estresantes laborales. No síntomas de ansiedad ni depresión. No fiebre. No escalofríos ni tiritona. No artralgias. No tos ni expectoración. No hemoptisis. No astenia, no pérdida de peso ni anorexia. No cefalea ni taquicardias. No prurito. No temblor. No alteraciones de hábito intestinal, no regurgitaciones ni otros síntomas digestivos. Ciclos menstruales regulares con fórmula menstrual 5/28. Niega posibilidad de embarazo. Método anticonceptivo preservativo. No toma de fármacos. No viajes recientes.

Exploración: TA 110/60. Buen estado general. Eupneica. Afebril. Piel normal. No alteraciones ungueales. Cavidad oral normal. No ingurgitación yugular. No adenopatías. Palpación tiroidea normal. Tonos rítmicos regulares a 70 lpm. No soplos. Murmullo vesicular conservado sin ruidos patológicos. Abdomen normal. No masas ni megalias. Extremidades normales. No focalidad neurológica.

Pruebas complementarias:

Analítica: hemograma, bioquímica, tsh, orina, test gestación, catecolaminas orina, PCR normales. Serología: VIH, Brucella, VHB, VHC, VEB, Lues, CMV y toxoplasmosis negativas. Radiografía tórax normal. Mantoux negativo.

Acude seis semanas después por amenorrea secundaria. Test de gestación negativo. Se realiza perfil gonadal no solicitado previamente con basal de gonadotropinas elevadas: FSH 62.49 mUI/ml LH 55.35 mUI/ml 17 beta estradiol 47.59 pg/ml, PRL 14,69 ng/ml.

Diagnóstico diferencial:

Tumoral: linfoma Hodgkin, linfoma no Hodgkin, carcinoma medular tiroides. Carcinoma renal, insulinoma. Infecciones: TBC, micobacterias atípicas, brucelosis, endocarditis, vih, hepatitis C, veb. Fármacos. Endocrinas: feocromocitoma, menopausia, hipertiroidismo, diabetes mellitus, diabetes insípda. Síndrome carcinoide. Otras: síndrome abstinencia, RGE, hiperhidrosis idiopática, trastorno de ansiedad generalizada, arteritis de la temporal, saos, neuropatía autonómica

Diagnóstico: fallo ovárico precoz. Se completa estudio por ginecología (estudio genético y autoinmune normal). FOP idiopático. Se instaura tratamiento hormonal sustitutivo.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): dentro del diagnóstico diferencial de la sudoración nocturna debemos pensar en menopausia independientemente de la edad de la paciente.

Palabras clave: sweating, young adult, menopause, premature.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

El desconocido

Irigoyen Martínez C[1], González Hevilla A[2], Ruiz Granada MD[2]

[1] MIR 2º año de MFyC. CS Alameda-Perchel. Málaga
[2] MIR 1er año de MFyC. CS Alameda-Perchel. Málaga

Ámbito del caso: urgencias extrahospitalarias.

Motivo de consulta: dolor torácico irradiado a espalda.

Historia Clínica: varón de 61 años con dolor centrotorácico opresivo irradiado a espalda acompañado de sudoración profusa, en reposo. Dolor de una semana de evolución, hoy más intenso que en días previos, ha tomado un comprimido de metamizol, mejorando la sintomatología. Esta madrugada le ha despertado el dolor.

Exploración física: regular estado general, sudoroso, consciente, orientado y colaborador. Aparato circulatorio: tonos puros rítmicos no soplos. Aparato pulmomar: murmullo vesicular conservado sin ruidos patológicos. Abdomen: globuloso, depresible no masas ni megalias, no doloroso a la palpación. Miembros inferiores: sin edemas no signos de trombosis venosa profunda. Pulsos distales conservados y simétricos. Exploración neurológica: pupilas isocóricas normorreactivas a la luz y a la acomodación, movilidad ocular extrínseca conservada, resto de pares craneales normales, no dismetría ni adiadococinesia, romberg -, fuerza y sensibilidad conservadas.

Electrocardiograma: ritmo sinusal 86 latidos por minutos con descenso del segmento ST > 1 mm en V4 a V6. TA: 140/80 mmhg. Frecuencia cardiaca 86 lpm. Frecuencia Respiratoria: 12 rpm. Saturación de oxígeno del 98%. Glucemia capilar 101 mg/dl.

Se administra oxígeno en gafas nasales a 3 l/min. Cafinitrina sublingual, AAS 300 mg, clopidogrel 300 mg via oral. Cloruro mórfico IV 2,5 cc repitiéndose dosis a los 15 minutos por persistencia del dolor. Durante el traslado perfusión de solinitrina IV.

A nuestra llegada al hospital paciente desorientado, desviación de la comisura bucal a la izquierda, hemiparesia derecha.

TAC toraco-abdominal: Disección de aorta toraco-abdominal que afecta a aorta torácica ascendente, salida de arteria carótida común izquierda y tronco innominado. Esta imagen se extiende hasta 6,6 cm por debajo de la salida de la arteria renal izquierda.

En la sala de rayos, el paciente sufre parada cardiorrespiratoria. Tras 30 minutos de RCP avanzada el paciente continua sin pulso, se decide detener las maniobras.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): la disección de aorta es un diagnóstico diferencial a tener en cuenta en paciente con sospecha de IAM severo.

Palabras clave: sindrome coronario agudo, disección de aorta, dolor torácico.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Tos y anafilaxia: Hidatidosis pulmonar

Aguado Rivas R[1], Rico Azuaga MJ[2], Sánchez Durán M[3]

[1] *Médico de Familia. CS Almuñecar (Granada)*
[2] *Médico de Familia. CS Poniente. La Linea de la Concepción (Cádiz)*
[3] *Médico de Familia. UGC Estepa (Sevilla)*

Ámbito del caso: atención primaria y hospitalaria.

Motivo de consulta: tos seca y dolor torácico desde hace dos semanas.

Historia Clínica:

Enfoque individual:

Antecedentes personales: alergia a ácido acetilsalicilico, sospecha de reacción anafiláctica a colorantes o conservantes en estudio.

Anamnesis: mujer de 34 años procedente del Europa del Este, que acude a servicio de urgencias por tos persistente con molestias centrotorácicas. Hace dos semanas presentó disnea con tos tras ingesta de alimentos diagnosticandose de reacción alérgica; la disnea mejoró con corticoides pero la tos persistió añadiéndose fiebre que se trató con azitromicina.

Exploración: buen estado general, eupneica, cabeza y cuello normales; auscultación cardiopulmonar, abdomen y extremidades normales.

Pruebas complementarias: HB 11.5, HTO34.9, plaquetas 494, leucos12.2, 3.8%eosinofilos, SAT O2 97.4%, PH 7.43, bicarbonato 21.7. RX torax: tumoración paracardiaca derecha. TAC: masa de 78mm en LM que abomba cisura, delimitado por cápsula, presenta septos internos parece comunicarse con bronquio de LM presentando lesión hipodensa en su interior, adenopatías menores de 12mm pretraqueales derechos, hígado normal.

Enfoque familiar y comunitario: casada, madre de dos niños, presenta buen apoyo familiar.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial e identificación de problemas: es diagnósticada de quiste hidatídico pulmonar tras diagnostico diferencial con quiste pleuropericárdico. Se notifica el caso a epidemióloga de zona, se realiza estudio de convivientes y la paciente niega tener contacto con animales en la actualidad.

Tratamiento y planes de actuación: se solicitó analítica general con función hepática, serología de hidatidosis y se envió a anatomía patológica esputo con posible vómica. Se pautó tratamiento con albendazol 400mg 1 comp /12h durante 28 días, en 3 ciclos descansando 14 días entre ellos. Se remite a cirugía torácica para valoración quirúrgica.

Evolución: remitida a cirugía torácica se le explicó la cirugía, lobectomía media pulmonar, sus riesgos y alternativas.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): es una infección poco frecuente en nuestro medio pero debemos estar alerta por la mayor movilidad geográfica de nuestros pacientes y sospecharla ante una clínica compatible. El hígado y los pulmones son los sitios más frecuente de localización de estos quistes. Puede existir relación entre los episodios de anafilaxia que ha presentado nuestra paciente y el quiste hidatídico.

Palabras clave: echinococcosis, cough, anaphylaxis.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Un tic o algo más: Meningioma del peñasco

Aguado Rivas R[1], Rico Azuaga MJ[2], Sánchez Durán M[3]

[1] *Médico de Familia. CS Almuñecar (Granada)*
[2] *Médico de Familia. CS Poniente. La Linea de la Concepción (Cádiz)*
[3] *Médico de Familia. UGC Estepa (Sevilla)*

Ámbito del caso: atención primaria y hospitalaria.

Motivo de consulta: espasmo en músculo orbicular del ojo izquierdo.

Historia Clínica:

Enfoque individual:

Antecedentes personales: migraña de predominio menstrual desde hace años, no hábitos tóxicos, no alergias medicamentosas conocidas.

Anamnesis: mujer de 37 años que acude a consulta por tic a nivel del orbicular del párpado del ojo izquierdo de cuatro meses de evolución.

Exploración: GCS 15/15, consciente, orientada, alerta y atenta, lenguaje coherente sin rasgos disártricos ni disfásicos, PICNR, MOEc , no alteración de otros pares craneales, no otra focalidad motora, marcha normal, pruebas cerebelosas sin alteraciones.

Pruebas complementarias: en el estudio de neuroimagen TAC y RMN se observa lesión en ángulo pontocerebeloso izquierdo sugerente de meningioma de 14x12x9mm valorada en oftalmología se apreció edema de papila bilateral sin alteración de la agudeza visual, fue vista de forma urgente en neurocirugía donde no consideraron que la posible hipertensión intracraneal tuviera relación con el meningioma.

Enfoque familiar y comunitario: paciente casada, vive con su marido y sus dos hijos de 18 y 10 años, dispone de buen apoyo familiar, buena relación con sus padres que viven en el mismo pueblo y con quienes acude a consulta.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial e identificación de problemas: tras el diagnóstico diferencial con nódulo calcificado y metástasis durales se diagnosticó de meningioma y de cefalea ocasional de características migrañosas que inicialmente se trató con topiramato que posteriormente se retiró al no tolerarlo por los efectos secundarios de cansancio, abatimiento y disestesias en pies y manos. El espasmo del orbicular desapareció previo a radiocirugía.

Tratamiento y planes de actuación: tratamiento con radiocirugía del meningioma.

Evolución: continúa seguimiento por los servicio de oftalmología, neurología y neurocirugía con RMN de control pasados 3 meses de la cirugía. En la actualidad en tratamiento con duloxetina 60mg, lyrica 75mg y alprazolam 0.25mg.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): en nuestro paciente parece que el edema de papila y el tic son independientes del meningioma, pero gracias a completarse el estudio del tic se han podido diagnosticar y tratar de forma precoz.

Palabras clave: meningioma, tics, papilledema.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Lumbalgia, no siempre una patología banal

Rico Azuaga MJ[1], Aguado Rivas R[2], Sánchez Durán M[3]

[1] *Médico de Familia. CS Poniente. La Linea de la Concepción (Cádiz)*
[2] *Médico de Familia. CS Almuñecar (Granada)*
[3] *Médico de Familia. UGC Estepa (Sevilla)*

Ámbito del caso: urgencias y atención hospitalaria.

Motivo de consulta: dolor dorsolumbar que irradia a miembro inferior derecho.

Historia Clínica:

Enfoque individual:

Antecedentes personales: hipertensión, dislipemia, HBP, glaucoma, en tratamiento con cozaar plus, alphagan, ganford. No RAMC.

Anamnesis: varón de 85 años que acude por dolor dorsolumbar de dos meses de evolución que no mejora con inzitan ni eterocoxib. Desde el día anterior refiere dificultad para miccionar y parestesias en miembros inferiores. Hace 5 años se recomendó biopsia prostática que rechazó.

Exploración física: destaca globo vesical que se resuelve mediante sondaje, orina hematúrica y con coágulos. Presenta dorsalgia irradiada a región anteroinferior de ambos hemitorax y lumbalgia que irradia a extremidad inferior derecha y parestesias en miembros inferiores. Lassague bilateral positivo.

Pruebas complementarias: hemograma normal, glucemia 120, urea 91, creatinina 1.77, PCR 15,4. FA 121, PSA 417, CA 19.9: 83,7. ORINA: 250 hematíes. RX torax: lesión nodular parahiliar derecha. RX columna lumbar: fractura y aplastamiento de D3. TAC: adenopatías mediastínicas, retroperitoneales, ilio-inguinales patológicas, lesiones líticas en octavo y noveno arcos costales, D8-D9, D5 y mixto-esclerótica en L3. RMN: lesiones líticas desde L1-L5, s1, aplastamiento de L3. Gammagrafía ósea: hipercaptación en D7-D10, L4, SACRO.

Enfoque familiar y comunitario: buen apoyo familiar, rechaza tratamientos agresivos.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial e identificación de problemas: tras diagnóstico diferencial con otras causas de lumbalgia se diagnostica de cáncer de próstata en estadio IV con metástasis óseas.

Tratamiento y planes de actuación: se inicia bloqueo hormonal y se deriva a radioterapia por compresión radicular a nivel de D8, L3.

Evolución: persiste sondaje por vejiga neurógena, mejora dolor osteoarticular y parestesias.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): el 70% de la población padecerá en algún momento una lumbalgia, en atención primaria debemos vigilar los signos de alarma y realizar una buena exploración física, anamnesis, y uso de pruebas complementarias sí es preciso. El 0.7% de las lumbalgias son secundarias a neoplasias, de ellas solo un 30% tienen un diagnóstico previo de cáncer. Las metástasis son las causas más frecuente de lesión neoplásica espinal, el cáncer de próstata es el tercero en frecuencia que mas metástasis óseas provoca.

Palabras clave: prostatic neoplasms, low back pain neoplasm metastatsis.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Atención a la gonalgia crónica en paciente joven

De la Torre Marín AJ[1], Benabdellah Abouhammadi S[2], Barragán Alarcón R[3]

[1] *MIR 4º año de MFyC. CS Zaidín Sur. Granada*
[2] *MIR 4º año de MFyC. CS Almanjayar. Granada*
[3] *MIR 4º año de MFyC. CS San Diego. Lorca (Murcia)*

Ámbito del caso: atención primaria.

Motivo de consulta: paciente varón de 17 años que acude a consulta por gonalgia de años de evolución.

Historia Clínica:

Anamnesis: paciente varón de 17 años, sin antecedentes personales conocidos, que acude por primera vez a consulta por gonalgia izquierda de años de evolución, que se ha acentuado en los últimos meses, notando además, tumefacción suprarrotuliana y, en ocasiones, dolor en cara interna de la rodilla izquierda. No hay limitación de la movilidad ni dificultad para la deambulación. No refiere inestabilidad a nivel de la rodilla ni claudicación. Comenta haber consultado a otros especialistas que achacan las molestias a su etapa de crecimiento. No practica deportes ni realiza esfuerzos físicos. No se le han realizado pruebas complementarias previamente. Ha realizado tratamiento por su cuenta durante este tiempo con reposo, analgésicos y antiinflamatorios sin mejoría clínica.

Exploración: la exploración física es completamente anodina, salvo ligera tumefacción, sin otros datos inflamatorios, en cara interna del tercio distal de muslo izquierdo.

Pruebas complementarias: solicitamos radiografía de fémur y rodilla izquierda, donde se aprecia imagen pediculada a nivel de la metáfisis del fémur.

Diagnóstico diferencial: ante una lesión a ese nivel, principalmente habría que pensar en la posibilidad de quiste óseo solitario, osteocondroma, osteosarcoma y condrosarcoma.

Juicio clínico: ante la edad del paciente y situación y forma de la tumoración, se sospecha osteocondroma.

Tratamiento: se remite a la unidad hospitalaria de tumores óseos, donde se confirma la sospecha diagnóstica y se programa intervención quirúrgica.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): no catalogar toda patología osteomuscular en paciente joven como mecánica o secundaria a la etapa de crecimiento. Utilidad de la radiografía en patología ósea. Importancia del diagnóstico precoz y tratamiento de la patología tumoral ósea.

Palabras clave: gonalgia, tumor, óseo.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

No todo es una faringoamigdalitis aguda

De la Torre Marín AJ[1], Barragán Alarcón R[2], Benabdellah Abouhammadi S[3]

[1] *MIR 4º año de MFyC. CS Zaidín Sur. Granada*
[2] *MIR 4º año de MFyC. CS San Diego. Lorca (Murcia)*
[3] *MIR 4º año de MFyC. CS Almanjayar. Granada*

Ámbito del caso: atención primaria y urgencias hospitalarias.

Motivo de consulta: paciente varón de 65 años que consulta por odinofagia, fiebre y dificultad respiratoria.

Historia Clínica:

Anamnesis: paciente varón de 65 años, con antecedentes personales de hipertensión arterial, dislipemia mixta y cardiopatía isquémica crónica, que consulta por odinofagia, fiebre de 39ºC, sensación de dificultad respiratoria y trismus de horas de evolución. Había sido atendido en el servicio de urgencias hospitalario cuatro horas antes de acudir a nuestra consulta. La exploración física en ese momento destacaba leve deformidad de pilar palatogloso derecho. Tras valoración analítica donde destacaba elevación de reactantes de fase aguda (leucocitosis de 27578 con neutrofilia de 22384 y proteína C reactiva 176), dan alta hospitalaria con diagnóstico de faringoamigdalitis aguda y pautan tratamiento antibiótico con amoxicilina/clavulánico 875/125mg cada 8 horas. Entre los antecedentes, destacar manipulación odontológica en los días previos, sin cobertura antibiótica.

Exploración: en nuestra consulta, llama la atención que el paciente entra con la mano en el cuello. Se encuentra sudoroso, taquipneico, con sensación de enfermedad grave. Induración cutánea a nivel submandibular. A nivel otorrinolaríngeo se aprecia elevación y desplazamiento posterior de la lengua, sialorrea, trismus importante, imposibilidad para articulación completa de palabras y deglución y llamativa tumefacción del suelo de la boca. TA 147/85 mmHg. FC 133 lpm. FR 24 rpm. Tª 39.3ºC. SaO2 94% sin aporte.

Juicio clínico: ante el antecedente odontológico, el compromiso de vía respiratoria y la presencia de celulitis del suelo de la boca, se sospecha angina de Ludwig.

Tratamiento y evolución: se administra al paciente bolo de 120 mg de metilprednisolona y oxigenoterapia. Se procede al traslado del paciente en ambulancia con personal médico. En hospital, tras realización de TAC y valoración por otorrinolaringología, se confirma diagnóstico e ingresa en UCI para control de vía respiratoria y antibioterapia intravenosa, evolucionando de forma favorable en los días posteriores sin necesidad de intervención quirúrgica.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): valorar la importancia de los antecedentes médicos recientes de todos los pacientes. No catalogar toda odinofagia como faringoamigdalitis aguda. Discriminar una urgencia vital de otras que no lo son.

Palabras clave: odinofagia, trismus, sialorrea.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Fiebre de origen desconocido que resultó ser fiebre de origen bebible

De la Torre Marín AJ[1], Contreras Ruiz I[2], Ventura Ventura MM[1]

[1] *MIR 4º año de MFyC. CS Zaidín Sur. Granada*
[2] *Médico de Familia. CS Zaidín Sur. Granada*

Ámbito del caso: atención primaria.

Motivo de consulta: varón de 27 años que acude a consulta por fiebre vespertina de 3 semanas de evolución.

Historia Clínica:

Anamnesis: varón de 27 años, sin antecedentes personales ni familiares de interés, que consulta por fiebre de hasta 38'3ºC diaria, vespertina, de 3 semanas de evolución. No refiere otra clínica por órganos y aparatos. Niega contacto con animales, viajes recientes al extranjero o cambio en los hábitos de vida.

Exploración física: la exploración por órganos y aparatos no destaca hallazgos significativos.

Pruebas complementarias: en su historial consta una analítica básica de urgencias de los días previos al inicio del cuadro, completamente normal. Dado que tiene buen soporte social y no presenta afectación del estado general ni criterios de gravedad, se decide momentáneamente control ambulatorio. Se solicita hemograma, VSG, bioquímica básica con perfil hepático, CPK, LDH, PCR, ANA, FR, proteinograma, serología para VHA, VHB, VHC, VIH, CMV, VEB, VHS-6, LUES, Toxoplasma, Brucella y Coxiella burnetii, sistemático de orina y mantoux, todas ellas negativas. La radiografía de tórax solicitada no desvela información de interés. Se realiza ecografía abdominal en el centro de salud sin localizar imágenes significativas.

Juicio clínico: fiebre de duración intermedia.

Tratamiento: se inicia tratamiento sintomático con paracetamol 1g cada 8 horas.

Evolución: ante la persistencia de fiebre vespertina tras una semana de la primera consulta, se inicia tratamiento empírico con doxiciclina 100mg / 12 horas durante 10 días, sin mejoría del cuadro. En la cuarta visita a consulta, acude acompañado por su pareja, la cual refiere que con la preparación de las oposiciones, ingiere un zumo de ginseng y cafeína todas las tardes, y aproximadamente dos horas después de la ingesta, inicia un cambio del comportamiento y la fiebre. Tras retirada de bebida energética/estimulante, cede el cuadro actual y toda sintomatología.

Juicio final: hipertermia inducida por sustancias estimulantes.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): valorar al paciente en su totalidad, dando importancia a todos los cambios en su vida habitual.Tener en cuenta el consumo de bebidas energéticas y estimulantes, que para los pacientes no tienen efectos sobre la salud. No siempre la fiebre es de carácter infeccioso.

Palabras clave: fiebre, estimulantes.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Síndrome de Sheehan, un diagnóstico a tener en cuenta

Guerrero Barranco B[1], Ámez Rafael D[2], Montabes Pereira C[3]

[1] MIR 2º año de MFyC. CS Roquetas Sur (Almería)
[2] MIR 2º año de MFyC. CS La Gangosa (Almería)
[3] Médico de Familia. CS Roquetas Sur (Almería)

Ámbito del caso: mujer de 35 años, acude a nuestra consulta tras cambiar de médico de atención primaria por cuarta vez ya que ninguno le hace caso.

Motivo de consulta: la paciente refiere estar desde hace 7 años tremendamente cansada, justo coincidiendo con el nacimiento de su último hijo. Desde entonces ha tenido varios diagnósticos: depresión postparto, ansiedad e incluso fibromialgia. Ninguno de los tratamientos que ha realizado le ha resultado efectivo. Asegura no haber sufrido ninguna enfermedad importante, como único incidente refiere que tuvo un parto complicado hace 7 años tras el cual "no le subió la leche", y desde entonces presenta trastornos menstruales y pérdida del vello axilar.

Historia Clínica:

Antecedentes personales: no alergias medicamentosas. Sin factores de riesgo cardiovascular, ni hábitos tóxicos. Único antecedente de interés parto complicado hace 7 años, desde ese momento trastornos menstruales, marcada astenia y malestar general.

Exploración física: buen estado general, exploración general sin alteraciones, constantes normales.

Analitica: hemograma y bioquímica normal, incluida función hepática. VSG 16, colesterol total 319, triglicéridos 104, HDL 77, TSH 2.52, T4 0.49, FSH 6.4, LH 2.5, PRL 8.8. Orina normal, incluido cortisol en orina de 24h. Se solicitó TAC hipofisario: silla turca vacía, con presencia de tallo hipofisario de localización central y extendido hasta silla turca. A raíz de lo cual se derivo a medicina interna para realización de resonancia y estudio. RMN craneal: la hipófisis se encuentra aplastada en el suelo de la silla turca, por herniación de la cisterna supraselar. Compatible con silla turca vacía.

Con las pruebas analíticas y RMN (prueba de elección) se llegó al diagnóstico de síndrome de Sheehan. Se inició tratamiento con hidrocortisona 20mg diario. La paciente normalizó las cifras de colesterol y desaparecieron los síntomas de astenia y malestar general. Sin precisar otras actuaciones.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): la necrosis hipofisaria posparto o síndrome de Sheehan es el infarto de la glándula hipofisaria secundario a una hemorragia postparto. Se trata de un síndrome poco frecuente, y sus síntomas dependen de la disfunción de las glándulas efectoras, lo que puede llegar a retrasar años el diagnóstico.

Palabras clave: síndrome Sheehan, hemorragia posparto hipopituitarismo.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Síndrome Sapho y mi formación como médico de familia

Mesa Rodríguez P[1], Rodríguez Lora EJ[2], Amodeo Arahal MC[3]

[1] MIR 2º año de MFyC. CS El Juncal. Sevilla
[2] MIR 2º año de MFyC. CS Montequinto. Sevilla
[3] MIR 2º año de MFyC. CS El Porvenir. Sevilla

Ámbito del caso: lo considero mixto vista en atención primaria, en reumatología (vista por mí en primaria y en rotatorios).

Motivo de consulta: comienza a consultar por cuadros de dolor condroesternal y eczema de contacto palmoplantar. No se resuelven con tratamientos habituales.

Historia Clínica:

Antecedentes personales: apendicectomía, cesárea.

Anamnesis: mujer de 33 años que consulta en múltiples ocasiones por dolor condroesternal y eczema de contacto, que no se resolvían a pesar de un correcto tratamiento. El eczema de contacto evolucionó a una pustulosis palmoplantar, se derivó a dermatología con diagnóstico de psoriasis pustulosa. Posteriormente el dolor condroesternal fue en aumento y se derivó a aparato locomotor.

Exploración: general y por aparatos normal. A la palpación de esternón se notaba dolor a la palpación y movilización, de claro perfil osteomuscular. En posteriores visitas se llegó a palpar un bultoma a nivel de la articulación caliente.

Pruebas complementarias: analítica completa, pruebas reumáticas negativas, gammagrafía muestra un foco de actividad. ECG: normal.

Enfoque familiar y comunitario: familia nuclear en la etapa II del CVF según el modelo de Du Vall. Nacimiento del primer hijo. Red social con alto apoyo emocional e interacción social positiva. Sus dos padres viven y tiene 3 hermanas. Evolución enfemedad: junio de 2013 psoriasis pustulosa. Octubre de 2013 osteocondritis. Diciembre de 2013 diagnóstico (reumatología).

Juicio clínico: síndrome SAPHO. Diagnóstico diferencial: osteocondritis, SCASEST, dolor osteomuscular.

Tratamiento: primero se comenzó con AINEs, ante la persistencia de síntomas, se inicia tratamiento con salazopirina. Evolución: ha presentado una sola crisis de osteocondritis.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): este caso ha sido uno de los más enriquecedores para mi formación como médico de familia. Fue una paciente que conocí en mi primer día en el centro de salud como residente. Gracias a los rotatorios de MFyC he podido conocer en profundidad a una misma paciente, en diferentes ámbitos desde primaria a especializada. He podido conocer a toda su familia desde el punto de vista médico, he tratado a sus padres. He llegado a atender a su hermana en urgencias antes de ser operada. Su sobrino ha consultado ahora por una pustulosis plantar, lo que nos permitirá estar alerta.

Palabras clave: síndrome SAPHO, osteocondritis.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Despertares asfícticos, sensación de muerte inminente

Martínez Moro BM[1], González Jiménez FA[2]

[1] *MIR 3er año de MFyC. CS Doña Mercedes (Sevilla)*

[2] *Médico de Familia. CS Doña Mercedes. Dos Hermanas (Sevilla)*

Ámbito del caso: atención primaria, urgencias, atención hospitalaria.

Motivo de consulta: disnea súbita.

Historia Clínica:

Antecedentes personales: no RAMs. No hábitos tóxicos.

Antecedentes familiares: padre con cáncer de colon. Esofagitis grado A, anillo de Schatzi, hernia hiatal. HBP. Tratamiento actual: permixon y omeprazol.

Anamnesis: varón, 60años, atendido en varias ocasiones en el servicio de urgencias y por dispositivo de emergencias domiciliario por disnea de inicio brusco y sensación de cuerpo extraño supraesternal, inicio nocturno y unos 5-10minutos de duración. Presentados desde hace años, en el último mes se han intensificado frecuencia y duración de los episodios, produciéndole despertares asfícticos. Niega otra clínica.

Exploración: BEG. COC. Bien hidratado y perfundido. Aún durante las crisis: saturación de O2: 97-98% (basal). Tonos cardiacos rítmicos a buena frecuencia sin ruidos sobreañadidos, murmullo vesicular conservado, sin ruidos patológicos. Abdomen blando, depresible, sin masas, megalias, o signos de irritación peritoneal. No doloroso a la palpación. MMII sin edemas ni signos de TVP. Pulsos periféricos conservados.

Pruebas complementarias: fibroendoscopia de urgencias; fosas, cavum, orofaringe, laringe e hipofaringe normales. Sin patología de urgencias. Analítica al ingreso normal. TAC (cuello/tórax): discreto engrosamiento mucoso difuso y simétrico de ambos repliegues aritenoepiglóticos y la región glótica, de aspecto inflamatorio. No otras anormalidades en vía aérea, cuello o a nivel torácico. Espirometría: patrón ventilatorio normal, no obstrucción del flujo a la vía aérea. Laringoscopia reglada normal. Poligrafía en ámbito hospitalario: IAH gobal 10.5. Resultado global de la poligrafía infravalorada por hipopneas no valorables en cuanto a SAT O2 pero con disminución del flujo oronasal y los esfuerzos toracoabdominales. Informe titulación de CPAP ambulatorio: buena tolerancia con fuga aérea por boca intermitente.

Enfoque familiar y comunitario: no procede estudio de la familia y comunidad.

Juicio Clínico: SAHS, al menos, moderado, sintomático en forma de despertares asfícticos por obstrucción faringo-laríngea.

Tratamiento: CPAP domiciliaria a 7cmH2O con humidificador. Derivación a taller uso de CPAP en unidad de sueño.

Evolución: favorable tras instauración de tratamiento; CPAP domiciliario.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): el SAHS es una entidad infravalorada y que puede tener graves repercusiones. Esta entidad puede tener, como en nuestro caso, una clínica no habitual y alarmante, pero con las medidas adecuadas puede mejorar la calidad de vida de nuestro paciente.

Palabras clave: dyspnea, sleep apnea, obstructive, emergencies.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Síndrome RS3PE y su diagnóstico en Atención Primaria

Amodeo Arahal MC[1], Mesa Rodríguez P[2], Rodríguez Lora EJ[3]

[1] *MIR 2º año de MFyC. CS El Porvenir. Sevilla*
[2] *MIR 2º año de MFyC. CS El Juncal. Sevilla*
[3] *MIR 2º año de MFyC. CS Montequinto. Sevilla*

Ámbito del caso: atención primaria.

Motivo de consulta: dolor e hinchazón de manos.

Historia Clínica:

Enfoque individual:

Antecedentes personales: varón de 74 años, hipertenso, dislipémico, diabético tipo 2 y con fibrilación auricular. Intervenido de meningioma cerebral. Tratamiento: acenocumarol, losartán, furosemida, lercandipino, diltiazem, atorvastatina y metformina.

Anamnesis: en junio de 2012 fue diagnosticado de claudicación intermitente arterial aconsejándole tratamiento con naftidrofurilo. A la semana acude por dolor articular, hinchazón y rigidez en las manos más notable por las mañanas. Las artralgias y edemas periféricos se comunicaron como efectos secundarios muy poco frecuentes (0.5%) por lo que se suspendió dicho tratamiento. Posteriormente, la sintomatología empeoró y comenzó a tomar diclofenaco 50 mg/12 horas que le aconsejó su hermano médico. Diez días más tarde acude a consulta con empeoramiento del edema que le impedía cerrar las manos.

Exploración: edema con fóvea en el dorso de ambas manos y dolor a la palpación de las articulaciones interfalángicas y metacarpofalángicas.

Pruebas complementarias: analítica sanguínea; hemograma, coagulación y bioquímica normales, salvo glucemia 127 mg/dl. Otros de interés: FR 1,5 U/L, PCR 1.5 mg/l, una TSH 1.43 µU/ml y una VSG 19.0.

Enfoque familiar y comunitario: familia nuclear en procreación sin parientes próximos, en etapa de contracción (etapa IV del ciclo vital familiar). Presenta elevado nivel sociocultural y buen apoyo social recibido por parte de amigos y familiares.

Juicio clínico: síndrome RS3PE "Remitting Seronegative Symmetrical Synovitis with Pitting Edema", (Sinovitis Simétrica Seronegativa remitente con edema y fóvea).

Diagnóstico diferencial: polimialgia reumática, artritis reumatoide clásica y artritis reumatoide del anciano.

Tratamiento: prednisona 5 mg /12h.

Evolución: tras una semana de tratamiento, los síntomas cesaron completamente. En julio de 2013, el paciente solicitó la retirada pero tuvo que retomar el tratamiento por recaída, retirándose finalmente en febrero de 2014 y permaneciendo asintomático actualmente.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): la importancia de este síndrome radica en que dada su benignidad, corta duración, diagnóstico básicamente clínico y presentar una remisión completa tras el tratamiento con dosis bajas de corticoesteroides, se debería conocer y diferenciarlo de otras entidades en atención primaria.

Palabras clave: sinovitis, edema, etiología, síndrome, anciano.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Sarcoma de Ewing en adulto joven: ¿cuándo sospecharlo?

Vázquez Alarcón RL[1], Pérez Gómez S[1], García Vertedor CB[2]

[1] *Médico de Familia. CS Vera. Almería*

[2] *Médico de Familia. Hospital Costa del Sol. Málaga*

Ámbito del caso: centro de salud, urgencias hospitalarias.

Motivo de consulta: acude a consulta de su médico de familia tras sentir dolor a nivel costal derecho al levantar pesas en gimnasio. Se le pauta analgésicos y AINEs, y después de consultar varias veces más por el mismo motivo acude a urgencias hospitalarias por persistencia y agravamiento del dolor.

Historia Clínica:

Antecedentes personales: no fumador, no patologías previas, vacunado correctamente.

Exploración física: normocoloreado, eupneico en reposo. SAT O2 97%. FC 80 lpm. TA 120/70. Auscultación cardiopulmonar: tonos rítmicos, no soplos. Murmullo vesicular conservado, con hipoventilación basal derecha. No estertores ni crepitantes. Tumoración costal de 3 cm en tercio inferior de parrilla costal derecha, dolorosa a la palpación.

RX tórax PA y lateral: no se observan alteraciones radiológicas significativas. Parrilla costal: tumoración en 10a costilla con destrucción de tejido óseo. Analítica: LDH 488, PCR 20. Resto normal. TC tórax: lesiones nodulares en ambos pulmones. Masa ósea lítica insuflante en 1ª costilla derecha con destrucción cortical de 10.5x10x9.5 cm.

Diagnóstico diferencial: osteomielitis, contusión costal, tendinitis costal, granuloma eosinofílico, histiocitoma fibroso maligno.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): el sarcoma de Ewing es más frecuente en varones de 10-20 años. Aparecen en pelvis, fémur y costillas. Produce intenso dolor que no cede con analgésicos. Es importante realizar pruebas complementarias que se encuentran al alcance del médico de familia ante la persistencia de un dolor que no tiene causa traumatológica, no achacándola siempre a dolores musculares.

Palabras clave: sarcoma Ewing, dolor torácico, tumor osteolítico.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Meningo-encefalo-mielo-radiculitis en adolescente no inmunodeprimida

Ruíz Pérez de la Blanca M[1], Sánchez Martín L[1], Jiménez González EM[2]

[1] MIR 3er año de MFyC. CS Gran Capitán. Granada

[2] MIR 3er año de MFyC. CS La Chana. Granada

Ámbito del caso: servicio de urgencias.

Motivo de consulta: crisis comicial.

Historia Clínica: mujer de 15 años, sin antecedentes de interés. Acude al servicio de urgencias derivada por 061 por presentar cuadro de pérdida de conciencia, con movimientos tónicos-clónicos de 3-4 minutos de duración presenciados por familiar, mordedura de lengua y apertura ocular, tras lo cual permanece en un estado poscrítico. Dicho episodio se repite en presencia del 061 con una duración de un minuto. Recibimos a la paciente en urgencias en un estado poscrítico. El día previo consultó en el servicio de urgencias a dermatología por lesiones vesiculosas confluyentes distribuidas de forma global en ambos MMII sin una distribución metamérica escasamente pruriginosas y dolorosas. Se diagnosticó de impétigo ampolloso y se pautó tratamiento con cloxacilina oral.

A la exploración en urgencias presenta TA107/63, FC 137, Tª 37.7ºC. Se encuentra atenta y colaboradora, levemente bradipsíquica pero orientada en tiempo y espacio. Exploración neurológica completa normal excepto claudicación leve de MID en Mingazzini sin llegar a tocar la cama, ROT normales en MMSS; rotuliano y aquíleo derechos abolidos. RCP flexor izquierdo e indiferente derecho. Coordinación y marcha no exploradas. No signos meníngeos. ACR sin alteraciones, abdomen anodino.

Se realizan varias pruebas complementarias: hemograma con leucocitosis con desviación izquierda, bioquímica y coagulación sin alteraciones. Radiografía de tórax anodina. TAC craneal sin hallazgos. Electroencefalograma se aprecian grafoelementos característicos de encefalitis herpética. Punción lumbar con PCR para VHS, enterovirus y VVZ negativos.

Una vez estable, la paciente ingresa en el servicio de neurología donde se repite la punción lumbar a la semana con PCR para VHS positiva. En RMN craneal se aprecia afectación enfalítica temporo-insular y focal protuberancial y en la de columna dorsolumbar se observa afectación de D9 y D10.

La paciente siguió tratamiento con aciclovir y anticomiciales con lo que progresivamente fue mejorando, quedando afebril, sin nuevas crisis comiciales y con recuperación de fuerza en MID.

Actualmente sigue revisiones en las consultas externas de neurología.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): pese a que el caso es de diagnóstico neurológico, el médico de familia (y de urgencias) debe saber actuar ante una crisis comicial.

Palabras clave: epilepsy, herpes simplex, encephalitis.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Motivo de consulta: otalgia

López Torres G[1], Rodríguez Delgado ME[2], Martín López JI[2]

[1] *Médico de Familia. CS Gran Capitán. Granada*

[2] *UGC cuidados críticos y urgencias. Hospital Santa Ana. Motril (Granada)*

Ámbito del caso: urgencias, atención hospitalaria.

Motivo de consulta: convulsión.

Historia Clínica:

Antecedentes personales: paciente varón de 51 años de edad, fumador y bebedor moderado. No sigue ningún tratamiento actualmente. En los días previos había consultado en su centro de salud por una otalgia por la cual se le prescribió tratamiento antibiótico.

Anamnesis: refiere que mientras trabajaba comienza a encontrarse mareado. Más tarde convulsiona por lo que solicitan asistencia médica urgente, acudiendo el dispositivo de cuidados críticos y urgencias.

Exploración: inicialmente el paciente está en fase post-crítica, agitado y presentando relajación de esfínteres, precisando sedación e intubación endotraqueal. Exploración neurológica: pupilas anisocóricas, pupila izquierda fija y dilatada. Desviación de la mirada conjugada hacia la derecha. Signos de rigidez meníngea. Hipertermia 40.9ºC. Auscultación cardiorrespiratoria: tonos rítmicos 130 latidos por minuto. Cifras tensionales 190/100 mmHg. Se traslada al hospital de referencia.

Pruebas complementarias: TAC craneal, imágenes compatibles con otomastoiditis en región izquierda. Bioquímica: PCR 18,5 mg/dl, glucosa 257 mg/dl, creatinina 1.13 U/l, sodio 134 mmol/L y potasio 3 mmol/L. Hemograma: hemoglobina 13 g/dl, plaquetas 107000 Mil/uL, leucocitos 4.5 Mil/uL (94% neutrófilos). Coagulación normal. Punción lumbar: líquido cefalorraquídeo (LCR) aspecto purulento con presión aumentada. Bioquímica del LCR: leucocitos 955 (PMN 89%), glucosa: 49 mg/dl, proteínas: 282 mg/dl. Cultivo de LCR:Diplococos Grampositivos compatibles con Streptococo pneumoniae. Hemocultivos: streptococo pneumoniae.

Juicio clínico: meningoencefalitis neumocócica secundaria a otomastoiditis aguda.

Diagnóstico diferencial: hemorragia subaracnoidea, hematoma intracraneal, encefalitis.

Tratamiento y planes de actuación: tratamiento intravenoso con dexametasona, vancomicina , cefotaxima y manitol, quedando ingresado a cargo de la unidad de cuidados intensivos. El paciente se mantuvo sedoanalgesiado y conectado a ventilación mecánica durante 72 horas. Realizan interconsulta con otorrinolaringología que decide miringotomía izquierda y colocación de drenaje posterior para evacuación de contenido purulento.

Evolución: a las 72 horas, el paciente muestra una mejoría general permitiendo retirar la sedación y la ventilación mecánica pasando a planta.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): las complicaciones de las otitis, tanto agudas como crónicas, han disminuido de manera importante tanto en su morbilidad como en su mortalidad, pero no han desaparecido. Aunque su aspecto ha cambiado y, hoy es raro observar las clásicas mastoiditis agudas, las formas subagudas siguen apareciendo, tratándose de procesos graves a cuya posible presentanción debemos estar atentos.

Palabras clave: meningoencefalitis, otomastoiditis, urgencias.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Tres meses de atención en un paciente con cáncer de sigma estadío IV

Moraleda Barba S[1], Pérez Rama EM[2], Arias de Saavedra Criado MI[3]

[1] *Médico de Familia. CS Virgen de la Capilla. Jaén*
[2] *MIR 4º año de MFyC. CS Virgen de la Capilla. Jaén*
[3] *MIR 2º año de MFyC. CS Virgen de la Capilla. Jaén*

Ámbito del caso: atención primaria.

Motivo de consulta: planificación anticipada de decisiones al final de la vida.

Historia Clínica: paciente de 68 años, nuevo en el cupo, que acude con su mujer para comunicarnos que está diagnosticado de adenocarcinoma de sigma con metástasis hepáticas. Fue intervenido quirúrgicamente hace 2 años y ha realizado ciclos de quimioterapia hasta hace 5 meses que los abandonó por intolerancia a la medicación y no observar eficacia subjetiva. Es consciente de las consecuencias y nos habla claro sobre su decisión de planificar el final de su vida. No toma medicación. Preguntado por aparatos refiere distensión abdominal, hinchazón de piernas y debilidad progresiva.

Exploración: eutímico, tinte ictérico, TA 126/80, afebril, SAT O2 96%, ACP normal. Abdomen: hepatomegalia sensible a la palpación. Miembros inferiores: edemas con fóvea hasta las rodillas. Le pedimos analítica y le informamos de la existencia del documento de voluntades vitales anticipadas para planificar cómo quiere que sean sus últimos días. Se muestra muy interesado y le derivamos a la trabajadora social para formalizar el trámite.

Enfoque familiar: casado, 2 hijas, 3 nietos. Vive en la ciudad, pero tiene una casa de campo en un pueblo cercano.

Juicio clínico: cáncer de sigma, estadío IV. Planificación anticipada de las decisiones. Limitación del esfuerzo terapéutico.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): el paciente falleció a los 3 meses en su casa del campo, donde estuvo los últimos 15 días. Acudió a consulta siempre que pudo y organizamos visitas programadas. Los últimos días acudió el equipo de cuidados paliativos al domicilio en una ocasión, en la que el paciente expresó su deseo de permanecer en domicilio y dio el consentimiento para la sedación en su situación terminal. Sólo necesitó nolotil si dolor y tranxilium 5 si se le notara intranquilo. En las últimas horas, recibió la llamada telefónica del equipo de paliativos, quedando reflejado en la historia: "Situación de últimas horas: anuria, taquipnea con bajo nivel de conciencia, no apertura ocular. Tranquilo, tranquilo". A la semana acude la mujer a consulta para agradecernos nuestra actuación.

Palabras clave: cuidados paliativos, planificación anticipada de atención, limitación del esfuerzo terapéutico.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Prescripción inadecuada y rectorragia en el paciente mayor. Criterios STOPP-START

Moraleda Barba S[1], Arias de Saavedra Criado MI[2], Pérez Rama EM[3]

[1] *Médico de Familia. CS Virgen de la Capilla. Jaén*
[2] *MIR 4º año de MFyC. CS Virgen de la Capilla. Jaén*
[3] *MIR 2º año de MFyC. CS Virgen de la Capilla. Jaén*

Ámbito del caso: atención primaria.

Motivo de consulta: paciente de 92 años que acude a consulta con su hija. Solicitan revisión de la medicación tras episodio de rectorragia.

Historia Clínica:

Antecedentes personales: HTA, TVP poplítea derecha hace cinco años, gota, aplastamientos vertebrales, estreñimiento, HBP. Tratamiento previo al ingreso: sintrom, lorazepam, ranitidina, carbonato cálcico, tamsulosina, clortalidona, nitrendipino, ibuprofeno, hierro.

Anamnesis: rectorragia hace una semana que precisó ingreso en digestivo. La familia decidió no realizar pruebas invasivas (no colonoscopia). Al alta debe comenzar nuevamente el tratamiento del sintrom, pero acuden para valorar otras alternativas.

Exploración física general normal. Deterioro cognitivo moderado (MEC 20/35).

Pruebas complementarias: al ingreso, Hb 11.7, VCM 83, coagulación TP31,7, Act. Protrombina 27, INR 2,95. Bioquímica normal. TA 145/80. Electrocardiograma, ritmo sinusal, bloqueo bifascicular. SAT O2 96%.

Enfoque familiar: viudo, vive sólo, su hija le lleva la comida todos los días. Autónomo.

Juicio clínico: polimedicado.

Identificación de problemas: con la ayuda de los criterios STOPP – START (Sreening Tool of Older Person´s potentially inappropriate Prescriptions, consenso de expertos, Irlanda 2008), realizamos un ajuste de medicación. Retiramos la clortalidona por estar desaconsejadas las tiazidas en caso de antecedentes de gota, el nitrendipino porque no se debe usar antagonistas del calcio en caso de estreñimiento crónico, el sintrom porque habían pasado más de 6 meses desde el primer y único episodio de TVP no complicada, el ibuprofeno para evitar otro episodio de HDA, deterioro de la función renal y aumento de las cifras de TA y el calcio por reconocer incumplimiento por intolerancia digestiva. En la próxima visita se reevaluaría el tratamiento hipertensivo, según la guía de HTA 2013, y según el resultado de la analítica se valoraría el tratamiento de la hiperuricemia y la continuidad del hierro.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): la polimedicación es un síndrome geriátrico por el alto riesgo de reacciones adversas e interacciones farmacológicas. Se le atribuye ser la 4ª causa de mortalidad en ancianos en EEUU. La prescripción inadecuada en los pacientes mayores es considerada un problema de salud pública y debemos evitar la prescripción en cascada. El médico de familia está plenamente capacitado para modificar el tratamiento según los criterios STOPP – START.

Palabras clave: prescripción inapropiada, prescripción de fármacos, personas mayores.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Síndrome sensitivo de evolución ascendente en paciente de 17 años. ¿Enfermedad desmielinizante o Infección viral?

Mazón Ouviña EA

MIR 3er año de MFyC. CS Loreto-Puntales. Cádiz

Ámbito del caso: atención primaria, urgencias hospitalarias.

Motivo de consulta: parestesias en MMII y dedos de las manos.

Historia Clínica: paciente de 17 años sin antecedentes médico-quirúrgicos personales ni familiares de interés que acude a su médico de familia tras referir trastorno de sensibilidad en miembros inferiores (MMII) con carácter ascendente y en manos a nivel distal de horas de evolución. Niega traumatismo ni dolor. No fiebre. No otra sintomatología referida. A nivel familiar ningún dato referido de interés médico, destacándose situación escolar estresante en los últimos días que nos refiere la paciente.

A la exploración hipoestesia en territorio cubital en manos (nivel C8) y de ombligo hacia MMII bilateral (Nivel D10). Reflejos osteotendinosos presentes pero no aumentados, cutaneoplantar indiferente bilateral. Motilidad voluntaria conservada con un balance motor global 4+/5. Resto sin alteraciones. A medida que se reexplora la paciente va perdiendo funcionalidad dificultándose por ultimo la marcha. Se decide derivación a urgencias hospitalarias donde se solicita TAC craneal, analítica general con serología de virus neurotropos, punción lumbar y se decide ingreso hospitalario con instauración de tratamiento corticoideo a dosis altas y rehabilitador que mejora en días la sintomatología y la exploración siendo posible el alta hospitalaria. Continua en seguimiento con neurología donde se descarta origen desmielinizante y se inclina el diagnostico a un neurotropismo de origen infeccioso.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): caso interesante por la edad de la paciente y la instauración del cuadro, sobretodo por el diagnostico diferencial entre enfermedad desmielinizante y su repercusión en el paciente y una infección por gérmenes neurotropos. Otro diagnostico diferencial posible era somatización dada la situación de la paciente en la escuela, no obstante es importante que aunque sea lo mas frecuente no obviemos los datos de la exploración que apuntaban a un posible origen neurológico.

Palabras clave: hypesthesia, demyelinating diseases, nervous system diseases.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Conjuntivitis de repetición. ¿No será otra entidad?

Mazón Ouviña EA

MIR 3er año de MFyC. CS Loreto-Puntales. Cádiz

Ámbito del caso: atención primaria y hospitalaria.

Motivo de consulta: dolor ocular e hiperemia conjuntival del ojo izquierdo de días de evolución.

Historia Clínica: gestante de 24 semanas sin antecedentes personales de interés médico salvo asma bronquial que acude a consulta de urgencias derivada por su MAP (Médico de atención primaria) por dolor e hiperemia conjuntival del OI (ojo izquierdo) de días de evolución que no cede a tratamiento antibiótico. Refiere episodios similares en los últimos años tratados con antibioterapia. No dolores articulares. Aftas orales aisladas, no genitales. No otros datos de interés.

A la exploración presenta una AV (Agudeza visual) disminuida, siendo de 1/6 en OI. Se observa hiperemia conjuntival ciliar y bulbar con visualización de hipopion y midriasis de OI. No visualización de cuerpo extraño, test de fluoresceína negativo. Siendo el ojo derecho normal a la exploración. Se decide valoración urgente por oftalmología que diagnostica de uveítis anterior aguda y solicita pruebas analíticas que la relacionen con enfermedades sistémicas que puedan causarla, tales como espondilitis anquilosante, síndrome de Reiter, artritis crónica juvenil, enfermedad de Behcet entre otras y se instaura tratamiento con las limitaciones que supone el embarazo.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): la UAA (uveítis anterior aguda) es una entidad inflamatoria de la úvea que en la mayoría de las ocasiones es de etiología desconocida pero que puede estar relacionada con enfermedades sistémica de índole reumatológica que puedan causarla. El embarazo normalmente mejora este tipo de patologías por ello lo curioso del caso el cual finalizo como una UAA con HLA B27+ únicamente y no se halló nada más que pudiera justificarlo. No obstante no todas molestias oculares son infecciosas, debemos plantearnos otros diagnósticos diferenciales, ya que puede ser la llamada de atención para diagnosticar una enfermedad sistémica importante.

Palabras clave: uveitis anterior, rheumatology, pregnancy complications.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

A propósito de un caso, ¿artritis reactiva?

Jiménez Rodríguez I[1], Ámez Rafael D[2], Jiménez Rodríguez B[3]

[1] *Médico de Familia. Hospital de Poniente. (Almería)*

[2] *MIR de MFyC. Distrito Poniente (Almería)*

[3] *MIR de Neumología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada*

Ámbito del caso: urgencias hospitalarias.

Motivo de consulta: síndrome gripal y artritis asimétrica.

Historia Clínica: varón de 60 años.

Antecedentes personales: dislipemia, podagra, hernias discales y fracturas de peroné, tobillo y muñeca izquierda 2º a accidente de tráfico que condicionan al paciente porque precisa caminar con muletas ortopédicas. Transportista de profesión, soltero. Consulta en urgencias porque hace 3-4 días comienza con sensación febril no termometrada, artralgias y polimialgias, que se ha seguido de inflamación distal y progresiva de articulaciones asimétricas de miembros superiores e inferiores que llevan al paciente a un estado de impotencia funcional actualmente.

Durante la anamnesis el paciente muestra preocupación por picaduras de insectos en espalda (niega haber ido al campo o baños en mar o pantano y niega tener animales domésticos) y refiere haber mantenido relaciones sexuales de riesgo aunque niega clínica genitourinaria. No episodios previos similares, no rigidez matutina.

Exploración física: pápulas con halo violáceo y punto de inoculación central sin patrón anatómico y sinovitis importante en mano derecha con artritis de pequeñas articulaciones de las manos e inflamación de ambos tobillos (destaca el izquierdo). Intenso dolor a la movilización articular con limitación de la amplitud. Auscultación cardiopulmonar y abdomen anodinos. Adenopatías en axilas e ingles de características reactivas.

Analíticamente: leucocitosis con desviación izquierda, PCR 16 y elevación de GOT y GPT. Serie radiográfica y sistemático de orina sin hallazgos.

Se interconsulta (IC) con medicina interna que ingresa para estudio. Solicitan entre otros: serología, HLA-B27, ANA, ANCA, antiDNA, FR, complementos C3-C4, inmunoglobulinas G, A, y M, exudado uretral, ecografía abdominal y TAC torácico, realizan IC con dermatología que recomienda descartar infecciones vectorizadas por insectos tipo: borrelia, ritckessias.

Durante el ingreso el paciente evoluciona favorablemente con cobertura corticoidea y antibioticoterapia frente a enfermedades de transmisión sexual (ETS): ceftriaxona y azitromicina.

Finalmente el exudado uretral dio positivo para ureaplasma urealyticum.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): se hace evidente la importancia de una adecuada historia clínica realizada sin prisas y de manera amplia para el diagnóstico y tratamiento correcto de nuestros pacientes. Sin una anamnesis minimalista no habríamos podido realizar diagnóstico diferencial entre artritis reactiva secundaria a infección transmitida por vectores o ETS, como resultó en este caso.

Palabras clave: artritis, ETS, ureaplasma urealyticum.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Lumbalgia aguda como expresión de un tumor óseo. A propósito de un caso

Castaño Membrives F[1], López Matarín A[1], Leiva Cepas F[2]

[1] MIR 2º año de MFyC. UGC Guadalquivir. Córdoba
[2] MIR 2º año de MFyC. CS Villarubia (Córdoba)

Ámbito del caso: atención primaria.

Motivo de consulta: lumbociatalgia aguda.

Historia Clínica: paciente mujer de 18 años de edad sin antecedentes personales de interés que acude a consulta por dolor lumbar irradiado a ambos miembros inferiores (MMII) de <24h de evolución mientras estaba en reposo (estaba estudiando sentada).

Exploración física: inspección global de los MMII sin deformidades, varices ni otras lesiones cutáneas, con masas musculares sin signos de atrofia o hipertrofia. Tono muscular conservado. Pulsos femorales, poplíteos, tibiales y pedios conservados bilateralmente. Dolor a la palpación en musculatura paravertebral lumbar y contractura muscular lumbar bilateral, junto con Lassègue y Bragard positivos. Fuerza muscular 5/5. Reflejo patelar y aquíleo dolorosos. Sensibilidad conservada. RX columna lumbo-sacra: pinzamiento a nivel L5- S1 y escoliosis lumbar.

Enfoque comunitario: la lumbociatalgia es uno de los motivos de consulta más prevalentes en AP, relacionado en la mayoría de los casos con ejercicio físico o la actividad laboral del paciente, especialmente a partir de los 40 años.

Juicio clínico: lumbociática bilateral.

Diagnostico diferencial: hernia discal, contractura muscular, protrusión vertebral, aplastamiento vertebral, escoliosis, espondilitis anquilosante, patología infecciosa y/o origen tumoral.

Tratamiento: AINEs, miorrelajantes, calor local, reposo relativo.

Evolución: dos semanas más tarde la paciente acude nuevamente, refiriendo empeoramiento pese a tratamiento. Por la persistencia del cuadro se deriva a la paciente a la unidad del aparato locomotor, identificando contractura muscular subsidiaria de rehabilitación. Aún así la evolución fue tórpida con claudicación del miembro afecto y dolor refractario al tratamiento, consultando en múltiples ocasiones al servicio de urgencias. Valorándose finalmente por neurocirugía evidenciándose en RMN una masa sacra heterogénea que infiltraba medula ósea. Fue derivada a oncología médica, diagnosticándose un sarcoma de Ewing tras TAC-AR y estudio anatomopatológico con BAG, iniciándose tratamiento quimioterápico.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): la lumbalgia es uno de los motivos de consulta más prevalentes en AP, la evaluación de las características clínicas de pacientes afectados de lumbalgia en función de la edad, sexo y síntomas clínicos para hacer un despistaje de patología tumoral. Los pacientes jóvenes sin antecedentes con patología prevalente, que no responden al tratamiento habitual, debe ser el resorte que permita realizar un diagnóstico diferencia exhaustivo reevaluando al paciente de forma global.

Palabras clave: low back pain, Ewing sarcoma.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

"Stroke Mimic": A propósito de un caso

Rodríguez Rodríguez V[1], Tusa C[1], Rubí Callejón J[2]

[1] MIR 2º año de MFyC. Hospital de Poniente (Almería)
[2] Neurólogo adjunto. Hospital del Poniente (Almería)

Ámbito del caso: urgencias hospitalarias.

Motivo de consulta: cuadro de instauración brusca de dolor cervical acompañado de hemiparesia de hemicuerpo derecho y desviación de la comisura bucal hacia la izquierda.

Historia Clínica: paciente varón de 45 años de edad. Sin alergias conocidas.

Antecedentes personales: hepatitis viral en la infancia. Neumonía hace 5 años. Ictus isquémico en noviembre 2013 atribuido al consumo de cocaína con recuperación total de fuerza y sensibilidad en hemicuerpo izquierdo. Medicación: adiro 100mg desde noviembre 2013. Hábitos tóxicos: consumidor de cocaína ocasional. 1-2 cervezas diarias y bebidas destiladas en fin de semana.

Exploración física: buen estado general. No alteración del habla. Hemiparesia facial derecha ligera. Hemiplejía derecha. Ausencia total de movimientos en el brazo derecho. Alteración de la sensibilidad en el hemicuerpo derecho. NIHSS 8

Pruebas complementarias: electrocardiograma sin hallazgos patológicos. Analítica: sin alteraciones. TAC craneal urgente: no se aprecian signos de lesión hiperaguda ni de hemorragia.

Plan de actuación: se activa código ICTUS. El paciente es trasladado al box de críticos y posteriormente se ingresa en UCI, donde en ausencia de contradicciones, se practica fibrinolisis intravenosa con 90mg de alteplasa que trascurre sin incidencias. Ulteriormente, ingreso en planta de neurología donde se realizan TAC craneal de control y RMN craneal que resultan sin signos de patología vascular isquémica o hemorrágica aguda o crónica.

Evolución: recuperación ad integrum del déficit sensitivomotor. Se explica al paciente la naturaleza psicógena del proceso (presente y previo) y se valora por salud mental.

Juicio clínico: trastorno psicógeno. No se objetiva ictus isquémico agudo ni lesiones vasculares antiguas que justifiquen el supuesto ictus anterior al ingreso.

Tratamiento: suspender adiro. Alprazolam 0,5 mg (1-1-1).

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): como médicos de atención primaria en el ámbito de las a menudo saturadas y estresantes urgencias, debemos intentar no perder nuestra característica visión general del paciente y estar en lo posible atentos a posibles trastornos psicógenos. Muchos de los síntomas que presenta un paciente, pueden ser la expresión de dificultades emocionales que resumen complejas interacciones psicológicas, vitales, familiares y sociales. El trastorno psicógeno es una condición psiquiátrica desafiante, que exige por nuestra parte el uso de un amplio espectro de habilidades psiquiátricas y comunicativas.

Palabras clave: trastorno psicógeno, ICTUS isquémico, fibrinolisis.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Doctor, ¿tengo tos y me ahogo?... y esto no es un resfriado

Sánchez Martín L[1], Ruíz Pérez de la Blanca M[1], Jiménez Muñoz L[2]

[1] MIR 3er año de MFyC. CS Gran Capitán. Granada
[2] Médico de Familia. CS de Rute (Córdoba)

Ámbito del caso: mixto.

Motivo de consulta: varón de 72 años que acude a consulta por presentar desde hace 2 semanas tos no productiva, malestar general, astenia y pérdida de aproximadamente 2 kg de peso, disnea que en los últimos días se ha hecho de reposo (grado IV), afebril.

Historia Clínica:

Antecedentes personales: hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo II en tratamiento. No hábitos tóxicos. Profesión carnicero. No intervenciones quirúrgicas.

Exploración fisica: consciente y orientado en tiempo espacio, normocoloreado, normohidratado. ACR rítmica, no soplos ni extraroces, hipoventilación basal izquierda. Abdomen blando, no doloroso a la palpación, no se palpan masas ni visceromegalias. EEII sin hallazgos patológicos.

Pruebas complementarias: analítica; hemoglobina de 17,7 g/l, hematocrito 57%, hematíes 8.800.000/ul, VCM 65 fl, HCM 20 pg, leucocitos 6.800/ul, plaquetas 398.000/ul, siendo la bioquímica (excepto glucosa 276 mg/dl con LDL 211 U/l y proteínas 6.3 g/dl), la coagulación y el proteinograma normales. En el sedimento urinario: 25 hematíes/campo. Electrocardiograma: ritmo sinusal a 84 lpm, no alteraciones agudas de la repolarización. Radiografía de tórax: derrame pleural izquierdo con atelectasia del lóbulo inferior izquierdo.

Enfoque familiar y comunitario: etapa IV del ciclo vital familiar, la hija menor de 35 años, soltera, vive en el hogar y es la cuidadora principal. Se deriva al paciente al hospital de referencia, en urgencias se pide gasometría: pH 7,47, Pa O2 68, Pa CO2 30, SAT O2 94%. Ingresa a cargo de medicina interna: toracocentesis con líquido pleural exudado. TAC toracoabdominal: proceso neoplásico renal izquierdo de 10x8x10 cm. Biopsia renal: carcinoma de células renales.

Juicio clinico: carcinoma de células renales.

Diagnóstico diferencial: carcinoma broncogénico.
Identificación de problemas: disnea grado IV, pérdida de peso.

Tratamiento: paliativo.

Evolución: el paciente presentó un deterioro muy rápido de su estado general y únicamente aceptó tratamiento paliativo, con fallecimiento a los tres meses.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): en consulta de atención primaria, es muy importante la realización de una correcta exploración, debiendo ser lo más completa posible, sin dejarse llevar por la primera sospecha clínica, realizar un correcto diagnóstico diferencial con las principales patologías que pueden causar el síntoma por el que acude el paciente a consulta y realizar las pruebas más útiles siguiendo los protocolos.

Palabras clave: disnea, pérdida de peso, cáncer de células renales.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Hiperlipemia mixta severa ignorada en analítica de empresa, a próposito de un caso

Sánchez Martín L[1], Ruíz Pérez de la Blanca M[1], Jiménez Muñoz L[2]

[1] *MIR 3er año de MFyC. CS Gran Capitán. Granada*

[2] *Médico de Familia. CS de Rute (Córdoba)*

Ámbito del caso: mixto.

Motivo de consulta: varón de 51 años que hace 10 en analítica de empresa, presentó un colesterol de 750 mg/dl y unos triglicéridos de 2.400 mg/dl, no acude a su médico de familia para control ni se repite ninguna analítica por miedo a iniciar tratamientos farmacológicos.

Historia Clínica: el paciente acude a consulta programada por presentar dolor y pérdida de sensibilidad aguda en los pies.

Enfoque Individual: antecedentes personales y familiares sin interés. Alérgico a penicilina.

Enfoque familiar y comunitario: etapa IV del ciclo vital familiar. Refiere desde hace 2 meses dolor en zona interna de la planta del pie derecho, parestesias, a la semana comenzó con síntomas similares en el pie izquierdo. Se intensifica por la noche y se alivian con la inversión del pie. No pérdida de fuerza ni signos infllamatorios en los miembros inferiores.

Exploración fisica: buen estado general, eupneico. Extremidades sin edemas, pulsos presentes, sin apreciarse lesiones cutáneas. Neurologicamente hipoestesia y disestesias al pinchazo en la planta de ambos pies y zona externa del pie izquierdo e interna del derecho.

Pruebas complementarias: analítica; glucosa 249 mg/dl, urea 25 mg/dl, creatinina 0,7 mg/dl, calcio 10 mg/dl, bilirrubina 0,4 mg/dl, proteínas totales 6 mg/dl, colesterol 1095 mg/dl, triglicéridos 7500 mg/dl, TSH 0,93 UI, hemoglobina 15.3 g/dl, hematocrito 42%, VCM 95.7 fl, proteinograma normal, CPK 54 U/l. Electromiograma: reducción de la velocidad de conducción motora del nervio plantar medial y lateral derecho.

Juicio diagnostico: neuropatía del nervio tibial derecho asociada a síndrome del túnel tarsiano homolateral secundarios a hiperlipemia mixta severa.

Diagnóstico diferencial: sindrome de túnel tarsiano.

Tratamiento: se inicia con genfibrocilo 600 mg/12 horas, atorvastatina 20 mg//24 horas, ácido acetil salicílico 150 mg/24 horas, ácido fólico 5 mg/día.

Evolución: tórpida precisó infiltración de corticoides y anestésico local en el canal del tarso derecho, obteniéndose mejoría de sus síntomas sensitivos, persistiendo mínimas disestesias en los miembros inferiores.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): se debe reconocer y estimular la labor de prevención que realizan los médicos de empresa, ya que si el paciente sigue sus recomendaciones y hubiera acudido a su médico de atención primaria se hubiera instaurado un tratamiento eficaz evitando las complicaciones posteriores de esta patología.

Palabras clave: hiperlipemia, túnel tarsiano, neuropatia.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Síndrome constitucional de 3 meses de evolución: a propósito de un caso de sarcoidosis

Ruiz Pérez de la Blanca M[1], Sánchez Martín L[1], Jiménez Muñoz L[2]

[1] MIR 3er año de MFyC. CS Gran Capitán. Granada

[2] Médico de Familia. CS de Rute (Córdoba)

Ámbito del caso: mixto.

Motivo de consulta: mujer de 29 años refiere tos seca de 2 semanas, afebril, no expectoración ni otra clínica acompañante. Se le pautó tratamiento antitusivo, a las 3 semanas acude nuevamente por tos no productiva, fiebre de 38ºC de predominio vespertino, astenia progresiva, pérdida no cuantificada de peso.

Historia Clínica:

Antecedentes personales: hernia de hiato, no hábitos tóxicos, no intervenciones quirúrgicas. Profesión dependienta.

Antecedentes familiares: madre con diabetes mellitus en tratamiento con antidiabéticos orales, resto sin interés.

Exploración física y pruebas complementarias: consciente y orientada, palidez cutáneo mucosa, normohidratada, eupneica en reposo. Cuello: adenopatías laterocervicales múltiples, pequeñas, rodaderas, no dolorosas. No supraclaviculares ni axilares. No bocio. Auscultación cardiaca: rítmico, no soplos ni extraroces. Auscultación respiratoria: murmullo vesicular conservado. Abdomen: blando, depresible, no masas ni megalias, no signos de irritación peritoneal. Extremidades inferiores: sin edemas, no signos de insuficiencia venosa. Hemograma: Hb 11,3 mg/dl, Hto 32%, hematíes 4.730.000, leucocitos 6610, plaquetas 18800, VSG 56, iones y bioquímica normales. Proteinograma: proteínas totales 7.67, albúmina 475, PCR normal. Serología: toxoplasma, VIH, CMV, negativo, VEB igM negativa, Ig G positiva. Mantoux: negativo. RX Tórax: engrosamiento hiliar bilateral.

Ante la sospecha de una enfermedad sistémica se deriva a la paciente a consulta de medicina interna. Tac toracoabdominal: se objetivaban adenopatías en los espacios prevascular y pretraqueal, la retrocava y las paratraqueales derechas e hiliares bilaterales. Biopsia ganglionar: reacción granulomatosa con patrón sarcoideo.

Juicio clínico: sarcoidosis

Diagnóstico diferencial: tuberculosis, linfomas (enfermedad de Hodking), enfermedad por hongos, metástasis.

Tratamiento: prednisona en pauta decreciente.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): la sarcoidosis aunque no es una patología muy prevalente en atención primaria, la clínica nos facilita el abordaje desde nuestra consulta. Una completa anamnesis y una exploración física general nos conducirán a realizar una correcta derivación a atención especializada.

Palabras clave: adenopatia, astenia, sarcoidosis.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Cuando "Derma" y "Reuma" van de la mano... y del pie

Moral Moya MT, Manzanares Rodríguez LM, Calderón Nieto R

MIR 4º año de MFyC. CS Palma Palmilla. Málaga

Ámbito del caso: atención primaria.

Motivo de consulta: pustulosis palmo-plantar y artritis.

Historia Clínica: varón, 60 años, fumador, antecedentes de HTA, DM2, SAOS e hiperuricemia, acude a nuestra consulta de atención primaria porque desde hace 3 semanas presenta dolor y tumefacción en tobillo derecho acompañado de lesiones pustulosas palmo-plantares. Desde hace unos días comienza con artritis abscesificada en falange distal de 5º dedo de mano derecha. Ha acudido en varias ocasiones a urgencias y a nuestra consulta pautándole tratamiento analgésico, colchicina y antibioterapia sin mejoría. Refiere varios episodios desde hace 12 años de pustulosis palmo-plantar así como de artritis atraumáticas desde hace 3. Hace 2 años fue estudiado por reumatología por un problema a nivel de articulación esternoclavicular diagnosticándole, según el paciente, de "fisura clavicular".

Ante hallazgos cursamos analítica; leucocitosis con neutrofilia, VSG 70, ácido úrico 7,7, serología. ANA. FR. Radiografía 5º dedo: rarefacción del espacio interarticular. Cultivo de absceso.

Debido a mala evolución a pesar del tratamiento es derivado a dermatología y reumatología.

Diagnóstico diferencial: psoriasis palmo plantar junto con artritis gotosa o psoriásica versus síndrome SAPHO.

Pruebas complementarias: analítica; HLA B 27. Se observan cristales de ácido úrico al microscopio. Biopsia punch: pústula subcornea inespecífica compatible con SAPHO y psoriasis palmo-plantar. Cultivo de absceso: negativo. Gammagrafia: compatible con proceso infeccioso en 5º dedo de mano derecha, con proceso inflamatorio/degenerativo en articulación tobillo y tarso de pie derecho y rodilla izquierda.

Diagnostico: pustulosis palmo-plantar junto con artritis gotosa.

Tratamiento: se realizan curas locales de absceso, se añaden clobetasol tópico en palmas y plantas, continua tratamiento con colchicina y antiinflamatorios con lo que ceden las artritis y la pustulosis palmo-plantar.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): sospecharemos síndrome SAPHO ante historia de sinovitis, acné, pustulosis, hiperostosis y osteítis. El síndrome SAPHO y la artritis psoriásica son artropatías seronegativas y tienen afectación mono u oligoarticular asimétrica igual que la gota. El SAPHO afecta principalmente la pared torácica anterior, la artritis psoriásica las interfalángicas de manos y la gota la primera metatarsofalángica. La psoriasis puede dar ataque de gota por recambio celular. Existe controversia si la pustulosis palmoplantar es una variante psoriásica o una condición distinta, aunque hay una fuerte agregación familiar con psoriasis vulgar y se relaciona con el tabaquismo.

Palabras clave: pustulosis, palmaris, plantaris.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Varón adulto con dolor abdominal

Roman Hernández J[1], González Álvarez MT[2], Saldarreaga Marín JA[3]

[1] *Médico de Familia. CS Paterna de Rivera. Cádiz*

[2] *Médico de Familia. CS La Paz. Cádiz*

[3] *Médico de Familia. UCCU. Cádiz*

Ámbito del caso: mixto. Atención primaria, urgencias extra y hospitalarias.

Motivo de consulta: epigastralgia fue el síntoma principal por el que consultó en tres ocasiones y en un periodo de dos semanas.

Historia Clínica:

Enfoque individual: antecedentes personales; varón, 67 años, exfumador, obesidad, marcapasos DDD, hipertensión arterial, SAHOS, insuficiencia renal crónica.

Anamnesis: la primera ocasión consultó en atención primaria por epigastralgia inespecífica, intermitente, sin relación con la ingesta e irradiada ocasionalmente a región lumbar bilateral. No se realizaron pruebas complementarias ni había alteraciones exploratorias. Fue diagnosticado de dispepsia y tratado con ibuprofeno. Una semana después consulta en urgencias extra hospitalarias por dolor epigástrico opresivo, constante, de 6h de evolución, irradiado a región retroesternal, con disnea y deseo defecatorio ineficaz. Aumentaba con la actividad ligera. Cuatro días después fue atendido en domicilio por la UVI móvil. La epigastralgia se había intensificado, irradiado a zona lumbodorsal y acompañado de importante malestar general con palidez, sudoración, debilidad e hipotensión.

Exploración: en las dos primeras valoraciones la exploración era normal, ni siquiera puntos dolorosos abdominales, ni masas palpables. Constantes normales. La tercera ocasión presentaba palidez cutáneo-mucosa, sudoración y dolor a la palpación abdominal generalizada, TA 75/36 y pulsos femorales negativos.

Pruebas complementarias: en urgencias extrahospitalarias se realizan EKG seriados y tratamiento con nitroglicerina sublingual que mejora parcialmente la clínica, derivándose a hospital para la seriación de enzimas cardiacas. El primer diagnostico de sospecha era SCASEST. No presentó alteraciones en ninguna de las pruebas y fue dado de alta, para estudio por cardiología de forma programada. En la última ocasión se realizaron EKG, analíticas y ANGIO-TAC abdominal.

Enfoque familiar y comunitario: destacar la importancia de todos los niveles asistenciales y el acceso y disponibilidad de los mismos al paciente y familiares.

Juicio clínico: aneurisma disecante aorta tipo A.

Diagnóstico diferencial: dispepsia, SCASEST, aneurisma disecante aorta abdominal.

Tratamiento: paliativo, no subsidiario a cirugía.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): a pesar de su baja frecuencia, dada la alta letalidad del aneurisma complicado, debemos incluirlo entre nuestros diagnósticos diferenciales, presentando especial interés en los factores de riesgo y la exploración, ya que su clínica es inespecífica.

Palabras clave: aneurisma, hipotensión, dolor abdominal.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Alerta: Dorsalgia en mujer de mediana edad

González López MA[1], Aguado de Montes MC[2], Sánchez González I[3]

[1] *MIR 1er año de MFyC. CS Las Palmeritas. Sevilla*
[2] *MIR 3er año de MFyC. CS Las Palmeritas. Sevilla*
[3] *MIR 2º año de MFyC. CS Las Palmeritas. Sevilla*

Ámbito del caso: atención primaria (AP), hospitalaria, urgencias.

Motivo de consulta: dolor dorsolumbar.

Historia Clínica:

Antecedentes familiares: madre HTA, padre DM-2.

Antecedentes personales: fumadora 10 cigarrillos/día. Un aborto, tres partos.

Enfermedad actual. Anamnesis: hace 1,5 meses comenzó con dolor dorsolumbar mecánico mal controlado con analgesia prescrita en urgencias. Acude por persistencia del dolor, que se ha hecho de reposo (no permite conciliar el sueño).

Exploración: dolor a la palpación en vértebras dorsales y musculatura paravertebral. Incapaz de permanecer tumbada. No pérdida de sensibilidad. ROT conservados.

Pruebas complementarias: analítica; bioquímica, hemograma, proteinograma sin alteraciones. RX columna: fractura-aplastamiento T10. Ecografía abdominal normal (realizada en urgencias por sospecha de cólico biliar, el dolor se irradiaba a hipocondrio derecho). Derivación a medicina integral, continúa estudio. Densitometría (columna 1TScore, fémur-1, 2TScore). TAC toracoabdominopélvico: lesiones osteoblásticas en T1, T3, T12, L2, esternón, acetábulo, ilíaco e isquion derecho. Mamografía: imagen espiculada en cuadrante superointerno de mama derecha. Ecografía mamaria: nódulo heterogéneo 13mm con sombra sónica posterior. Biopsia con aguja gruesa (BAG) guiada por ecografía: carcinoma infiltrante sin confirmación de afectación axilar.

Enfoque familiar-comunitario: en la primera consulta en atención primaria tras el diagnóstico intentamos conocer qué sabe y cómo se enfrenta a ello. Nos interesamos por qué ha compartido con su familia: "nódulo" en estudio. Su pareja se muestra ansiosa. No esperaban una noticia así tras consultar por un cuadro banal. Exponemos las múltiples opciones terapéuticas en nuestro ámbito hospitalario. Estaría cerca de su familia, que supone un apoyo psicosocial. Dejamos que expongan dudas y explicamos que el pronóstico es variable. Proceso seguido por su médico de familia.

Juicio clínico: carcinoma metastásico de mama.

Diagnóstico diferencial: traumatismo, osteoporosis, osteomielitis, neoplasia/metástasis, mieloma múltiple.

Identificación problemas: tumor mamario, metástasis óseas, afrontamiento de enfermedad y tratamiento por paciente y entorno.

Tratamiento: Diazepam 5mg/24h, metamizol 575mg/4h, dexketoprofeno 25mg/8h, omeprazol 20mg/24h y morfina 10mg/4h.

Evolución: dolor controlado con medicación. Derivada a cirugía mamaria para valoración.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): alerta en atención primaria ante síntomas que permitan diagnóstico precoz de enfermedades graves. Resulta importante poner a disposición del paciente pruebas iniciales accesibles que ayuden al diagnóstico diferencial y agilicen el proceso a nivel hospitalario. La labor del médico de familia es el abordaje emocional y familiar del paciente y la gestión de malas noticias.

Palabras clave: dorsalgia, carcinoma, diagnóstico precoz.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Tuberculosis: Importancia del diagnóstico precoz

Bascuñana Garrido M[1], Blanco Rubio C[2], Aguado de Montes MC[1]

[1] MIR 3er año de MFyC. CS Las Palmeritas. Sevilla

[2] MIR 1er año de MFyC. CS Las Palmeritas. Sevilla

Ámbito del caso: atención primaria. Hospitalaria.

Motivo de consulta: síndrome constitucional, tos y expectoración.

Historia Clínica:

Enfoque individual:

Antecedentes personales: fumador 20 cigarros/día. Consumidor 40-60 gramos etanol/día. Exadicto a drogas vía parenteral. Tratamiento: metadona 50-0-50. Profesión: hostelería.

Anamnesis: consulta por fiebre, tos, expectoración, dolor pleurítico en hemitórax derecho, pérdida de 16kgs en 3 meses.

Exploración: subcrepitantes en vértice pulmón derecho.

Pruebas complementarias: radiografía tórax; condensación pulmonar en segmento apical y posterior del lóbulo superior derecho con aclaramiento en interior, posibles cavitaciones con reacción pleural, sin descartar tuberculosis activa con componente exudativo. TAC tórax: consolidación subpleural en vértice pulmonar derecho, broncograma aéreo y lesiones satélites de morfología irregular, posibles lesiones inflamatorias granulomatosas. Sin descartar etiología neoformativa. Analítica; bioquímica y hemograma normales. Antígeno carcinoembrionario: 3.40ng/mL. VIH 1+2, hepatitis B: negativo. Hepatitis C positivo. Baciloscopia de esputo (x3) negativas. Mantoux 15x15 mm (vacunado). Broncoscopia: lavado broncoalveolar (LBA) ausentes células neoplásicas. Células de epitelio respiratorio con numerosos macrófagos y células multinucleadas. Exudado inflamatorio agudo. Tinción de Ziehl-Neelsen del LBA no B.A.A.R. Cultivo en Lowenstein de LBA se aísla mycobacterium tuberculosis. No se aíslan resistencias.

Enfoque familiar y comunitario: soltero, convive con padres (65-69 años) y hermanos (33-37 años). Asintomáticos. Familia colaboradora. Primer mantoux negativo en padre, madre y hermana. Se repite a padres a la semana para descartar efecto booster, siendo negativo. Se inicia quimioprofilaxis.

Juicio clínico: tuberculosis pulmonar bacilífera. VHC positivo.

Diagnóstico diferencial: tuberculosis, proceso neoformativo, sarcoidosis.

Identificación problemas: trabaja en un bar, dificultad para aislamiento y adherencia al tratamiento.

Tratamiento: RIFATER dos meses, después RIFINAH 4 meses.

Planes de actuación: seguimiento por infeccioso, médico de familia y medicina preventiva. Seguimiento cumplimiento tratamiento y efectos secundarios por atención primaria. Consulta antitabaco, entrevista motivacional.

Evolución: tras inicio del tratamiento continuó con fiebre, malestar, sudoración nocturna, pérdida de peso, tos y expectoración que desaparecieron. Disminución consumo de tabaco, abstemio.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): la tuberculosis requiere atención por el médico de familia para diagnóstico precoz. Es primordial para la salud comunitaria controlar la propagación de la enfermedad mediante correcta investigación y estudio de contactos, tratamiento precoz, vigilancia de adherencia al tratamiento, aparición de efectos secundarios y resistencias.

Palabras clave: tuberculosis, diagnóstico precoz, salud comunitaria.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Herpes zoster en lóbulo de oreja

López Ruiz EI[1], Cazallas Casado RM[2], Pérez Rama EM[2]

[1] *Médico de Familia. CS Luengo Rodríguez. Móstoles (Madrid)*

[2] *MIR 4º año de MFyC. CS Virgen de la Capilla. Jaén*

Ámbito del caso: atencion primaria.

Motivo de consulta: hormigueo, dolor, inflamación y erupción cutánea en parte posterior de lóbulo de oreja izquierda de 2 días de evolución.

Historia Clínica:

Antecedentes personales: NAMC. No enfermedades médicas ni psicológicas. Herpes simple de localización labial en alguna ocasión.

Anamnesis: paciente mujer de 34 años, que acude por los síntomas anteriormente expuestos.

Exploracion: lóbulo de oreja izquierda eritematoso, inflamación y presencia de vesículas en parte posterior. No vesículas en CAE ni membrana timpánica. Resto de exploración física normal. Exploracion neurologica: hormigueo y adormecimiento con la movilidad de musculatura facial de hemicara izquierda, no alteraciones motoras.

Antecedentes familiares: sin interés. Paciente de nacionalidad latinoamericana, residente en una población rural, desde hace 2 años, trabaja en labores domésticas y agrícolas. No demandante, es la segunda vez que acude a su médico de atención primaria. Vive con sus hijos de 7 y 5 años, familia monoparental, viuda, Etapa II B del ciclo vital familiar (Extensión).

Juicio clinico: compatible con herpes Zóster.

Identificación de problemas: ante la sintomatología acompañante y localización de las vesículas, nos planteamos la posibilidad de evolución hacia síndrome de Ramsay-Hunt y/o neuralgia post-herpética.

Tratamiento: se comienza tratamiento farmacológico con brivudina 125 mg cada 24 horas durante 7 días y analgesia, a demanda. Se cita a las 48 horas para evolución.

Evolucion: en la actualidad, la paciente se encuentra con desaparición completa de vesículas y sintomatología sensitiva en regresión.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): la aplicabilidad para la medicina de familia y comunitaria, se basa en la importancia del diagnóstico correcto, inicio temprano de tratamiento y seguimiento de la evolución para identificar y/o evitar complicaciones.

Palabras clave: vesiculas, herpes Zóster, complicaciones.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

¡Doctora, mi corazón no funciona bien!

Bares García A[1], Montoro Caba MI[2], Llamazares Muñoz V[3]

[1] *MIR 3er año de MFyC. CS Aeropuerto. Córdoba*
[2] *MIR 3er año de MFyC. CS Occidente-Azahara. Córdoba*
[3] *MIR 3er año de MFyC. CS Fuensanta. Córdoba*

Ámbito del caso: urgencias de atención primaria.

Motivo de consulta: palpitaciones.

Historia Clínica:

Antecedentes personales: parada cardiorrespiratoria por fibrilación ventricular en contexto de miocarditis aguda. Portador de desfibrilador automático implantable (DAI). Miocardiopatía dilatada. En tratamiento con ivabradina, losartán y bisoprolol.

Enfermedad actual: varón de 37 años que acude a nuestro servicio de urgencias por presentar de forma súbita sensación de palpitaciones, nerviosismo y disnea mientras veía un partido. En la exploración física presenta regular estado general, disneico. TA 101/73. Saturación basal de oxigeno 98%. Tonos rítmicos taquicárdicos sin soplos. Abdomen y miembros inferiores anodinos. Electrocardiograma (ECG): taquicardia ventricular (TV) a unos 200-250lpm, alternando con ritmo sinusal (RS). Se monitoriza al paciente y se realiza cardioversión eléctrica sincronizada recuperando el RS. Durante el traslado al hospital comienza con rachas de TV, con descargas del DAI. Se perfunden 2 ampollas de amiodarona sin éxito. A su llegada al hospital ingresó en el área de cuidados intensivos con un potasio de 3,2 en situación de tormenta arrítmica, con presencia de polimorfismo en ECG. RX de Tórax: anodina. Tuvo una evolución favorable con estabilización eléctrica y desaparición progresiva de TV tras corrección de hipopotasemia y perfusión de sulfato de magnesio. Al alta RS a 70lpm y QTc (alta) 435 ms.

Juicio clínico: tormenta arrítmica en paciente con miocardiopatia dilatada portador de DAI.

Plan de actuación: se suspendió tratamiento con ivabradina y se añadió amiodarona y eplerrenona.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): el síndrome QT Largo (SQTL) es ocasionado por una disfunción de los canales iónicos presentes en la membrana celular. Esta alteración puede ser debida a una mutación genética o secundaria a anomalías metabólicas, a fármacos; lo que ocasiona un bloqueo de la salida de K+ o un ingreso excesivo de Na+, provocando una sobrecarga intracelular de iones positivos, lo cual demora la repolarización ventricular, prolonga el intervalo QT y facilita la aparición de postdespolarizaciones precoces (PDPs). Las PDPs al alcanzar una amplitud umbral pueden desencadenar una TV característica conocida como torsade de pointes.

Destacar la importancia del diagnóstico precoz de estas taquiarritmias, que a pesar de su carácter excepcional, suelen presentarse en pacientes jóvenes sin patología de base y que sin tratamiento adecuado pueden evolucionar a una muerte súbita.

Palabras clave: palpitaciones, taquicardia ventricular.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Efectividad de la terapia compresiva en úlceras de origen venoso en MMII

Martinez Villalba MA[1], Flor Peña A[2], Mena Campos E[3]

[1] *EIR 1er año de MFyC. CS Loreto Puntales. Cádiz*
[2] *MIR 4º año de MFyC. CS Loreto Puntales. Cádiz*
[3] *Enfermero. DCCU móvil. Chiclana (Cádiz)*

Ámbito del caso: atención primaria.

Motivo de consulta: úlcera venosa en tercio medio de miembro inferior izquierdo.

Historia Clínica: paciente mujer de 65 años diagnosticada de insuficiencia venosa, hipertensión arterial, diabetes tipo 2 y obesidad. En tratamiento con pentoxifilina, bisoprolol, hipoartel y metformina.

En la exploración presenta: dos úlceras vasculares de origen venoso de aproximadamente dos años de evolución, una de 2.5 x 2cm de superficie en la cara anterior del tercio medio y una segunda de aproximadamente 2 x 2cm de superficie en la cara posterior del tercio distal del miembro inferior izquierdo, además de exudación y edema moderado en ambas piernas. Fue tratada con apósito de curas en ambiente húmedo sin mejora en la evolución de las lesiones.

Plan de actuación: se le realiza medición del índice de Yao (indice tobillo-brazo) con un resultado de 0.9 por lo que está indicado terapia compresiva con vendaje multicomponente a tres capas (vendaje de algodón, crepé en espiga y cohesiva en espiral) y para las lesiones se utiliza apósito no-adhesivo de espuma de poliuretano. Se realizan cambios del vendaje con periodicidad de entre 3 y 7 días en función de la cantidad de exudado que presenta en cada cura. Las lesiones han cicatrizado a los 9 meses de tratamiento y para prevenir un posible reinicio de ellas se recomienda el uso de medias elásticas.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): la terapia compresiva junto con pentoxifilina durante al menos 6 meses de tratamiento por vía oral, son los tratamientos de elección con grado de recomendación A para lesiones ulcerosas de origen venoso, con índice tobillo-brazo por encima de 0.8, recomendados por la guía "Management of Chronic Venous Leg Ulcers de la Scottish Intercollegiate Guidelines Network (S.I.G.N.)".

Palabras clave: úlcera venosa, terapia compresiva, vendaje.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Paciente varón con ictericia de reciente aparición

Garrido Torres L[1], Del Castillo Tirado FJ[2], Arias de Saavedra Criado MI[1]

[1] MIR 2º año de MFyC. CS Virgen de la Capilla. Jaén

[2] Médico de Familia. Hospital de Linares (Jaén)

Ámbito del caso: atención primaria y atención hospitalaria.

Motivo de consulta: ictericia de reciente aparición.

Historia Clínica:

Antecedentes personales: hipertension arterial. SHAOS. Trasplante renal 2012. Hiperuricemia. Colecistectomizado. Carcinoma espinocelular frontal 2011. Carcinoma basocelular mejilla izquierda 2004.

Anamnesis: paciente de 54 años con ictericia de dos semanas de evolución. Trasplantado de riñón hace 2 años con tratamiento inmunosupresor combinado (micofenolato, tacrolimus, prednisona).

Exploración: ictericia generalizada. Carcinoma espinocelular en cara. Tórax y abdomen normales.

Pruebas complementarias: analítica, incremento progresivo severo de enzimas hepáticas de colestasis. Eco abdominal, TAC torácico abdominal (a nivel óseo se aprecia un patrón lítico-blástico compatible con metástasis óseas), resonancia hepática y colangioresonancia no se aprecian colecciones ni masas a nivel de vía biliar extra o intrahepatica. RMN columna lumbar indica reconversión de medula óseas heterogénea, infiltración neoplásica. Biopsia de hígado: intensa colestasis y múltiples focos microscópicos de neoplasia epitelial con características tipo escamoso.

Enfoque familiar y comunitario: estudio de la familia y la comunidad. Fase de extensión completa. Buen apoyo familiar.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial e identificación de problemas: metástasis hepática masiva de carcinoma escamoso. Fallo hepático agudo. Encefalopatía hepática (Child-Pugh C). Metástasis óseas. Carcinoma espinocelular de piel.

Tratamiento y planes de actuación: ingresó a cargo de medicina interna para averiguar tumor primario.

Evolución: exitus. Encefalopatía hepática aguda asociada a fallo hepático y exitus. Evolución tórpida y terminal en 14 días.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): el avance obtenido en el trasplante de órganos sólidos, constituye uno de los éxitos médicos más relevantes de los últimos años. El aumento de la supervivencia a largo plazo, supone la aparición de una gran variedad de complicaciones médico-quirúrgicas, muchas relacionadas directa o indirectamente con el uso continuo de fármacos inmunosupresores. El uso combinado de inmunosupresores se ha implicado como el factor determinante en la mayor susceptibilidad a padecer tumores malignos en los pacientes trasplantados, debiendo realizarse por ello revisiones en consulta. La historia natural de estos tumores es usualmente más agresiva respecto pacientes no trasplantados. Sin embargo, la mayoría de las enfermedades que presentan estos pacientes son similares a las del resto de la población y pueden ser asumidas por el médico de familia. Debemos, por tanto, conocer y manejar las principales complicaciones, y las actividades preventivas que debemos realizar para mejorar su supervivencia.

Palabras clave: ictericia, inmunosupresores, tumores.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Artritis reumática seronegativa

Garrido Torres L[1], Del Castillo Tirado FJ[2], Jiménez Guerrero MD[3]

[1] *MIR 2º año de MFyC. CS Virgen de la Capilla. Jaén*
[2] *Médico de Familia. CS Virgen de la Capilla. Jaén*
[3] *MIR 4º año de MFyC. CS Virgen de la Capilla. Jaén*

Ámbito del caso: atención primaria y atención hospitalaria.

Motivo de consulta: impotencia funcional en hombro derecho y ambas muñecas acompañadas de signos inflamatorios locales.

Historia Clínica:

Antecedentes personales: varón de 71 años. No alergias medicamentosas conocidas. Sin hábitos toxicos en el momento actual (exfumador y exbebedor). Infecciones respiratorias de repetición. Ulcus péptico intervenido. Infarto agudo de miocardio.

Anamnesis: algia, rubor, calor, edema e impotencia funcional aditiva y migratoria durante 4 semanas en ambos carpos, muñecas y hombro derecho. De forma sincrónica, disfonía intermitente y perdida de sensibilidad en falanges distales de 3º y 4º dedos de mano derecha. Ingresó en traumatología y posteriormente en medicina interna para estudio.

Exploración: disfonía. Arterias temporales laten simétricas. Tórax: no soplo ni roce cardiaco. Resto sin interés.

Pruebas complementarias: hemograma (18240 leucocitos/cc con 82% neutrofilos), bioquímica normal, dimero D 1797 ng/ml, PCR 120, VSG 52, estudio hormonal, tumoral y autoinmune normales. Ecografía de mano derecha y resonancia magnética de manos y muñecas sin hallazgos. Estudio neurofisiológico normal.

Enfoque familiar y comunitario: fase de contracción de la OMS. Buen soporte familiar.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial e identificación de problemas: poliartritis crónica, con tenosinovitis y pequeñas erosiones óseas. Se concluye diagnostico de artritis reumatoide seronegativa con posible afectación croicoaritenoidea. Mononeuropatia de nervio mediano. Síndrome de túnel del carpo asociado.

Tratamiento y planes de actuación: inicialmente pauta corticoidea 1mg/kg/día con práctica desaparición de signos inflamatorios articulares. Seguimiento en consulta de reumatología. Interconsulta a otorrino para estudio de posible artritis en articulación cricoaritenoidea (disfonía).

Evolución: reaparición de los mismos de forma aditiva al tercer día, estacionándose al mismo tiempo en las 3 localizaciones. Nueva pauta con prednisona 60 mg junto con metotrexate. Desaparición de artritis y mejoría de cifras de PCR.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): el manejo de las poliartalgias en atención primaria implica en ocasiones una gran dificultad en el manejo y diagnóstico de la causa principal. Ante una evolución tórpida deben plantearse diagnósticos alternativos y manejo conjunto con otras especialidades centrándonos en el seguimiento y la mejoría sintomática en base al tratamiento. Aunque en este momento no se posea un diagnóstico claro, la existencia de síntomas cardinales fuera de lo habitual, como la disfonía, deben hacernos plantear estudios más específicos en este tipo de pacientes.

Palabras clave: poliartralgias, artritis, aditivas.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Orientación diagnóstica ante clínica inespecífica

Garrido Torres L[1], Del Castillo Tirado FJ[2], Arias de Saavedra Criado MI[1]

[1] MIR 2º año de MFyC. CS Virgen de la Capilla. Jaén

[2] Médico de Familia. Hospital de Linares (Jaén)

Ámbito del caso: atencion primaria y atencion hospitalaria.

Motivo de consulta: mujer de 56 años que consulta en últimas dos semanas por cefalea en región ocular y temporoparietal, así como pérdida de agudeza visual en ojo derecho.

Historia Clínica:

Antecedentes personales: no alergias medicamentosas conocidas. Granulomatosis de Wegener con afectación pulmonar, ANCA-c (antiproteinasa 3) positivos. HTA.

Anamnesis: paciente de 56 años que consulta de forma reiterada durante dos semanas por dolor de cabeza en región ocular, periocular derecha y área temporal y periauricular derecha junto a perdida visual en ojo derecho. En una consulta a urgencias de oftalmología el estudio fue normal (PIO y campimetría sin alteraciones).

Exploración: consciente y orientada, eupneica, buen estado general. Sin focalidad neurológica. No bocio ni adenopatías. Auscultación cardiorespiratoria normal. Abdomen sin hallazgos patológicos. TA 140/80mmHg. FC 90 lpm.

Pruebas complementarias: analítica con hemograma normal. Bioquímica, iones y PCR en rango de la normalidad. HDL 75mg/dl. LDL 106. Triglicéridos 164mg/dl. Coagulación sin alteraciones. RX Tórax: patrón reticulonodulillar descrito en TAC previo. RMN sinusitis izquierda. Nervios y conductos ópticos de configuración normal. Nuevo estudio ocular: AV OD amaurosis. Pupila de Marcus-Gunn en ojo derecho sin modificación de PIO. Fondo de ojo OD papilitis con inflamación en polo inferior y nasal. OI normal.

Enfoque familiar y comunitario: fase de contracción familiar de la OMS. Buen soporte familiar.

Juicio clínico: neuritis óptica asociada en granulomatosis de Wegener. Migraña en racimos. Somatización.

Tratamiento: bolos mensuales de ciclofosfamida. Prednisona a altas dosis en domicilio. Seguimiento en consultas de enfermedades autoinmunes.

Evolución: bolo inicial de ciclofosfamida (975 mg) más pauta de cinco días de 1 gramo de metilpredisolona IV. Mejoría del dolor ocular y retroocular sin recuperar agudeza visual. Actualmente en seguimiento por unidad autoinmune y atención primaria.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): la granulomatosis de Wegener (G.W.) es una vasculitis sistémica de pequeños vasos de etiología desconocida con afectación predominante del tracto respiratorio superior e inferior y el riñón, aunque eventualmente puede afectar órganos sensitivos como ojo u oído. El diagnóstico se basa en historia clínica, hallazgos histopatológicos y marcadores autoinmunes (ANCA). La correcta historia clínica y el seguimiento de los pacientes en atención primaria es fundamental para realizar una orientación diagnostica adecuada.

Palabras clave: granulomatosis, wegener, uveitis.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Cuadro confusional generado por tratamiento con aspirina

Navarro Gallardo MP[1], Rodríguez García C[2], Castillo Jiménez P[3]

[1] MIR 1er año de MFyC. CS Antequera Estacion (Málaga)
[2] Medico de Familia. CS Antequera Estacion (Málaga)
[3] MIR 1er año de MFyC. CS Salud Antequera Centro (Málaga)

Ámbito del caso: atencion primaria.

Motivo de consulta: paciente de 74 años en tratamiento con aspirina desde hace 13 años que consulta por cuadro de cefalea frontoparietal derecha y bradipsiquia progresiva de 2 semanas de evolución que finalmente termina con cuadro confusional.

Historia Clínica:

Antecedentes personales: hipertensión en tratamiento con enalapril/hctz y aspirina desde hace 13 años.

Exploración física: normal, salvo la exploración neurológica donde se evidencia ataxia y bradipsiquia.

Pruebas complementarias: TAC de cráneo ligera atrofia cortico-subcortical. RMN: higroma frontal bilateral. Analitica de sangre: insuficiencia renal, aumento PSA.

Actuación: derivacion a medicina interna y urologia. Se suspende aspirina.

Evolución: la cefalea, bradipsiquia, ataxia desaparecen y se normaliza la función renal tras suspender tratamiento con aspirina.

Diagnósttico diferencial: accidente cerebrovascular agudo, demencia, tumor o metástasis cerebreal, cuadro metabólico agudo.

Juicio Clínico: síndrome confusional producido por aspirina como efecto adverso.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): dentro de los efectos secundarios del tratamiento con aspirina, se describe el cuadro confusional como efecto poco frecuente. Ello nos hace reflexionar sobre la importancia de valorar todos los posibles efectos adversos en la prescripción de un determinado tratamiento y en el seguimiento posterior del paciente.

Palabras clave: confusional syndrome, aspirin, adverse effects.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Embolia paradójica

Llamazares Muñoz V[1], Muñoz Díaz B[2], Álvarez Uceda L[1]

[1] MIR 3er año de MFyC. CS Fuensanta. Córdoba
[2] MIR 3er año de MFyC. CS Lucano. Córdoba

Ámbito del caso: urgencias hospitalarias.

Motivo de consulta: mareo.

Historia Clínica:

Antecedentes personales: sin interés.

Anamnesis: paciente varón de 50 años, que acude a urgencias por episodio brusco de mareo sin giro de objetos de unos 5 minutos de duración acompañado de diplopia.

Exploración física: consciente, orientado, colaborador. Auscultación cardiorrespiratoria: tonos rítmicos a buena frecuencia sin soplos audibles. Murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. Exploración neurológica: púpilas isocóricas normorreactivas, pares craneales conservados, no signos meníngeos ni rigidez de nuca, fuerza y sensibilidad conservada, no dismetría, no nistagmo, marcha normal, romberg negativo.

Pruebas complementarias: analítica dentro de la normalidad. Electrocardiograma: ritmo sinusal a 57 latidos por minuto, eje normal, no alteraciones agudas en la repolarización. TAC craneal sin contraste: sin hallazgos patológicos. Eco- Doppler troncos supraaórticos: sin hallazgos. Ecocardiograma transtorácico: IM muy leve. No otras anomalías valvulares ni pericárdicas. Ecocardiograma transesofágico: foramen oval permeable (FOP). Juicio clínico: AIT en territorio vertebrobasilar.

Tratamiento y evolución: tras la realización de cateterismo, se procede al cierre del FOP con dispositivo amplazt y se pauta tratamiento con ácido acetilsalicílico 300 mg y fondaparinaux 2.5 mg durante 1 mes. El paciente no presenta complicaciones permaneciendo estable y asintomático al alta.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): tras acudir a urgencias, el paciente fue ingresado en neurología por un episodio catalogado de accidente isquémico transitorio en territorio vetebrobasilar. Tras estudio con pruebas complementarias normales, se consulta con cardiología para buscar origen embolígeno, confirmándose mediante ecocardiograma transesofágico FOP, procediendo a su tratamiento con cierre completo. El foramen oval es una apertura natural que permite el paso, durante la vida fetal, de la sangre oxigenada de la aurícula derecha a la izquierda. En algunos casos puede favorecer las llamadas 'embolias paradójicas', que consisten en el paso de un coágulo sanguíneo, generalmente formado en las venas de las piernas, a través del foramen oval, a la circulación sistémica y por ella al cerebro (produciendo un ictus o accidente cerebrovascular) o a cualquier otro órgano del cuerpo.

Palabras clave: mareo, diplopia, ictus.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Importancia del abordaje integral desde Atención Primaria en mujer de 26 años con patología psicosocial

Rodríguez Lora EJ[1], Amodeo Arahal MC[2], Mesa Rodríguez P[3]

[1] MIR 2º año de MFyC. CS Montequinto. Sevilla
[2] MIR 2º año de MFyC. CS El Porvenir. Sevilla
[3] MIR 2º año de MFyC. CS La Juncal. Sevilla

Ámbito del caso: caso mixto, en atención primaria abordaje clínico y psicosocial completo (médico, enfermero, trabajador social), en atención hospitalaria estudio por diferentes especialidades.

Motivo de consulta: repetidas consultas de cuadros ansiosos. Los meses posteriores quejas somáticas, inespecíficas, principalmente abdominales, en aumento de forma coincidente con el inicio de estudios por diferentes especialidades. Los últimos meses disminuyeron las consultas.

Historia Clínica:

Enfoque individual:

Antecedentes personales: no alergias medicamentosas. Fumadora de 11 cigarrillos/día. 5 embarazos a términos y 4 abortos. Polimialgias en estudio.

Anamnesis: mujer de 26 años que consulta en múltiples ocasiones por crisis de ansiedad. Comenta problemas sociofamiliares. Posteriores consultas con quejas somáticas en aumento (artralgias, odinofagia, dolor abdominal).

Exploración: física (aparatos y sistemas) normal. Clínica psiquiátrica compatible con ansiedad generalizada.

Pruebas complementarias: tomografía axial computarizada (TAC) cráneo y abdominal normal, resonancia magnética (RNM) cervical normal, ecografía abdominal normal. Analítica normal (leucocitosis ligera).

Enfoque familiar y comunitario. Estudio de la familia y la comunidad: familia reconstituida con padrastro y posteriormente hijo común (4 primeros hijos de relación anterior, último hijo de pareja actual). Fase IIA de extensión en ciclo vital familiar. Estilo centrípeto. Red social escasa, principal apoyo: hermana. Acontecimientos vitales estresantes: muerte de madre. Separación de pareja anterior, pésima relación posterior. Dos abortos. Problemas de convivencia. Dificultades económicas.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial e identificación de problemas: tras seguimiento en atención primaria, especializada y unidad de salud mental, trastorno de ansiedad generalizada. Diagnóstico diferencial: patología autoinmune, abdominal a filiar. Diagnóstico diferencial en salud mental: trastorno depresivo y trastorno hipocondríaco.

Tratamiento: tratamiento con antidepresivos. Seguimiento por trabajo social.

Evolución: empeoramiento de ansiedad durante estudios. Mejoría tras fin de estudios.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): importancia de abordaje integral de problemas sociales y psicosomáticos en atención primaria. Evitar sobrediagnóstico, sobretratamiento, analizar el efecto de éstos. Médico de familia como director de orquesta.

Palabras clave: ansiedad, sobrediagnóstico, sobretratamiento.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Un mareo de tantos

Llamazares Muñoz V[1], Bares García A[2], Montoro Caba MI[3]

[1] MIR 3er año de MFyC. CS Fuensanta. Córdoba
[2] MIR 3er año de MFyC. CS Aeropuerto. Córdoba
[3] MIR 3er año de MFyC. CS Occidente. Córdoba

Ámbito del caso: urgencias hospitalarias.

Motivo de consulta: mareo.

Historia Clínica:

Antecedentes personales: no alergias medicamentosas. No hipertensa. Espondiloartrosis.

Anamnesis: mujer de 70 años, que acude a urgencias, por cuadro súbito de unas 2 horas de evolución, de mareo con inestabilidad para la marcha sin giro de objetos acompañado de sensación nauseosa sin otra clínica asociada. Le ha ocurrido el mismo episodio en otras ocasiones. Se ingresa en el servicio de neurología para estudio.

Exploración física: afebril. Aceptable estado general, consciente, orientada, colaboradora. Auscultación cardiorrespiratoria: tonos rítmicos a buena frecuencia sin soplos audibles. MVC sin ruidos sobreañadidos. Exploración neurológica: marcha atáxica con apertura de la base de sustentación y marcha en tándem imposible. Romberg negativo. No déficit a otros niveles.

Pruebas complementarias: analítica con hemograma, bioquímica con función renal, hepática e iones dentro de la normalidad. ECG: ritmo sinusal a 59 latidos por minuto, eje normal, no alteraciones agudas en la repolarización. TAC craneal sin contraste: discreta hipodensidad de sustancia blanca periventricular de ambos hemisferios cerebrales, de perfil isquémico crónico. No signos de hidrocefalia, sangrado ni otros hallazgos. RM craneal sin contraste: no se aprecian lesiones recientes. Eco-Doppler troncos supraaórticos: no signos de estenosis significativa. Vertebral de dirección y flujo normal. Ecocargiodrama: estudio compatible con la normalidad.

Juicio clínico: ictus reversible en territorio vertebrobasilar.

Diagnóstico diferencial: origen tumoral, vértigo periférico paroxístico benigno.

Tratamiento y evolución: clopidogrel 75 mg/24 horas junto con ácido acetilsalicílico 300 mg/24 horas y atorvastatina 80 mg/24 horas de manera indefinida. La paciente ha presentado una evolución regresiva espontánea del cuadro con mejoría del déficit estando asintomática al alta.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): el 80% de los accidentes cerebrovasculares son isquémicos. El 20% de los cuadros isquémicos compromete al tejido irrigado por la circulación posterior (vertebrobasilar). En el caso de esta paciente, aunque se encuentra en ritmo sinusal, hay que vigilar que pueda tener una fibrilación auricular paroxística, que de confirmarse necesitaría tratamiento anticoagulante, por ello se encuentra a la espera de realización ambulatoria de Holter para completar estudio.

Palabras clave: mareo, ataxia, ictus.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Neumonía bilateral como complicación de Varicela

González Sánchez H, Paulo Gregorio VM

MIR de MFyC. CS El Torrejon. Huelva

Ámbito del caso: urgencias hospitalarias.

Motivo de consulta: disnea, fiebre de 39ºC.

Historia Clínica:

Antecedentes personales: consumidor de cocaina inhalada y cannabis.

Anamnesis: paciente de 21 años de edad que acude por presentar fiebre de 39ºC, tos con expectoración amarillenta y disnea de tres días de evolución coincidiendo con el diagnóstico de varicela. Desde la noche anterior presenta dolor centro torácico no pleurítico que aumenta con los cambios posturales.

Exploración física: piel, lesiones vesículo costrosas (en diferentes estadios), características de varicela diseminadas por todo el cuerpo sobre todo a nivel de cara y torax. Orofaringe y úvula afectadas por vesículas. AR: buen mv, no ruidos patológicos. AC: ruidos cardíacos rítmicos, no soplos. Abdomen: normal.

Estudios complementarios: hemograma normal con linfocitosis. Bioquimica general normal. TnT normal. Perfil hepático y perfil lipídico normales. PCR 2,44. Gasometria arterial: hipoxemia sin hipercapnia. Tóxicos en orina: positivo a tetrahidrocannabinol. RX tórax: patrón intersticial reticulonodular bilateral predominante en hemitorax izquierdo.

Juicio clínico: neumonía bilateral por varicela.

Tratamiento: ingreso en planta de Infecciosos. Aciclovir IV

Evolución: mejoría de la sintomatología respiratoria con desaparición de la fiebre, recibiendo el alta hospitalaria al 7º día de tratamiento.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): la neumonía como complicación de la varicela es un cuadro que siempre hay que tener en cuenta en pacientes adultos pues puede presentarse al inicio con poca sintomatología y si no se diagnostica puede tener consecuencias graves. En nuestro paciente, como suele ocurrir en muchas ocasiones, el patrón radiológico era más alarmante que la propia sintomatología respiratoria que presentaba al momento del ingreso. Todo paciente con neumonia y varicela debe ser vigilado estrechamente al menos las primeras horas si es posible en ámbito hospitalario para evitar complicaciones graves.

Palabras clave: varicela complicada, neumonía, varicela.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Alcoholismo, un enemigo silencioso

Sánchez García AM[1], Rubio Domínguez AJ[2], Berekoetxea Robador M[3]

[1] MIR 3er año de MFyC. CS Albayzín. Granada
[2] MIR 3er año de MFyC. CS Gran Capitán. Granada
[3] MIR 1er año de MFyC. CS Albayzin. Granada

Ámbito del caso: atención hospitalaria (urgencias).

Motivo de consulta: ingestión de fármacos. Intento de autolisis. Ansiedad.

Historia Clínica: paciente de 61 años con antecedentes personales de enolismo crónico, HTA, obesidad, DM 2 y hepatopatía crónica. La paciente refiere problemas familiares como el fallecimiento de su hermano mayor, el divorcio de su hijo y problemas del ámbito legal. Convive con su marido, quien constituye su principal apoyo.

Penúltima consulta en urgencias: crisis de ansiedad. La paciente acude demandando nuevo ingreso en la unidad de drogodependencias ante el riesgo de recaída al sentirse desbordada con problemas familiares. Se deriva al alta con recomendación de "pedir cita en unidad de desintoxicación".

Última consulta en urgencias: malestar general. No pudo pedir la cita dado que la unidad de desintoxicación está cerrada. Esta vez viene acompañada de una vecina. Su marido la abandonó hace 2 semanas. Se deriva al alta con "volver si empeoramiento".

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): el alcoholismo es un problema frecuente en nuestra sociedad. La deriva socioeconómica está convirtiendo a la población en más vulnerable y dependiente de cuidados y protección. Desde el servicio de urgencias se prioriza la atención sanitaria en función del riesgo vital para el paciente, por lo que el riesgo de recaída no es condición suficiente para ingreso hospitalario. La derivación al alta probablemente fuera correcta, pero en ningún momento se proponen soluciones que alivien el sufrimiento de nuestra paciente. Desde el punto de vista del médico de familia debemos tratar de conocer las circunstancias que rodean a nuestros pacientes, su entorno, todo aquello que pueda influir en su calidad de vida. El alcoholismo es un problema complejo que debemos sospechar y tratar de intervenir desde nuestro día a día, quizá una intervención a tiempo pueda evitar que pacientes como en este caso consulten hasta 6 veces en el último año por ansiedad e intentos autolíticos, viendo disminuido poco a poco su apoyo familiar hasta haberse visto sola. El médico de familia debe ser una baza fundamental para la prevención y tratamiento de todas aquellas patologías físicas y psicológicas que son inabarcables desde urgencias.

Palabras clave: alcoholismo.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Síndrome de Lynch

Navarro Domínguez M[1], Sampedro Abascal C[2], Candón Ballester M[1]

[1] *MIR 1er año de MFyC. CS Mercedes Navarro. Sevilla*
[2] *Médico de Familia. CS Mercedes Navarro. Sevilla*

Ámbito del caso: atención primaria.

Motivo de consulta: alteración del hábito intestinal y sangre oculta en heces positiva. Lesiones dérmica en mejilla derecha y mama izquierda.

Historia Clínica:

Enfoque individual:

Antecedentes personales: mujer 58 años sin RAMs conocidas, diabetes mellitus 2, hipertensión arterial, cáncer endometrio (T2N0M0) con histerectomía y doble anexectomía, cáncer colon (recto y sigma) con resección segmental, colecistectomía, queratoacantoma en mejilla derecha, gastritis atrófica, mastopatía fibroquística, desprendimiento de vítreo posterior, diverticulosis, carcinoma basocelular en mama derecha.

Anamnesis: historia personal y familiar compatible con síndrome de Lynch, que lleva a plantear estudio genético.

Exploración: abdomen blando depresible, sin megalias. Tacto rectal con masa dudosa.

Pruebas complementarias: analítica con sangre oculta en heces positiva. Se deriva a digestivo donde objetivan recidiva de carcinoma coloide de colon trasverso estadio B2 de Astler-Coller que sumado al resto de antecedentes, llevan al servicio de oncología a plantear estudio genético de inestabilidad de microsatélites (IMS), que resulta positivo para los genes MSH2 y MLH1.

Enfoque familiar y comunitario: mujer con dos hijos varones de 33 y 28 años.

Antecedentes familiares: padre fallecido por úlcera duodenal perforada. Madre fallecida por tumor cerebral no filiado. Hermana fallecida por tumor de ovario. Hermana viva con múltiples tumores cutáneos. Tío y prima maternos fallecido de cáncer de colon. Tía materna fallecida por cáncer de estómago.

Juicio clínico: síndrome Lynch tipo 2.

Diagnóstico diferencial: poliposis adenomatosa familiar.

Identificación de problemas: cribado inadecuado a familiares.

Tratamiento: hemicolectomía derecha con quimioterapia adyuvante.

Planes de actuación: controles periódicos y screening a familiares.

Evolución: durante el estudio genético la paciente se encuentra en espera de confirmación por anatomía patológica de un carcinoma basocelular ya extirpado en piel de región mamaria derecha. Estudio genético pendiente en hijos.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): ante la concurrencia de varias patologías acompañadas de antecedentes personales y familiares compatibles, es papel primordial del médico de familia plantearse la posible asociación con síndromes clínicos, así como comunicar a los familiares la importancia de un correcto cribado para beneficiarse de un diagnóstico y tratamiento precoz.

Palabras clave: síndrome Lynch, cáncer colorrectal, antecedentes familiares.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Insuficiencia Renal Aguda secundaria al consumo de Cocaína

Madeira Martins JM[1], Arjona Burgos I[2], Lopez Moreno J[3]

[1] *MIR 2º año de MFyC. CS La Fuensanta. Córdoba*
[2] *MIR 3er año de MFyC. CS La Fuensanta. Córdoba*
[3] *MIR 2º año de MFyC. CS Aeropuerto. Córdoba*

Ámbito del caso: urgencias hospitalarias.

Motivo de consulta: crisis hipertensiva.

Historia Clínica:

Antecedentes personales: paciente procedente de zona social problemática con entorno familiar desestructurado, consumidor habitual de cocaína desde hace 3-4 años con consumo habitual cada 3 días de 1 gr diario. No otros antecedentes de interés.

Enfermedad actual: paciente varón de 22 años que acude a urgencias derivado por su médico de atención familia por cifras tensionales de 245/140mmhg, refiriendo además clínica de un mes de evolución de astenia, anorexia, disminución de la agudeza visual palpitaciones sin cortejo neurovegetativo ni dolor precordial, pérdida ponderal aproximada de 8 kg en el último mes y recorte progresivo en la diuresis.

Exploración física: a destacar TA 190/100mmhg y palidez mucocutánea, resto anodino. Se suministró capoten y orfidal sl y se solicitan las siguientes pruebas.

Pruebas complementarias: gasometría venosa, combur test, ECG, analítica con 3 series, radiografía de tórax, de abdomen y triaje de tóxicos obteniéndose los siguientes resultados patológicos; combur test: proteínas+++, sangre+++, serie roja dentro de la normalidad salvo hemoglobina de 8,1 mg/dl con VCM 89 fl, urea 97 mg/dl, Na 135 y K 3,2, creatinina 6 mg/dl, filtrado glomerular 12 ml/miny, troponina 0,16 ng/ml. Triaje de tóxicos positivo para cocaína. Se solicita ecografía abdominal donde se apreciaron hallazgos compatibles con nefropatía médica. Se contacta con nefrólogo de guardia, el cual, indica ingreso en servicio de nefrología. En dicho servicio se realizó valoración por oftalmología con el diagnóstico de retinopatía hipertensiva, gammagrafía renal con patrón de necrosis tubular aguda bilateral (NTA) y doppler renal con estudio de hipertensión poco concluyente. Durante su ingreso persistieron cifras tensionales elevadas necesitando 3 fármacos para su control, bien como persistencia del deterioro de función renal pese adecuado tratamiento con sueroterapia intensiva.

Ante la solicitud reiterada de alta, el paciente se fue de alta voluntaria con diagnóstico de insuficiencia renal aguda secundaria a consumo de cocaína, microangiopatía trombótica y crisis hipertensiva, con tratamiento de nifedipino 30 mg 1/24 horas y losartán 50 mg 1/12 horas con recomendaciones higienodietéticas y seguimiento en consultas externas de nefrología.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): desde el punto de vista de atención primaria creo que la detección precoz y el acompañamiento y adopción de conductas de deshabituación en este caso hubiesen evitado el grave problema de salud que desarrolló el paciente.

Palabras clave: proteinuria, hipertensión, tóxicos.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

No todo es Varicela

Muñoz Sánchez MD[1], Benítez Rodríguez MC[2], Arza Varo B[1]

[1] MIR 4º año de MFyC. CS Virgen del Valle. Ecija (Sevilla)
[2] MIR 4º año de MFyC. CS El Rubio (Sevilla)

Ámbito del caso: atención primaria, atención hospitalaria.

Motivo de consulta: paciente de 71 años que tras cuadro catarral comienza con fiebre y lesiones eritemato-vesiculares en espalda por lo que se inicia tratamiento con aciclovir por sospecha de herpes zoster vs varicela.

Historia Clínica:

Antecedentes personales: alergia nitrofurantoina, quinolonas, palexia y anisakis. No hábitos toxicos. Dislipemia. TBC cadera en la infancia. Poliomielitis. Hernia discal lumbar con espondilolistesis-discartrosis en seguimiento por unidad del dolor. Hernia de hiato. Inmunodeficiencia común variable sin necesidad de reposición de Igs por el momento. IQ: prótesis rodilla derecha, colecistectomía, apendicectomía, tumoración benigna de mama. Tratamiento habitual: trazadona 100mg, paroxetina 20mg, alprazolam 0.5mg.

Anamnesis: paciente que tras cuadro catarral comienza con fiebre y lesiones eritemato-vesiculares en espalda por lo que se inicia tratamiento con aciclovir por sospecha de herpes vs varicela tras esto se produce empeoramiento del cuadro con generalización de las lesiones.

Exploración: buen estado general. No lesiones en mucosas. No ictericia. Piel: placas eritematosas-vesiculares descamativas en alas de mariposa en cara, tronco, abdomen, en espalda y MMII predominan exantema maculopapular con algunas lesiones vesiculares. No lesiones palmo-plantares. No pústulas ni ampollas. ACR: ruidos rítmicos no soplos mv conservado. Abdomen: blando y depresible, no doloroso.

Pruebas complementarias: analítica; Hb 13.6, leucocitos 19070 (segmentados 14030 eosinofilos 2180), TP 16.8, INR 1.48, Glucosa 98, Cr 0.46, Na 119, GPT 64, GGT 84, GOT 23, Bilirrubina y fosfatasa alcalina normal. PCR 1189.3. Proteinograma: patrón inflamatorio agudo. Serología: varicealzoster IgG Elisa positivo, anisakis positivo.

Enfoque familiar y comunitario: vida independiente para ABVD, deambula con bastón y siempre acompañada.

Juicio clínico: reacción exantemática con eosinofilia, toxicodermia con expresión de síndrome de DRESS en relación a uso de trazodona/paroxetina o aciclovir. Hiponatremia severa de origen no aclarado.

Diagnostico diferencial: sindrome de Stevens-Johnson, linfoma, pseudolinfoma medicamentoso. Infecciones: virus Epstein-Barr, virus herpes, virus hepatitis AyB, enfermedad Still.

Tratamiento: suspender medicación habitual e inicio de corticoides iv.

Evolución: mejoría del cuadro cutáneo y normalización de eosinofilia.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): las enfermedades dermatológicas tan frecuentes en la consulta de atención primaria representan por su complejidad un reto en la práctica diaria. Debe sospecharse síndrome de DRESS ante la presencia de erupción morbiliforme, signos de compromiso hepático, fiebre, analítica hipereosinofilia y linfadenopatía.

Palabras clave: toxicodermia.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Manejo de paciente anciana en estado terminal

Lara Carvajal A[1], Cerezo Sánchez P[2], Jiménez Jiménez SM[3]

[1] *Médico de Familia. CS Salobreña (Granada)*
[2] *Médico de familia. HAR Guadix (Granada)*
[3] *Médico de familia. CS Nuredduna Arta (Illes Balears)*

Ámbito del caso: atención primaria.

Motivo de consulta: mujer de 94 con disnea.

Historia Clínica:

Enfoque individual: mujer de 94 años con antecedentes personales de diabetes e hipertensión arterial. Acudimos al domicilio porque la familia nos avisa de que no mejora de un catarro (previamente habíamos prescrito un antibiótico), tras valorarla decidimos solicitarle una radiografía de tórax.

Enfoque familiar y comunitario: la paciente vive con una hija suya que tiene una deficiencia mental. Otro de sus hijos vive en Granada, pero los demás viven fuera de Andalucía.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial e identificación de problemas: en la radiografía apreciamos metástasis en globo. Nos ponemos en contacto con sus hijos y les explicamos la situación, para decidir qué hacer.

Tratamiento y planes de actuación: tras hablar todos los hermanos/as entre ellos y con la paciente (que sabe que alguna patología en el pulmón, pero no desea más información) deciden no realizar otros estudios ni pruebas complementarias y paliar los distintos síntomas que puedan ir surgiendo a lo largo de la evolución.

Evolución y aportación para el médico de familia: ha pasado ya más de un año y nuestra paciente está bien, con oxígeno domiciliario, pero con buen apetito y buen control del dolor y el sueño. Vamos a visitarla a su casa prácticamente todas las semanas.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): es fundamental en la toma de decisiones con respecto a un paciente terminal, lo que piense el paciente y la familia. Hay que respetar las voluntades vitales de la paciente. Una vez se decide no realizar más pruebas o tratamientos, ya no debemos ser tan estrictos en el control de la tensión, la glucemia… sino en si duerme bien, come bien o padece dolor. El actuar así desde el principio también previene posibles duelos patológicos.

Palabras clave: patient terminal, old, vital wills.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Síntomas en grupo

Muñoz Díaz B[1], Álvarez Uceda L[2], Llamazares Muñoz V[3]

[1] *MIR 3er año de MFyC. CS Lucano. Córdoba*
[2] *MIR 3er año de MFyC. CS Levante Sur. Córdoba*
[3] *MIR 3er año de MFyC. CS Fuensanta. Córdoba*

Ámbito del caso: urgencias hospitalarias.

Motivo de consulta: niño de 10 años y niña de 7 años, primos que acuden por malestar general con dolor abdominal, vómitos y cefalea.

Historia Clínica:

Antecedentes personales: sin interés.

Anamnesis: niño de 10 años acude a urgencias con su prima de 7 años con un cuadro de dolor abdominal, vómitos, sensación distérmica, deposiciones diarreicas y cefalea. Ambos niños junto con la madre de uno de ellos y una amiga de la misma, han comido lo mismo y la amiga de la madre no ha presentado sintomatología. La madre presenta malestar con cefalea. Utilizan brasero eléctrico, han cambiado el termo en la casa hace poco y de vez en cuando hay mucho olor a gas.

Exploración física: niño; regular estado general, palidez mucocutánea, bien conectado con el medio, eupneico en reposo. A su llegada presenta cuadro sincopal con tensión arterial de 77/35 precisando administración de suero fisiológico 250ml. Abdomen blando y depresible con leve dolor a palpación de hipocondrio derecho. Exploración neurológica normal. Niña: aceptable estado general, no decaimiento, buen tono muscular, leve sequedad de mucosa oral, eupneica en reposo. Afebril. Abdomen blando y depresible sin dolor a la palpación. Exploración neurológica normal.

Pruebas complementarias:

Niño: gasometría venosa pH 7'34, pCO2 47, pO2 15, Na 140, K 3'2, Glu 135, HCO3 25'4, COHb 31'3. Hematimetría leucos 15400 (N 5.88), hematíes 5'28, Hb 15'6, HTO 42'4, VCM 80, plaquetas 330000. Bioquímica: normal. Niña: gasometría venosa pH 7'35, pCO2 46, pO2 18, Na 140, K 4'1, Glu 149, HCO3 23, COHb 21'4.

Juicio clínico: intoxicación por monóxido de carbono.

Diagnóstico diferencial: gastroenteritis aguda, intoxicación alimentaria.

Tratamiento y evolución: se administro a ambos niños oxígeno al 50% con ventimask durante media hora presentando una mejoría inmediata.

Se recomendó buena ventilación del hogar y revisión del termo, vigilando signos de intoxicación.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): ante un cuadro de vómitos, deposiciones líquidas, cefalea con instauración del cuadro en horas y en varios miembros de la familia es importante descartar tanto una posible intoxicación alimentaria como la intoxicación por monóxido de carbono, más en invierno como fue este caso.

Palabras clave: intoxicación, monóxido de carbono, vómitos.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Doctor, ¿me siento débil?

Ramírez Robles R[1], Ramírez Robles CM[2], Rivas del Valle PA[3]

[1] *Médico de Familia. HAR El Toyo (Almería)*
[2] *Enfermera. Hospital de Motril (Granada)*
[3] *Médico de Familia. Hospital Clínico San Cecilio. Granada*

Ámbito del caso: atención primaria, atención urgencias.

Motivo de consulta: debilidad generalizada.

Historia Clínica:

Antecedentes personales: depresión, lumbalgia crónica en seguimiento por unidad del dolor, artrosis, osteoporosis, obesidad, HTA.

Tratamiento habitual: fentanilo transdérmico, diazepam, paroxetina, atenolol. No alergias medicamentosas conocidas.

Anamnesis: paciente de 71 años que es derivado a urgencias por su médico de atención primaria por cuadro de debilidad generalizada de varios meses de evolución. La familia refiere que últimamente se ha asociado la torpeza a su sintomatología.

Exploración: paciente no impresiona de gravedad. Destaca bradipsiquia, sin otra focalidad neurológica grosera objetivable. Resto de exploración por órganos y sistemas normal.

Pruebas complementarias: se realiza analítica con todos los valores dentro de la normalidad y electrocardiograma con RS sin alteraciones en la repolarización ni bloqueos ni otra patología.

Juicio clínico: la paciente es diagnosticada de pseudodemencia depresiva y bradipsiquia secundaria a tratamiento farmacológico.

Plan de actuación: se recomienda seguimiento por su médico de familia y derivación a consultas externas de neurología (unidad de demencias).

Evolución: la paciente acude a consulta de neurología, donde tras valoración, se solicita TAC donde se aprecia meningioma tentorial en la parte derecha de la fosa posterior, con efecto de masas sobre el hemisferio cerebeloso adyacente. Ligeros signos de insuficiencia vascular cerebral crónica y ligeros signos involutivos en relación a la edad.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): ante un paciente con cuadro de debilidad y astenia, en pacientes con patología psiquiátrica asociada muchas veces tendemos a no prestar la suficiente atención y asociar la sintomatología a problemas psicológicos; ansiedad, estrés, depresión, problemas familiares. Como médicos de familia debemos tener en cuenta la importancia del seguimiento de nuestros pacientes, realizando una exploración neurológica completa cuando aparezcan signos de alarma o modificación de la sintomatología, valorando la realización de pruebas de imagen o estudio por atención especializada.

Palabras clave: astenia, meningioma, depresión.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Paciente joven con edemas en miembros inferiores

Lara Carvajal A[1], Cerezo Sánchez P[2], Jiménez González EM[3]

[1] *Médico de Familia. CS Salobreña (Granada)*
[2] *Médico de Familia. HAR Guadix (Granada)*
[3] *Médico de Familia. CS La Chana. Granada*

Ámbito del caso: atención primaria.

Motivo de consulta: mujer de 22 años que acude a la consulta porque desde hace 2-3 meses tiene edemas en miembros inferiores.

Historia Clínica:

Enfoque individual: mujer de 22 años, con antecedentes personales de hipotiroidismo. Ha estado en tres ocasiones en urgencias, siendo diagnosticada de insuficiencia venosa, pero no mejora.

Enfoque familiar y comunitario: vive con sus padres, es estudiante de medicina.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial e identificación de problemas: al realizar anamnesis detallada refiere que en ocasiones ha notado hinchazón de abdomen o cara, astenia, diarrea ocasional, dolores articulares esporádicos. Una de las ocasiones en las que fue a urgencias presentaba lesiones eritematosas en tronco, febrícula vespertina. A la exploración sólo se aprecian leves edemas en miembros inferiores, maleolares. Solicitamos analítica en la que apreciamos proteínas en orina y albuminemia de 2,9 g/dl. Realizamos el diagnóstico de síndrome nefrótico.

Tratamiento y planes de actuación: la derivamos de forma urgente al hospital, siendo ingresada en nefrología.

Evolución y aportación para el médico de familia: tras biopsia renal diagnostican glomerulonefritis tipo IV y con resto de pruebas complementarias, lupus eritematoso sistémico.

Actualmente la paciente está mejor, pero en seguimiento por nefrología y en tratamiento con corticoides, micofenolato mofetilo e hidroxicloroquina.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): es importante una anamnesis y una exploración detalladas para un correcto diagnóstico. Debemos darle importancia a patologías en gente joven porque en ocasiones una clínica poco destacada puede esconder una enfermedad importante. Tenemos que tener en cuenta la existencia de estas enfermedades menos frecuentes para un correcto diagnóstico.

Palabras clave: nephrotic síndrome, systemic lupus erythematosus, edema.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Intervención ante una pérdida de conocimiento

Ramírez Robles R[1], Ramírez Robles CM[2], Rivas del Valle PA[3]

[1] *Médico de Familia. HAR El Toyo (Almería)*
[2] *Enfermera. Hospital de Motril (Granada)*
[3] *Médico de Familia. Hospital Clínico San Cecilio. Granada*

Ámbito del caso: servicio de urgencias.

Motivo de consulta: pérdida de conocimiento.

Historia Clínica: paciente de 38 años con HTA, estenosis de la arteria renal, epilepsia. Sin tratamiento actual. No alergias. Mientras acompañaba a su madre en las consultas externas hospitalarias sufre mareo con pérdida de conocimiento y caída al suelo. Es llevada al box de críticos de las urgencias.

Exploración: hipotensa (95/65), frecuencia cardiaca 75lpm, saturación oxigeno del 100% con mascarilla con reservorio. Afebril. ACR: tonos rítmicos sin soplos, buena ventilación sin ruidos patológicos. Abdomen: blando, depresible, no doloroso a la palpación, no signos de irritación peritoneal. Miembros inferiores: no edemas ni signos de trombosis venosa profunda, pulsos pedios presentes. Neurológico: paciente en coma, pupilas isocóricas y normorreactivas, restos de espuma en boca. Debido a los antecedentes personales de la paciente se plantea como diagnóstico estado proscrítico tras crisis epiléptica. Tras unos minutos sin mejoría de la paciente se descarta este primer juicio clínico y se avisa a UCI.

A la llegada de UCI la paciente presenta Glasgow 6 (apertura ocular al dolor, movimientos de flexión anómalos, no respuesta verbal) y se procede a intubación orotraqueal.

Pruebas complementarias: hemograma y bioquímica: sin alteraciones. Gasometría venosa: acidosis metabólica. Coagulación dentro de la normalidad. RX tórax: sin hallazgos agudos patológicos. ECG: RS sin alteraciones de la repolarización. TAC cráneo: signos de HSA aguda con paso a sistema ventricular y dilatación del mismo. AngioTAC craneal: hemorragia subaracnoidea con dilatación del sistema ventricular y aneurisma en la arteria vertebral derecha.

Juicio clínico: hemorragia subaracnoidea (Hunt y Hess V, Fisher IV), aneurisma arteria vertebral derecha.

Tratamiento: se procede a colocación de drenaje ventricular externo. Posteriormente a embolización del aneurisma de arteria vertebral derecha precisando previamente la implantación de stent, tras finalizar la técnica se objetiva en la arteriografía un vasoespasmo severo.

Evolución: la paciente evoluciona desfavorablemente desde el punto de vista neurológico presentando clínica compatible con muerte cerebral, que se confirma tras realización de EEG, se solicita a la familia la posibilidad de donación de órganos a lo que acceden.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): para un médico de familia tiene especial relevancia la realización de diagnósticos diferenciales amplios. En nuestro caso, ante un paciente en situación de inconsciencia no tenemos que quedarnos sólo en la causa más frecuente como situación postconvulsión, aunque entre los antecedentes aparezca dicha patología. En situaciones emergentes la celeridad en la actuación diagnóstica y terapéutica es especialmente importante pudiendo depender la vida de los pacientes de ello.

Palabras clave: epilepsia, coma, hemorragia subaracnoidea.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Pericarditis constrictiva

Barberán Morales C[1], Borrego Marchena M[2], Montilla Santana JM[2]

[1] *Médico de Familia. DCCU Chiclana (Cádiz)*
[2] *Médico de Familia. DCCU Janda Litoral (Cádiz)*

Ámbito del caso: atención primaria. Dispositvo de cuidados críticos y urgencias.

Motivo de consulta: disnea.

Historia Clínica:

Antecedentes personales: HTA, DM tipo2, insuficiencia venosa y gonartrosis. Mujer de 70 años que avisa por disnea a mínimos esfuerzos sin tolerar el decúbito de horas de evolución.

Exploración física: consciente, orientada y colaboradora. Mal estado general. Taquipnea intensa. Cianosis acra. Ingurgitación yugular. Auscultación cardiaca: tonos arrítmicos, taquicárdica. Auscultación pulmonar: murmullo vesicular conservado con mínimos crepitantes en bases. Ligeros edemas en miembros inferiores que dejan fóvea.

Exploraciones complementarias: tensión arterial 100/65. Frecuencia cardiaca 150 lm. Frecuencia respiratoria 30. Glucemia 275. Saturación de oxígeno 75%. Electrocardiograma: fibrilación auricular a 145 latidos minutos.

Enfoque familiar y comunitario: la paciente es viuda y vive sola. No ha consultado antes por la disnea por no molestar a sus hijas.

Juicio clínico: fibrilación auricular con respuesta ventricular rápida de cronología incierta e insuficiencia cardiaca. Diagnóstico diferencial: tromboembolismo pulmonar. Insuficiencia cardiaca derecha. Identificación de problemas: la paciente no ha consultado antes hasta que la disnea se ha hecho de reposo porque pensaba que iba a mejorar sola.

Tratamiento: administración de oxígeno al 100%. Se canaliza vía venosa periférica y ponemos un bolo de 300mg de amiodarona en 20 minutos para controlar la frecuencia cardiaca.

Evolución: trasladamos a la paciente a hospital. Controlamos la frecuencia cadiaca disminuyendo a 80 latidos minutos y mejoría de la disnea.

En el hospital se realiza RX de tórax donde se aprecia una calcificación pericárdica.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): el diagnóstico de la pericarditis constrictiva suele ser relativamente fácil. Debemos tener alto índice de sospecha ante todo paciente con cuadro de insuficiencia cardiaca derecha y sin signos de insuficiencia cardiaca izquierda o poco marcados. La ingurgitación yugular es el signo clave y la presencia de calcificación pericárdica en la radiografía de tórax es suficiente para establecer el diagnóstico.

Palabras clave: dyspnea, constrictive pericarditis, jugular dificulties.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Doctora, ¡estoy muy cansado!

Arza Varo B[1], Garrucho Moreno J[2], Muñoz Sánchez MD[1]

[1] MIR 4º año de MFyC. CS Virgen del Valle. Écija (Sevilla)
[2] Médico de Familia. CS Virgen del Valle. Écija (Sevilla)

Ámbito del caso: atención primaria, atención hospitalaria.

Motivo de consulta: paciente de 60 años con astenia y pérdida de peso de un año de evolución que a los dos meses de tratamiento sustitutivo tras hallazgo de hipotiroidismo vuelve a consultar, "Doctora, no puedo con mi cuerpo y no duermo por la noche".

Historia Clínica:

Antecedentes personales: no alergias medicamentosas, hábitos tóxicos, patología previa ni tratamiento habitual.

Anamnesis: paciente con astenia, hiporexia, pérdida de 12 kg, agotamiento a mínimos esfuerzos, molestias abdominales de un año de evolución, sin fiebre, con hallazgo de hipotiroidismo (TSH 6.99, T4L 0.76) que tras iniciar tratamiento sustitutivo no mejora, derivándose a medicina interna exploración, aceptable estado general, no hiperpigmentación, normotenso, eupneico en reposo. ACR: corazón rítmico sin soplos, murmullo vesicular conservado. Abdomen blando, depresible, no doloroso, no masas. Cuello sin bocio.

Pruebas complementarias: analítica con hemograma, bioquímica, estudio del hierro y TSH normales. Ecografía de abdomen y tiroides normales. Cortisol basal 0.2mcg/dl. Test de estimulación suprarrenal con CRH, cifras de cortisol a los 60 minutos, 1.9mcg/dl. ACTH basal inferior a 2pcg/ml. TAC abdomen: glándulas suprarrenales disminuídas. RMN hipofisaria: microadenoma hipofisario 4 mm.

Enfoque familiar y comunitario: trabajador activo hasta clínica. Casado, dos hijas.

Juicio clínico: insuficiencia suprarrenal secundaria a microadenoma hipofisario.

Diagnóstico diferencial: enfermedades granulomatosas, infecciones (VIH), hipotiroidismo primario.

Tratamiento: hidrocortisona iv hospitalaria y en domicilio hidroaltesona 20mg a las 8 de la mañana y 7 de la tarde. Evolución clínica favorable, ganancia progresiva de peso, mayor rendimiento físico y normalización del ritmo sueño-vigilia.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): la insuficiencia suprarrenal es un síndrome causado por déficit de producción y/o secreción de glucocorticoides con niveles de cortisol basal o tras estimulación inadecuados, clínica inespecífica y presentación insidiosa, predominando debilidad, pérdida de peso, hiperpigmentación y alteraciones gastrointestinales. En atención primaria antes un paciente con astenia, pérdida de peso y alteración del ritmo sueño-vigilia no olvidar solicitar cortisol basal.

Palabras clave: adrenal gland hypofunction.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Artropatía de Charcot como primera manifestación de una Diabetes Mellitus

Fuentes García V, Carrera Robles J

MIR 4º año de MFyC. CS Salvador Caballero. Granada

Ámbito del caso: centro de salud urbano.

Motivo de consulta: dolor y deformidad del pie.

Historia Clínica:

Antecedentes personales: sin antecedentes conocidos. Padre con cardiopatía isquémica precoz. Fumador y bebedor importante.

Anamnesis: paciente de 60 años que acude a consulta por dolor en la planta del pie izquierdo de un mes de evolución.

Exploración: índice de masa corporal 28, tensión arterial 180/100mmHg. A nivel plantar se visualiza una úlcera de aproximadamente 1,5 cm de diámetro, dolorosa, con signos inflamatorios y con exudado maloliente. Además, presenta deformidad del mismo con convexidad plantar.

Pruebas complementarias: radiografía simple de pie izquierdo se visualiza destrucción a nivel de los huesos del tarso y varias deformidades óseas. Analítica: HbA1c 12%, creatinina en 112 umol/L, filtrado glomerular 54mL/min, proteinuria 4g/d, colesterol total 280 mg/dL, triglicéridos 386 mg/dL. ECG: normal. Fondo de ojo: retinopatía no proliferativa. Sensibilidad monofilamento en los pies alterada.

Juicio clínico: diabetes mellitus tipo 2 con artropatía, nefropatía y retinopatía. Síndrome metabólico (hipertensión arterial, dislipemia, sobrepeso). Tabaquismo. Bebedor.

Diagnóstico diferencial: osteomielitis, celulitis, osteoartritis o gota, distrofia simpático refleja, absceso, rotura tendinosa.

Tratamiento: uso de calzado adecuado y curas locales periódicas de la úlcera. Insulinoterapia. Hipotensor. Estatina y control de factores de riesgo cardiovascular.

Evolución: en el momento actual el paciente presenta un mejor control de su diabetes, encontrándose estable de sus complicaciones.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): la neuroartropatía de Charcot es una forma crónica de artropatía degenerativa asociada a la pérdida de sensibilidad dolorosa, térmica o propioceptiva. En un diabético mal controlado se podrían unir varios factores: una neuropatía sensorial con pérdida de la sensibilidad, una neuropatía motora con un desequilibrio muscular y una neuropatía autonómica con osteopenia, que desarrollan un pie insensible, donde los microtraumatismos continuos desarrollan una inestabilidad de la articulación, con microfracturas, fragmentación y esclerosis subcondral. La radiografía simple es útil cuando la enfermedad está avanzada. El tratamiento con inmovilización y descarga de la articulación es lo más importante.

Palabras clave: diabetes mellitus, neuropathy, foot deformities.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

ACVA hemorragico tras coito

Montilla Santana JM[1], Barberán Morales C[2], Olmedo Fuentes IM[3]

[1] *Médico de Familia. DCCU Janda Litoral (Cádiz)*

[2] *Médico de Familia. DCCU Chiclana (Cádiz)*

[3] *Enfermera. DCCU Chiclana (Cádiz)*

Ámbito del caso: atención primaria. Urgencias extrahospitalarias.

Motivo de consulta: síndrome vertiginoso y cefalea intensa los días previos al cuadro clínico que desencadenó la atención urgente.

Historia Clínica:

Antecedentes personales: varón 62 años, HTA de corta evolución bien controlada con IECAS (inhibidores enzima convertidota de angiotensina). No hábitos tóxicos, ni toma de fármacos para disfunción sexual.

Anamnesis: acude a su MAP (médico de atención primaria) por cuadro de mareos y vómitos catalogándose de VPB (vértigo periférico benigno), tratado con sulpiride y metoclopramida IM, para atajar la sintomatología. Días mas tarde acude nuevamente a su MAP por empeoramiento de la clínica vertiginosa, acompañandose en esta ocasión de cefalea moderada; no se recoge en la historia digital factores desencadenantes ni focalidad neurológica concomicante; se prescribe adolonta 50mg más domperidona oral de carácter ambulatorio, con mejoría clínica subjetiva. 48 horas posteriores, se contacta 061 para aviso domiciliario por cuadro de bajo nivel de conciencia. A la llegada de equipo medicalizado: comatoso (4/15), sin respuesta a estímulos, respiración espontánea, pupilas mioticas arreactivas, saturación basal 96%, FC 65, TA 180/75, glucemia 168 mg/dl, Tª 36,5ºC, ECG: ritmo siusal 65 latidos por minuto; rehistoriando a familiares (esposa) afirma que dicha sintomatología se ha desencadeno tras "esfuerzo" (coito) las horas previas, al igual que el primer episodio vertiginoso por el que acudió en primera instancia a MAP. Dada la situación clínica crítica, se realizan medidas oportunas de SVA, previa activación de código ictus según protocolo establecido y traslado a hospital de referencia.

Enfoque familiar y comunitario: casado, una hija mayor de edad, laboralmente estable.

Juicio clínico: ACVA (hemorrágico extenso), sin posibilidad de tratamiento neuroquirúrgico.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): la cefalea es uno de los motivos más frecuentes de consulta en centro salud. La mayor preocupación del MAP y del médico de urgencias es llegar a un diagnóstico correcto mediante una adecuada y minuciosa anamnesis y exploración neurológica básica adaptada al tiempo y medios de los que dispone. No debemos escatimar en tiempo a la hora de establecer un diagnostico diferencial adecuado de aquellas cefaleas con los llamados “síntomas de alarma”, pilar fundamental para descartar cefaleas secundarias.

Palabras clave: headache, stroke, intercourse sexual.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

¿Una simple gastroenteritis?

Ramírez Robles R[1], Ramírez Robles CM[2], Rivas del Valle PA[3]

[1] *Médico de Familia. HAR El Toyo (Almería)*
[2] *Enfermera. Hospital de Motril (Granada)*
[3] *Médico de Familia. Hospital Clínico San Cecilio. Granada*

Ámbito del caso: servicios de urgencias.

Motivo de consulta: malestar general, dolor abdominal y náuseas.

Historia Clínica:

Antecedentes personales: mujer de 32 años con síndrome ovario poliquístico e hipotiroidismo, en tratamiento con levotiroxina, anticonceptivos orales e isotretinoina. No alergias medicamentosas conocidas.

Anamnesis: paciente que refiere malestar general desde hace unos días junto con sensación distérmica no termometrada. Refiere dolor abdominal inespecífico con náuseas y un vómito. La mañana que consulta además refiere orina algo colúrica. Niega otra sintomatología acompañante. Refiere que una compañera de su hija en la guardería ha sido diagnosticada de hepatitis A.

Exploración: buen estado general. Normohidratada y normoperfundida. Obesidad. Estable hemodinámicamente. ACR: tonos rítmicos sin soplos. Murmullo vesicular conservado, sin extrarruidos. Abdomen: blando, depresible, no doloroso, no megalias. Miembros inferiores: no edemas ni signos de trombosis venosa profunda.

Pruebas complementarias: en la bioquímica destaca bilirrubina total de 2,69, bilirrubina directa 1,71, indirecta de 0,98, AST 2432, ALT 3592. Orina: bilirrubina de 4, moderada bacteriuria. ECO abdominal: sin hallazgos patológicos.

Enfoque familiar y comunitario: familia nuclear en la etapa I (formación) del ciclo vital familiar (familia normofuncional). Red social con alto apoyo emocional e interacción social positiva.

Juicio clínico: hepatitis aguda por VHA con función hepática mantenida, infección tracto urinario.

Planes de actuación: se decido ingreso en servicio de digestivo para tratamiento.

Evolución: se realiza serología con Ig M VHA positivo. Durante su ingreso presenta buena evolución desapareciendo sintomatología. Al alta domiciliaria se dan recomendaciones de medidas de aislamiento entérico así como de vigilancia de cambios conductuales o del ciclo vigilia sueño.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): ante la sospecha de patologías infecciosas es importante tener en cuenta los contactos de riesgo que ha tenido el paciente, aún cuando parezcan contactos lejanos. Los niños y las guarderías tienen un mayor riesgo por los cuidados y contactos estrechos que precisan. Adoptar medidas de aislamiento es importante para evitar nuevos casos. La realización de pruebas complementarias puede ayudarnos a la hora de llegar a un diagnóstico definitivo en pacientes con clínica inespecífica o cuya evolución no es favorable.

Palabras clave: gastroenteritis, hepatitis A, escuelas de párvulos.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Migraña complicada en urgencias

Rodríguez Rodríguez V[1], Tusa C[1], Martínez Escobar S[2]

[1] MIR 2º año de MFyC. Hospital de Poniente (Almería)

[2] Intensivista. Hosptital de Poniente. El Ejido (Almería)

Ámbito del caso: hospitalario.

Motivo de consulta: paciente que acude a urgencias por haber presentado en las horas previas una clínica de intensa cefalea acompañada de fotofobia, vómitos, disartria, bostezos reiterados y dificultad para la marcha.

Historia Clínica: mujer de 22 años. Sin alergias conocidas.

Antecedentes personales: migrañas que no han sido estudiadas por neurología y que trata de forma ambulatoria con AINES. Intervenida 2005 de cirugía refractiva. Sin hábitos tóxicos. En estudio por poliartralgias y parestesias en miembros superiores. Sin medicación habitual.

Exploración física: regular estado general. Desorientada en tiempo y espacio. Sistema nervioso: alteración fluctuante de la conciencia. Estuporosa. Habla: ecolalia, disartria. Ruidos guturales. Comienza con movimientos involuntarios de brazo izquierdo acompañado de vómitos. No rigidez de nuca. No signos meníngeos. No colabora. Resto de la exploración física sin alteraciones.

Diagnóstico diferencial en box críticos: se barajaron entre otros; ICTUS, hemorragia suaracnoidea, migraña acompañada, meningoencefatilis vírica, crisis comicial, tumor cerebral.

Estrategia práctica de actuación: se activó código ICTUS. Posteriormente se desactiva. Se realizan hemocultivos y punción lumbar. Se interconsulta con UCI. Se inicia tratamiento antibiótico empírico.

Pruebas complementarias: hemograma, bioquímica y coagulación sin alteraciones. TAC craneal: sin alteraciones significativas. LCR: sin hallazgos patológicos. Hemocultivos: sin patología aparente.

Evolución: la paciente ingresa a cargo de UCI con sospecha de meningoencefalitis vírica. La evolución posterior es favorable. Se produce una recuperación neurológica completa que excluye desde el punto de vista clínico la meningoencefalitis. Se procede al alta para continuar estudio y tratamiento a cargo de neurología.

Juicio clínico: migraña acompañada.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): la cefalea es uno de los motivos de consulta neurológica más frecuente tanto en los servicios de urgencias como en atención primaria. Como médicos de atención primaria y de urgencias, debemos conocer los distintos tipos y así poder aplicarlos en el diagnóstico diferencial de nuestros pacientes.

Palabras clave: migraña, meningoencefalitis, disartria, cefalea.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

¿Una tromboflebitis bilateral?

Ramírez Robles CM[1], Ramírez Robles R[2], Rivas del Valle PA[3]

[1] *Enfermera. Hospital de Motril (Granada)*
[2] *Médico de Familia. HAR El Toyo (Almería)*
[3] *Médico de Familia. Hospital Clínico San Cecilio. Granada*

Ámbito del caso: servicios urgencias.

Motivo de consulta: inflamación de tobillos.

Historia Clínica:

Antecedentes personales: mujer de 44 años con diagnóstico de HTA, colitis ulcerosa en tratamiento con corticoides, insuficiencia aórtica, litiasis biliar, anemia ferropénica, enfermedad de Rensu-Osler-Weber, hernia lumbar, poliquistosis renal, dilatación pielocalicial grado II riñón izquierdo. Intervenida quirúrgicamente de eventración, herniorrafia, cesárea, amigdalectomía, estenosis uretral y colecistectomía, una semana antes de la visita a urgencias. En tratamiento con prednisona 10mg, mesalacina, enalapril, diazepam, acido fólico, amchafibrin y ferrimanitol. Alérgica a diacetil-midecamicina.

Anamnesis: remitida desde su centro de salud por edema y enrojecimiento en ambos tobillos de un día de evolución, para descartar tromboflebitis. No otra sintomatología acompañante.

Exploración: buen estado general. Eupneica y afebril. ACR: tonos rítmicos sin soplos. Murmullo vesicular conservado, sin extrarruidos. Abdomen: blando y depresible. No doloroso. Sin masas ni megalias. Miembros inferiores: inflamación de ambos miembros inferiores hasta la mitad de piernas con edema con fóvea +/+++ (algo mayor en el izquierdo), dolorosas a la palpación, lesiones petequiales y equimosis asociadas y localizadas en maléolo externo izquierdo, dorso de ambos metrazos y en cara interna del pie izquierdo. Dificultad evidente para la marcha por dolor. Movilidad articular dolorosa.

Pruebas complementarias: destaca en la analítica leucocitosis con desviación izquierda, PCR elevada, creatinina de 1,7, plaquetopenia y dimero D 6330.

Enfoque familiar y comunitario: familia nuclear normofuncional. Red social con alto apoyo emocional e interacción social positiva.

Juicio clínico: ante hallazgos analíticos y cuadro sin filiar se decide ingreso en medicina interna para estudio y tratamiento.

Evolución: presenta buena evolución en planta con tratamiento antibiótico y corticoideo. Se realizan hemocultivos siendo positivo para pseudomona aeruginosa. Se diagnostica de bacteriemia por pseudomona aeruginosa con artritis probablemente séptica/vasculitis.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): en ocasiones la sintomatología que presentan los pacientes puede enfocar el diagnóstico hacia patologías determinadas. Como médicos de familia tiene especial relevancia la realización de diagnósticos diferenciales amplios. En nuestro caso, lo inusual de la presencia de una trombosis venosa profunda bilateral y los hallazgos analíticos nos ha de hacer pensar en otros diagnósticos.

Palabras clave: inflamación, bacteriemia, artritis infecciosa.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Cuando la piel protesta

Carrera Robles J[1], Fuentes García V[1], Concha López MP[2]

[1] MIR 4º año de MFyC. CS Salvador Caballero. Granada

[2] Médico de Familia. CS Salvador Caballero. Granada

Ámbito del caso: atención primaria (AP), atención hospitalaria.

Motivo de consulta: eritema y prurito generalizado de varios días de evolución, más intenso por la noche.

Historia Clínica: paciente de 104 años que consulta por presentar desde hace unos días lesiones eritematosas en tronco y en miembros superiores con prurito generalizado. Al explorarla se aprecian lesiones de rascado, sin otras alteraciones cutáneas. Se sospecha cuadro de tipo alérgico y se pautan antihistamínicos orales y antibioterapia tópica para prevenir sobreinfección bacteriana. Pocos días después consulta de nuevo debido a empeoramiento de la sintomatología a pesar del tratamiento. Acudimos nuevamente a su domicilio y observamos que están apareciendo lesiones ampollosas distribuídas por todo el cuerpo.

Juicio clínico: sospecha de pénfigo.

Actuación: ante esta sospecha diagnóstica iniciamos tratamiento corticoideo y derivamos a evaluación urgente por dermatología, donde confirman el diagnóstico de penfigoide, manteniendo tratamiento corticoideo. Toman muestras de biopsia. En la biopsia se confirma el resultado de penfigoide ampolloso, con depósitos lineales en el techo de la ampolla para IgG y C3. Mantienen tratamiento corticoideo aunque disminuyen la dosis.

Juicio clínico: penfigoide ampolloso.

Diagnóstico diferencial: habría que realizar un diagnóstico diferencial entre las enfermedades ampollosas no inmunes (eritema multiforme) e inmunes (dermatitis herpetiforme, penfigoide ampolloso y pénfigos).

Tratamiento: corticoterapia oral.

Evolución: la evolución de la paciente fue valorada en consulta de atención primeria, siendo favorable, desapareciendo las lesiones ampollosas y el prurito, manteniendo el tratamiento corticoideo a dosis mínimas.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): ante un cuadro dermatológico es muy difícil llegar a un diagnóstico exacto en fases iniciales de la enfermedad ya que las características de las lesiones evolucionan a lo largo del tiempo, cambiando sus características básicas. Esto nos obliga a ir reevaluando a los pacientes y a actuar en función de los síntomas que van apareciendo e intentando llegar a un diagnóstico preciso lo antes posible.

Palabras clave: pruritus, pemphigoid, erythema.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Varón con poliartralgias y fiebre

González Álvarez MT[1], Roman Hernández J[2], Saldarreaga Marín JA[3]

[1] *Médico de Familia. CS La Paz. Cádiz*
[2] *Médico de Familia. CS Paterna. Cádiz*
[3] *Médico de Familia. UCCU. Cádiz*

Ámbito del caso: mixto.

Motivo de consulta: poliartralgias con fiebre.

Historia Clínica:

Antecedente personal: no RAM conocidas, fumador de 20 cigarrillos diarios. Dislipemia, sin tratamiento.

Anamnesis: varón de 58 años con malestar general con gran astenia acompañadas de fiebre de 38ºC diaria de 2 semanas de evolución. Presenta desde hace 5 meses aproximadamente; artralgias localizadas en rodillas y manos, con tumefacción y rigidez de 5 minutos de duración, con parestesias en tres primeros dedos de mano izquierda. Motivo por el cual consulto, en varias ocasiones en primaria, atribuyéndose a patología cervical. Edemas en miembros inferiores. Pérdida de peso ponderada de 4 kg en últimos 2 meses, relacionada con disminución del apetito por dispepsia previa a la ingesta, aliviandose con bicarbonato. Disnea de pequeño esfuerzo, intermitente, sobre todo al levantarse.

Exploración: TA 138/86. Pulso 111. Tolera decúbito. Piel normal. AC taquicardica, sin soplos. AP roncus aislados. Abdomen normal. Extremidades pulsos débiles, pero presentes; poplíteos normales. No edemas. Uñas en vidrio de reloj. Locomotor: no signos de artritis ni dactilitis. Neurológica: destaca hipoestesia y disestesia en calcetín, bilateral con fuerza disminuida 4/5 en proximal de extremidades superiores, resto normal.

Exploración complementaria: analítica; leucocitosis (20490,16350 PMN), Hb 11,4. Plaquetas 806000. Creatinina 2,1. Albumina 2, 52. Factor reumatoide 154,5. Resto normal.

Enfoque familiar y comunitario: varón de profesión arquitecto con alto cargo de responsabilidad. Casado con tres hijos, con buen apoyo familiar y social.

Diagnostico diferencial: enfermedades con inmunocomplejos; colagenosis, vasculitis, hepatitis, infecciones virales crónicas.

Evolucion: por empeoramiento progresivo de astenia con malestar general fiebre y poliartralgias se decide ingreso hospitalario en medicina interna por deterioro de función renal. Se añade a la analítica solicitada en primaria serología de hepatitis, fiebre Q, CMV y VIH, crioglobulinas, cultivo orina, hemocultivos, mantoux. RX torax, ecografía renal.

Resultando positivo niveles de ANCA, realiza biopsia renal con resultado de glomerulonefritis extracapilar pauciinmune.

Tras diagnóstico de vasculitis ANCA positiva, se trata con bolos de ciclofosfamida, azatioprina y esteroides en dosis descendente, con evolución favorable. Actualmente estable, con tratamiento con corticoides orales y azatioprina de mantenimiento.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): en nuestra actividad diaria, valoramos un alto porcentaje de patología osteoarticular degenerativa, este caso nos demuestra que debemos estar en alerta, pues debemos tener presenta la etiología inflamatoria.

Palabras clave: fiebre, artralgias, autoinmune.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Disección arteria coronaria en gestante sana

Arias de Saavedra Criado MI[1], Garrido Torres L[2], Padilla Pérez M[3]

[1] *MIR 2º año de MFyC. CS Salud Virgen de la Capilla. Jaén*
[2] *MIR 3er año de MFyC. CS Virgen de la Capilla. Jaén*
[3] *Adjunta de Cardiología. Hospital Quirúrgico. Jaén*

Ámbito del caso: atención primaria y urgencias.

Motivo de consulta: dolor opresivo centro torácico de intensidad media, no irradiado y sin cortejo vegetativo.

Historia Clínica: antecedentes personales sin interés, método anticonceptivo de barrera. Paciente de 34 años, con episodio de dolor opresivo a punta de dedo centrotorácico de dos horas de evolución. Acude a urgencias de atención primaria, donde se una realiza una valoración biopsicosocial y tras descartar desencadenante ansioso, se realiza exploración física y elecctrocardiograma. Resultados: TA 100/80mmHg, resto normal. Electrocardiograma: ritmo sinusal a 70 lpm, eje, QRS y PR normal. QS de V1 a V4 con ondas T negativas en I, aVL, V1-V5.

Enfoque familiar y comunitario: mujer trabajadora. Familia nuclear con parientes próximos, vive con su marido y tiene un hijo de 6 años. Unidad familiar normofuncionante, fase centrípeta, etapa IIA Extensión del ciclo vital familiar. Ante la sospecha de dolor torácico de origen cardiaco, se deriva a urgencias hospitalarias. Nos alerta de síndrome coronario agudo, leucocitos 16.190, 74% neutrófilos y troponina I 79 ng/ml, derivando el caso a UCI. Se estabiliza a la paciente con doble antiagregación y cloruro mórfico para el dolor, realizando ecocardio y TAC y confirmando el diagnóstico de disección de la arteria descendente anterior. El test de gestación es sorprendentemente positivo.

Diagnóstico diferencial: ansiedad, dolor muscular.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): se han descrito algunos casos de disección coronaria aguda espontánea con isquemia aguda miocárdica, secundaria a embarazo en mujeres sin factores de riesgo cardiovascular, ni antecedentes de cardiopatía estructural ni otros factores de riesgo. Se consideran factores de riesgo para la disección el disbalance hormonal y la hipervolemia que acontece en el primer trimestre de gestación. La aportación del médico de familia es vital en este caso pues una vez descartado el origen ansioso y el origen muscular a través de la entrevista, ha sido correcto derivar a especializada a la paciente para su correcto enfoque diagnóstico y terapéutico.

Palabras clave: disección, mujeres embarazadas, arterias coronarias.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Crisis Hipertensiva

Arias de Saavedra Criado MI[1], Zafra Ramírez N[2], Pérez Rama EM[3]

[1] MIR 2º año de MFyC. CS Virgen de la Capilla. Jaén
[2] MIR 2º año de MFyC. CS El Valle. Jaén
[3] MIR 4º año de MFyC. CS Virgen de la Capilla. Jaén

Ámbito del caso: urgencias.

Motivo de consulta: mujer de 30 años, sin alergias ni antecedentes personales salvo HTA desde embarazo, que acude por sexta vez por crisis hipertensiva y sensación disneica, con saturación mantenida, tras tratamiento con captopril en urgencias de atención primaria con cifras tensionales persistentes de 250/155 mmHg. Niega dolor torácico, síncope y otros.

Historia Clínica: se solicita fondo de ojo normal, electrocardiograma, con onda T negativa cara inferior, v5 y v6 con amputación de onda R en precordiales derechas, y ascenso de ST en v1-v3. Analítica urgente con seriación de enzimas cardiacas normales, pero creatinina de 2, urea de 70 y proteinuria de 30. Se administra: atenolol, losartán, furosemida y nifedipino. Persiste la HTA sistólica y diastólica, se inicia perfusión de solinitrina, se decide ante el deterioro general y de la funcion renal, ingreso en UCI. Solicitamos, ecografia renal (dilatación de ambas siluetas renales), ecocardiografía, tac craneal y MAPA de la TA.

Madre soltera, dos hijos de diecisiete y siete años de distintos progenitores, sin pareja estable. Familia disfuncionante. El hijo mayor y los padres intentan ordenar y encauzar su vida. Ha perdido trabajos por incumplimiento del horario, sale mucho por las noches y se niega a aceptar la enfermedad. No deja el tabaco. La paciente miente y no toma el tratamiento.

Crisis hipertensiva en paciente con hipertensión arterial esencial mal controlada. Enfermedad renal crónica secundaria a nefroangiosclerosis.

Dejar de fumar, dieta pobre en grasas, nifedipino, losartán, doxazosina. Control domiciliario de la tensión arterial.

La paciente pasó de UCI a planta de nefrología y al evolucionar bien, fue dada de alta. Se encuentra mejor, parece haber tomado conciencia del problema, y ha reflexionado a cerca de la gravedad de la situación.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): en este caso un embarazo adolescente, en el seno de una familia monoparental y desestructurada con mala relación entre los adultos, está desfavoreciendo a la salud de esta paciente. Ahondar en los antecedentes personales nos ofrece una perspectiva personal donde los demás médicos miran, pero quizás no buscan.

Palabras clave: disnea, hipertensión, insuficiencia renal.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Dolor abdominal: urgencia

López Torres G[1], Rodríguez Delgado ME[2], Martín López JI[2]

[1] *Médico de Familia. CS Gran Capitán. Granada*

[2] *Médico de Familia. UGC. Hospital Santa Ana. Motril (Granada)*

Ámbito del caso: urgencias extrahospitalarias y hospitalarias.

Motivo de consulta: dolor abdominal.

Historia Clínica:

Antecedentes personales: mujer de 72 años con hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, dislipemia, enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Marcapasos por bloqueo auriculoventricular completo. Tratamiento: omeprazol, amlodipino, enalapril, torasemida, glimepiride, simvastatina, budesonida, paracetamol.

Anamnesis: dolor abdominal en hipocondrio derecho y epigastrio de 3 días de evolución junto con malestar general y nauseas. No vómitos, no diarrea, disminución de la ingesta. Estreñimiento desde hace 2-3 días. No fiebre, ni sensación distérmica.

Exploración: mal estado general. Consciente. Taquipneica a 28 rpm en reposo sin trabajo respiratorio ni tiraje. Mala perfusión. Sudoración profusa. Palidez mucocutánea. Auscultación cardiorrespiratoria: tonos rítmicos, no soplos. Murmullo vesicular conservado. Abdomen: distendido y timpánico, levemente doloroso a la palpación difusa, ruidos intestinales aumentados, no masas ni organomegalias, defensa voluntaria, no signos de peritonismo. Murphy y Blumberg negativos.

Pruebas complementarias: gasometría venosa; pH 7.20, PCO2 44.7, HCO3 17.2, láctico 13.9, potasio 4.6, sodio 131. Hemograma: leucocitos 23.060 con 83.6% de neutrófilos, hemoglobina 14.2. Bioquímica: urea 113, creatinina 2.67, bilirrubina total 1.6, GOT 680, GPT 311, amilasa 562, LDH 6741, PCR 49. Coagulación: fibrinógeno 770, resto normal. Electrocardiograma: ritmo de marcapasos a 100 lpm. Tac abdominal: hallazgos sugerentes de isquemia de intestino delgado, principalmente yeyuno, con neumatosis de pared y burbujas áreas en el interior de vasos mesentéricos.

Juicio Clínico: isquemia intestino delgado.

Diagnóstico diferencial: sepsis grave de origen abdominal frente a Isquemia mesentérica aguda.

Tratamiento, planes de actuación y evolución: mientras permanecía en observación con tratamiento analgésico y pendiente de evolución y valoración quirúrgica, presenta empeoramiento con disminución del nivel de conciencia asociado a hipotensión TA 60/30 por lo que fue trasladada a sala de reanimación, donde finalmente falleció por parada cardiorrespiratoria a las horas de su llegada a urgencias.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): la isquemia intestinal es una enfermedad grave de elevada mortalidad, donde la sospecha diagnóstica se establece con la clínica, en pacientes con factores de riesgo. Es característica la leucocitosis, con acidosis metabólica y aumento del lactato. Se debe realizar angio-TAC urgente para confirmar el diagnóstico y tratamiento varía desde la laparotomía urgente hasta anticoagulación dependiendo de la magnitud del cuadro.

Palabras clave: urgencias, isquemia, dolor abdominal.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Acompañando en el puerperio: paciente con disnea y cifras tensionales elevadas

Jiménez González EM[1], Ruíz Pérez de la Blanca M[2], Garrido Moyano F[3]

[1] *MIR 3er año de MFyC. CS La Chana. Granada*
[2] *MIR 3er año de MFyC. CS Gran Capitán. Granada*
[3] *MIR 3er año de MFyC. CS Almanjayar. Granada*

Ámbito del caso: mixta, atención primaria y hospitalaria.

Motivo de consulta: puerpara que acude con sensación de disnea y tensión arterial elevada.

Historia Clínica:

Antecedentes personales: parto normal 3 días antes. Hipertensión gestacional tratada con metildopa con proteinurias negativas. La paciente acude por dificultad respiratoria progresiva. La sensación comenzó en el último trimestre, pero siempre lo había achacado a la propia distensión abdominal del embarazo. Durante éste las cifras tensionales elevadas se controlaban bien con el tratamiento.

A la exploración: destaca TA 160/105, SAT O2 87-90%. Crepitantes en ambas bases pero mayores en lado izquierdo. Importantes edemas de miembros inferiores.

Se decide derivación a urgencias hospitalarias para valoración. En analítica realizada allí detectan BNP de 607 pg/ml, por lo que realizan ecocardiografía encontrando un ventrículo izquierdo dilatado y una hipoquinesia global con fracción de eyección deprimida. Deciden ingreso en cardiología para tratamiento y estabilización de la paciente.

Enfoque familiar y comunitario: la paciente presentaba buen apoyo social. El mayor inconveniente para su derivación y posterior ingreso era el hecho de tener un recién nacido de 3 días.

Juicio: miocardiopatia periparto (miocardiopatia dilatada).

Tratamiento y planes de actuación: se realizó tratamiento propio de insuficiencia cardiaca, con diuréticos, IECAs y beta-bloqueantes, tras el cual se estabilizó, y se dió el alta al encontrarse asintomática.

La paciente tiene cita de revisión en consulta de insuficiencia cardiaca, está pendiente de verse su evolución.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): el seguimiento del embarazo que se realiza por parte de atención primaria no debe detenerse en el momento del parto, sino que debe ir más allá y contemplar todo el puerperio. La miocardiopatia periparto aunque no tenga gran prevalencia (1/3000- 1/15000 según distintos estudios) si posee una gran mortalidad (entre 25-50%) por lo que debemos englobarla siempre en nuestro diagnóstico diferencial.

Palabras clave: cardiomyopathy dilated, heart failure, peripartum period.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Hematuria que termina en quirófano de urgencia

Mazón Ouviña EA[1], Pérez Eslava M[2]

[1] MIR 3er año de MFyC. CS Loreto-Puntales. Cádiz
[2] MIR 4º año de MFyC. CS Loreto-Puntales. Cádiz

Ámbito del caso: atención primaria y urgencias hospitalarias.

Motivo de consulta: malestar general junto a molestias abdominales y orinas sanguinolentas.

Historia Clínica: mujer de 30 años sin antecedentes médicos de interés, usuaria de anticonceptivos hormonales orales que acude a consulta de urgencias refiriendo malestar general con molestias abdominales y orinas sanguinolentas de 2-3 días de evolución. No fiebre. No clínica miccional, ni otra sintomatología acompañante. Ultima menstruación hace 18 días con fórmula menstrual normal. Comenta cuadro gastrointestinal con vómitos y diarreas abundantes en las dos semanas previas.

A la exploración únicamente discretas molestias abdominales hipogástricas/fosa iliaca derecha, sin signos de irritación peritoneal con puñopercusión renal bilateral negativa. Resto sin anomalías. Se solicita análisis rápido de orina mediante tira reactiva evidenciándose restos hemáticos escasos. Se solicita test gestacional en orina siendo positivo. Se indica valoración urgente por ginecología quienes mediante ecografía certifican diagnostico de embarazo ectópico tubárico sometiendo a la paciente a intervención quirúrgica urgente.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): el embarazo ectópico es aquel que ocurre fuera de la cavidad uterina mas frecuentemente en la trompa de falopio. Suele manifestarse como sangrado uterino anormal con molestias / dolor abdominal. Diagnostico mediante test de embarazo positivo e inexistencia uterina de este mediante ecografía. Es un riesgo vital para la mujer ya que puede generar una hemorragia interna grave. La importancia de este caso para la atención primaria recae en el diagnostico diferencial con una hematuria o con un spotting en usuarias de ACHO. Siempre se debe tener en cuenta en pacientes de riesgo, o en las que sospechemos un fallo de los anticonceptivos (vómitos/diarreas) y no conformarnos con lo más prevalente.

Palabras clave: pregnancy ectopic, hematuria, contraceptives oral.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Adenopatías: Importancia de los signos de alarma

Becerra Piñero R[1], Bellido Salvatier AI[2], Espina Rodríguez N[3]

[1] MIR 3er año de MFyC. CS Delicias. Málaga
[2] MIR 3er año de MFyC. CS Portada Alta. Málaga
[3] MIR 3er año de MFyC. CS Teatinos. Málaga

Ámbito del caso: atención primaria.

Motivo de consulta: tumoración inguinal izquierda.

Historia Clínica: varón 62 años. Sin alergias medicamentosas conocidas. Dislipémico. Fumador 12 cig/día. Acude a consulta de atención primaria por presentar tumoración en región inguinal izquierda de 3 meses de evolución, que ha progresado aumentando de tamaño y con edema local en miembro inferior izquierdo.

Exploración física: normotenso y afebril. Buen estado general. Cabeza y cuello: sin adenopatías ni bocio palpable. Auscultación cardiopulmonar: anodina. Abdomen: blando y depresible, sin signos de irritación peritoneal. Se palpa tumoración de consistencia dura en región inguinal izquierda, adherida a planos profundos, no dolorosa, de 3 cm de diámetro, con edema local acompañante. Extremidades: edema a nivel de raíz de miembro inferior izquierdo. Ante los signos de alarma se deriva a urgencias para valoración de dicha tumoración.

Pruebas complementarias: analitica sangre; hemograma normal, bioquímica destaca creatinina 0,92, iones normales, GOT 21, GPT 22, GGT 165, FA 141, CEA 9,38. Serología: VHB, VHC Y VIH negativos. Analítica orina: normal. Radiografía tórax: normal. TAC tórax y abdomen: destaca engrosamiento de la pared gástrica irregular, dilatación pieloureteral moderada bilateral estando ambos uréteres englobados en un tejido de aspecto infiltrativo retroperitoneal, engrosamiento en pared vesical y una masa mal definida en la raíz del muslo en la musculatura aproximadora. Biopsia tumoración inguinal: metástasis de adenocarcinoma pobremente diferenciado, como origen más probable neoplasia de tracto gastrointestinal.

Diagnóstico diferencial: enfermedades infecciosas víricas/ bacterianas. Enfermedad linfoproliferativa. Enfermedades autoinmunes. Neoplasia. Sarcoidosis. Toxicidad farmacológica. Juicio clínico: adenocarcinoma gástrico.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): la causa más frecuente de adenopatía es la de origen infeccioso o reactivo. La anamnesis exhaustiva y una cuidadosa exploración física, seguidas de unas pruebas complementarias adecuadas, permiten llegar al diagnóstico en un 90% de los casos. Las características de la adenopatía (tamaño, consistencia, adherencia a planos profundos) y su localización son de gran ayuda para llegar al diagnóstico. El reto del médico de atención primaria es identificar a los pacientes que deben ser derivados al segundo nivel asistencial por la sospecha de malignidad.

Palabras clave: adenopathy, neoplasia, abdominal.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Dolor toracico atipico en un varon joven

Villalba Baena MT[1], Cantón Cuadrado N[2], Ruiz Medina AI[2]

[1] MIR 2º año de MFyC. CS Trinidad Jesus Cautivo. Málaga
[2] MIR 3er año de MFyC. CS Trinidad Jesus Cautivo. Málaga

Ámbito del caso: servicio de urgencias hospitalarias.

Motivo de consulta: varon de 26 años que acude por dolor centroracico de 24 horas de evolución.

Historia Clínica:

Enfoque individual:

Antecedentes personales: alergico a pantomicina, fumador, sin antecedentes patologicos de interés.

Anamnesis: el paciente refiere dolor opresivo centro toracico, que comenzo hace 24 horas y cuya intensidad aumenta progresivamente cediendo parcialmente con antiinflamatorios. El dolor no irradia y se modifica con determinados movimientos axiales y respiratorios, sin desaparecer en reposo. No presenta sintomas asociados ni antecedentes traumatologico o respiratorio.

Exploracion: el paciente se presenta con buen estado general, consciente, orientado y colaborador, conserva la estabilidad hemodinamica, eupneico y afebril. A la auscultacion cardiorrespiratoria se objetivan tonos ritmicos sin soplos ni roces y murmullo vesicular conservado. Palpacion de la musculatura intercostal y pectoral no dolorosa. Aumento del dolor centrotoracico a la presion esternal.

Pruebas complementarias: electrocardiograma; ritmo sinusal a unos 75 latidos por minuto, PR sin allteraciones, ascenso del ST generalizado en guirnalda. Radiografia simple de torax sin hallazgos radiologicos de interes. Analitica sanguinea con hemograma, hemostasia y bioquimica sin alteraciones salvo troponina y CK-MB que se encontraban significativamente elevadas (18,700 ng/ml y 89 respectivamente).

Enfoque familiar y comunitario: el paciente reside con sus progenitores en un nucleo rural. Refiere no antecedentes cardiovasculares familiares.

Juicio clinico: miopericarditis aguda.

Diagnostico diferencial: algia mecanica por sobre-esfuerzo (artropatia, miopatia o entesopatia), dolor pleuritico por neumopatia, cardiopatia isquemica, pericarditis aguda, miocardiopatia, ansiedad.

Identificacion de problemas: se solicita valoracion del paciente por parte del servicio de cardiologia que confirma el diagnostico y prescribe tratamiento.

Tratamiento y planes de actuacion: se administra analgesia intramuscular que le alivia parcialmente y se indica ingreso hospitalario a cargo de cardiologia para observacion y tratamiento antiinflamatorio en pauta descendente.

Evolucion: por motivos familiares el paciente rechaza ingreso hospitalario y firma la solicitud de alta voluntaria con el siguiente plan de actuacion: reposo domiciliario, ibuprofeno 600mg durante 3 semanas (descenso progresivo de la dosis), colchicina 500mg cada 12 horas durante 3 meses. Cita en consulta externa de cardiologia para revision. Control y seguimiento por su medico de familia.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): importancia del abordaje integral de los pacientes, incluyendo su salud familiar y comunitaria. Utilidad del electrocardiograma. Amplio espectro de patologias en seguimiento por atencion primaria.

Palabras clave: chest pain, pericarditis.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Doctora: tengo tics

Becerra Piñero R[1], Domínguez Pinos MD[2], Espina Rodríguez N[3]

[1] *MIR 3er año de MFyC. CS Delicias. Málaga*
[2] *Médico de Familia. CS Delicias. Málaga*
[3] *MIR 3er año de MFyC. CS Teatinos. Málaga*

Ámbito del caso: atención primaria.

Motivo de consulta: tics faciales.

Historia Clínica: mujer 18 años. Sin alergias medicamentosas. No hábitos tóxicos. Parálisis facial periférica hace 2 años. Acude a consulta de atención primaria por presentar contracciones involuntarias faciales, de 6 meses de evolución, que han ido aumentado en frecuencia en las últimas semanas.

Exploración física: normotensa y afebril. Consciente, orientada y colaboradora. Auscultación cardiopulmonar: anodina. Abdomen: anodino. Neurológica: pupilas isocóricas y normorreactivas. Pares craneales normales. Lenguaje normal. Fuerza y sensibilidad conservada. No signos meníngeos ni reflejos patológicos. Marcha normal, braceo conservado. No rigidez en la exploración, no temblor de reposo ni de acción en miembros superiores. Tras valoración inicial en la consulta, se deriva a neurología para estudio e inicio de tratamiento con toxina botulínica si procede.

Pruebas complementarias: analitica sangre en rango. RM cerebral: sin hallazgos patológicos.

Diagnóstico diferencial: blefaroespamo, mioquimias faciales, tics, crisis focales, sindrome Meige.

Juicio clínico: espasmo hemifacial.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): el espasmo hemifacial se caracteriza por contracciones involuntarias unilaterales de los músculos inervados por el nervio facial. Afecta con más frecuencia a mujeres. La contracción involuntaria afecta al orbicular de los párpados en la parte superior de la cara, el orbicular de la boca, el músculo cutáneo del cuello y otros músculos superficiales de la hemicara inferior ipsilateral. El diagnóstico se realiza mediante la exploración y la historia clínica, no siendo importantes para llegar a él las imágenes radiológicas, dato que debemos conocer como médico de familia, ya que es una patología que se puede diagnosticar desde la consulta de atención primaria, derivando en este caso, para valoración del tratamiento con toxina botulínica. Aunque no es una patología peligrosa, generalmente causa una discapacidad cosmética y funcional significativa.

Palabras clave: facial hemispasm, facial paralysis, women.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Presentación de Linfoma No Hodgkin como masa abdominal

Becerra Piñero R[1], Ruiz-Cabello Crespo E[2], Espina Rodríguez N[3]

[1] *MIR 3er año de MFyC. CS Delicias. Málaga*
[2] *MIR 3er año de MFyC. CS Carranque. Málaga*
[3] *MIR 3er año de MFyC. CS Teatinos. Málaga*

Ámbito del caso: atención primaria.

Motivo de consulta: dolor abdominal.

Historia Clínica: varón de 39 años, sin antecedentes de interés, acude a consulta de atención primaria por cuadro de epigastralgia y distensión abdominal de 1 mes de evolución, de predominio posprandial. Estreñimiento ocasional. No naúseas ni vómitos. No rectorragia.

Exploración física: afebril. Cabeza y cuello: adenopatías supraclaviculares derechas adheridas a planos. Auscultación cardiopulmonar: anodina. Abdomen: masa de consistencia dura que ocupa hemiabdomen izquierdo, no dolorosa a la palpación. Peristaltismo presente. No signos de irritación peritoneal. Dados los hallazgos en la exploración física, el paciente es derivado a urgencias para valoración.

Pruebas complementarias: analítica sangre; hemograma normal, bioquímica destaca LDH 546. Orina: normal. Radiografía de tórax: normal. Radiografía de abdomen: desplazamiento de asas intestinales con silencio en hemiabdomen izquierdo. Ecografía abdominal: en hemiabdomen izquierdo se aprecia una masa voluminosa heterogenea vascularizada de al menos 16x9cm que puede estar localizada a nivel intraperitoneal y que no parece estar en relación con órganos sólidos. TAC con contraste de tórax y abdomen superior: gran masa sólida abdominal de 10x16x16 cm que engloba ramas de los vasos mesentéricos. Grandes y numerosas adenopatías supra e infradiafragmáticas. Múltiples lesiones milimétricas hipoatenuadas a filiar. Dado el comportamiento de la masa abdominal con los vasos y el número de adenopatías los hallazgos son compatibles con proceso linfoproliferativo. RM hígado: hallazgos compatibles con quistes hepáticos vs hamartomas hepáticos. Señal hipointensa en T2 a nivel de médula ósea de raquis, sugestivo de sustitución medular que podría estar en relación con infiltración por enfermedad hematológica o anemia intensa. BAG masa abdominal: linfoma no hodgkin B difuso tipo linfoma folicular de alto grado.

Diagnóstico diferencial: carcinoma células renales. Tumor páncreas. GIST. Enfermedad linfoproliferativa. Hidronefrosis.

Juicio clínico: linfoma No Hodgkin.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): el linfoma No Hodgkin es una enfermedad linfoproliferativa cuya prevalencia ha aumentado en los últimos años. La forma de presentación más común es la presencia de adenopatías periféricas, retroperitoneales o mesentéricas. Es poco frecuente que se manifieste, como una masa abdominal de gran tamaño, por ello, este caso plasma la importancia en la consulta de atención primaria de una correcta anamnesis y exploración física, herramienta fundamental en la práctica clínica diaria del médico de familia.

Palabras clave: lymphoma, abdominal pain, mass.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Miocardiopatía Dilatada

Paulo Gregorio VM[1], Adell Vázquez J[2], Gonzalez Sanchez H[1]

[1] MIR 3er año de MFyC. CS El Torrejón. Huelva

[2] Médico de Familia. Hospital Infanta Elena. Huelva

Ámbito del caso: urgencias hospitalarias.

Motivo de consulta: disnea.

Historia Clínica:

Enfoque individual: varón de 37 años, gran fumador y ex-bebedor. No alergias medicamentosas conocidas ni tratamientos crónicos. Antecedente familiar de muerte súbita. Acude inicialmente a urgencias con clínica de una semana de evolución de disnea de moderados esfuerzos, tos con expectoración blanquecina, dolor costal izquierdo osteomuscular sin fiebre, siendo dado de alta con diagnóstico de bronquitis aguda e insuficiencia respiratoria parcial. Realiza tratamiento durante diez días y tras una mejoría inicial, al finalizar el tratamiento, vuelve a acudir con agravamiento de la clínica, incremento de la disnea hasta hacerse de mínimos esfuerzos y ortopnea importante.

Exploración: aceptable estado general, mal perfundido, taquipneico, sin tolerar decúbito. TA 96/72. Frecuencia cardiaca 140lpm, SAT O2 95%. Auscultación cardiorespiratoria: tonos taquirrítmicos, sin soplos. Hipoventilación en base derecha. Subcrepitantes bibasales.

Pruebas complementarias: hemograma; leucocitosis. Neutrofilia. Coagulación: normal. D-Dímeros 1,8 mcg/mL. Bioquímica: pro-BNP 4769pg/ml. Resto normal. Gasometría arterial hipoxemia (PO2:69mmHg). Radiografía de tórax cardiomegalia. Redistribución vascular a campos superiores. Derrame pleural bilateral. Electrocardiograma ritmo sinusal a 140 lpm con bloqueo incompleto de rama izquierda. Amputación de ondas R de V2 a V3. Ecocardiografía: ventrículo izquierdo severamente dilatado (62-65mm). Contractilidad global severamente deprimida, fracción eyección 22%, hipoquinesia generalizada. Coronariografía normal. Resonancia magnética nuclear cardiaca: alteraciones indicativas de miocardiopatía dilatada idiopática. Derrame pleural bilateral, ligero pericárdico y ligera ascitis.

Juicio clínico: insuficiencia cardiaca congestiva secundaria a bronquitis aguda en paciente con miocardiopatía dilatada no isquémica.

Tratamiento y evolución: a pesar de una evolución tórpida, presentó mejoría progresiva con tratamiento con IECAS, betabloqueantes, diuréticos, ivabradina, CPAP y antibioterapia empírica hasta encontrarse asintomático al alta.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): nuestro caso trata de una miocardiopatía dilatada de probable origen idiopático. Esta etiología se determina por exclusión de otras etiologías como isquémica, hipertensiva, vírus, anomalías genéticas, enfermedades autoinmunes o consumo excesivo de alcohol. El hecho de que se trate de un paciente del sexo masculino, con bloqueo de rama izquierda en el electrocardiograma y que en la ecocardiografía se aprecie una hipoquinesia global son datos que confieren peor pronóstico. En cambio, que la dilatación sea sólo de ventrículo izquierdo es un dato de buen pronóstico.

Palabras clave: disnea, miocardiopatía dilatada, cardiomegalia.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Linfoma no Hodgkin en paciente con estreñimiento

Alcarazo Fuensanta H, Samaniego Mariscal C

MIR 1er año de MFyC. CS Esperanza Macarena (Sevilla)

Ámbito del caso: atención primaria y hospitalaria.

Motivo de consulta: estreñimiento de 1 semana.

Historia Clínica: mujer de 67 años, independiente para las actividades básicas de la vida diaria, sin hábitos tóxicos, con antecedentes personales de HTA, DM2 y dislipemia, y antecedentes familiares de cáncer de mama (2 hermanas) y cáncer de próstata (hermano) que hace 4 meses acude al centro de salud, consultando por un cuadro de una semana de estreñimiento.

A la exploración, el abdomen se encuentra distendido, con aerocolia, no se palpan masas ni megalias y el peristaltismo esta conservado. La paciente refiere estar perdiendo peso últimamente. Se pide una analítica general, resultando anemia normocítica (Hb 11'4, VCM 80), PCR11.6 y Ca 125 de 68'7. También ecografía de abdomen, observándose abundantes adenopatías en el hilio hepático, peripancreáticas y retroperitoneales y hepatoesplenomegalia. Se deriva a consultas de medicina interna. Días después, la paciente comenzó con tos expectorativa amarillenta, fiebre y disnea de reposo. Acude a urgencias, dónde se realiza RX tórax, hallando infiltrado bilateral pulmonar. Deciden ingresarla en la planta de medicina interna, donde le estudian mediante las siguientes pruebas complementarias: hemograma (anemia normocítica), GSA (acidosis respiratoria), bioquímica (LDH 571), inmunoglobulinas (IgA, IgG, IgM descendidas), proteinograma (pico monoclonal gamma), marcadores tumorales (Ca125: 67), eco transvaginal en ginecología (normal), EKG (normal), estudio hepatitis negativo, RX tórax infiltrado bilateral alveolar, ICT aumentado, colonoscopia negativa, ecocardiografia normal, ECO abdomen (abundantes adenopatías en el hilio hepático, peripancreáticas y retroperitoneales, hepatoesplenomegalia), TAC tórax (múltiples adenopatías mediastínicas bilaterales, hiliares y axilares bilaterales), TAC abdomen (múltiples adenopatías retroperitoneales, mesentéricas, iliacas e inguinales y en hilio hepático y esplénico, esplenomegalia), extracción de ganglios axilares por cirugía general para biopsia, llegando al diagnóstico de linfoma B difuso de células grandes, rico en células T (estadio IIIA) e IPI de riesgo intermedio-alto.

Se decide tratamiento con quimioterapia, según esquema R-CHOP, habiendo comenzado ya con el primer ciclo.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): a pesar de que las adenopatías son el modo de presentación más frecuente en los linfomas de células grandes, hay que tener en cuenta esta posibilidad ante pacientes con estreñimiento de evolución tórpida ó con pérdida de peso, sudoración nocturna y fiebre (síntomas B).

Palabras clave: estreñimiento, linfoma.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Diagnóstico de Enfermedad Celiaca en paciente con Anemia ferropénica crónica

Cantón Cuadrado N, Villalba Baena MT, Ruiz Medina AI

MIR de MFyC. CS Trinidad Jesús Cautivo. Málaga

Ámbito del caso: atención primaria.

Motivo de consulta: paciente con deposiciones diarreicas diarias en tratamiento desde hace tres años con hierro vía oral de forma intermitente por anemia ferropénica crónica.

Historia Clínica:

Enfoque individual:

Antecedentes personales: no alergias medicamentosas conocidas. Anemia ferropénica crónica de 3 años de evolución.

Anamnesis: mujer de 20 años que acude por presentar deposiciones diarreicas casi diarias sin productos patológicos. No dolor abdominal. No otra sintomatología acompañante.

Exploración: la paciente presenta buen estado general, bien hidratada, palidez conjuntival, eupneica en reposo, a la auscultación cardiorespiratoria tonos ritmicos y regulares, no soplos ni roces, murmullo vesicular conservado. Abdomen: blando y depresible, no masas ni megalias, ligera distensión abdominal, no doloroso a la palpación, sin signos de irritación peritoneal. Miembros inferiores sin edemas ni signos de TVP.

Pruebas complementarias: analítica sanguínea; anemia microcítica hipocrómica, hipercolesterolemia 236mg/dl, hipertrigliceridemia 172mg/dl, transglutaminasa igA109U/ml. Tiroides sin alteraciones.

Enfoque familiar y comunitario: natural de Paraguay. Hermana con enfermedad celiaca.

Juicio clínico: enfermedad celiaca.

Diagnóstico diferencial: dieta inadecuada. Atransferrinemia, embarazo, crecimiento, sindromes de malabsorcón, hernia de hiato, ERGE, ulcus gastroduodenal, colitis ulcerosa.

Identificación de problemas: derivación a consulta de digestivo donde se realizó gastroscopia y biopsias duodenales con resultado de enfermedad celiaca.

Tratamiento y planes de actuación: comenzar con dieta sin gluten y suplementación de hierro oral durante 3 meses hasta control analítico.

Evolución: mejoría de sintomatología tras dieta sin gluten y resolución de anemia ferropénica en último control analítico.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): importancia de realizar un buen diagnóstico diferencial ante una sospecha de patología. Importancia del abordaje integral de los pacientes, incluyendo sus antecedentes personales y familiares. Derivación a especialista ante sospecha de patología susceptible de valoración y completar estudio. Importancia del seguimiento y conocimiento integral del paciente por parte de su médico de atención primaria.

Palabras clave: celiac disease, anemia.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Disnea: una etiología irreversible

Larrasa Soriano S[1], Castaño Membrives F[2]

[1] MIR 1er año de MFyC. CS Guadalquivir. Córdoba
[2] MIR 2º año de MFyC. CS Guadalquivir. Córdoba

Ámbito del caso: atención primaria, especializada.

Motivo de consulta: disnea de corta evolución.

Historia Clínica: mujer 42 años de edad, sin antecedentes conocidos ni hábitos tóxicos que acude a consulta por disnea a moderados esfuerzos de dos semanas de evolución. No manifiesta dolor torácico, ni palpitación. No ortopnea ni Dpn. No cuadro vegetativo ni bajo gasto. No cambios menstruales.

A la exploración física, auscultación normal rítmica sin soplos. Presión arterial en consulta 220/110. Electrocardiograma, en ritmo sinusal con complejos muy aberrados y bloqueo completo izquierdo. Tras administrar captropil se deriva a urgencias hospitalarias. Se amplía estudio con ergometría, Holter, tomografía (TAC) coronario y estudio de perfusión con medicina nuclear. Existe una disfunción sistólica severa con disminución de eyección de déficit global de contracción. En medicina interna se descarta la causa de feocromocitoma como origen del problema. Se realiza estudio familiar de la enfermedad.

Mujer trabajadora, viuda que vive con su hija única que se va a casar y salir de casa. Últimamente algo preocupada, su pequeña se va y se quedara sola, está habituada a hacer cosas en común, tienen muy buena relación. Se ha sentido mal físicamente desde que empezó con la disnea y piensa que le pasará algo malo estando en casa sola.

Se diagnostica de miocardiopatiía dilatada. Como diagnósticos diferenciales se valora: cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca, arritmias, como patología cardíaca; como patología pulmonar, bronquitis, embolismo pulmonar, hipertensión pulmonar, neumonía. Otras patologías como alergias, hernia hiatal o ataques de pánico. Como principal problema diagnóstico, el establecer una enfermedad tan crónica, irreversible e invalidante sin causa aparente en mujer joven.

Se inicia tratamiento con diuréticos, betabloquantes, antiarrítmicos, iecas, antiagregantes con mejoría del cuadro clínico. Se plantea como posible candidata para tratamiento en investigación y desarrollo con células madre.

Evolución estable permaneciendo sin disnea, con tensiones controladas, buena función renal y buena tolerancia al tratamiento.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): la disnea es un motivo de consulta frecuente en atención primaria. La mayoría de las veces serán causas tratables y se podrán estudiar en nuestro ámbito, otras veces obedece a causas graves como en este caso y siempre hay que estar alerta para saber detectarlas.

Palabras clave: dyspnea, miocardiopatía dilatada, chronic.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Hipotiroidismo secundario a tratamiento con Amiodarona con resolución tras suspender el tratamiento en dos meses

Cantón Cuadrado N, Del Rio Caballero A, Ligero Molina MR

MIR de MFyC. CS Trinidad Jesús Cautivo. Málaga

Ámbito del caso: atención primaria.

Motivo de consulta: astenia progresiva de un mes de evolución en paciente cardiópata.

Historia Clínica:

Enfoque individual:

Antecedentes personales: no alergias medicamentosas conocidas. FA en tratamiento con amiodarona desde hace 2 años. Cardiopatía isquémica, enfermedad de lechos distales en dos vasos. Insuficiencia mitral moderada.

Anamnesis: mujer de 75 años que acude a consulta de atención primaria por astenia progresiva de comienzo hace un mes. No disnea ni dolor torácico. No otra sintomatología acompañante.

Exploración: paciente que en el momento actual presenta aceptable estado general, palidez mucocutánea, bien hidratada, eupneica en reposo, consciente y orientada en las tres esferas, no ingurgitación yugular, carótidas laten simétricas, a la auscultación cardiorespiratoria tonos rítmicos, soplo diastólico en foco mitral, murmullo vesicular conservado, no ruidos sobreañadidos. Abdomen: globuloso, blando y depresible, no masas ni megalias, no signos de irritación peritoneal, no doloroso a la palpación.Tacto rectal negativo. Miembros inferiores signos de inficiencia venosa, mínimos edemas perimaleolares, no signos de TVP.

Pruebas complementarias: analítica sanguínea; anemia normocítica normocrómica hb 10.10. Bioquímica: hemoglobina glicosilada 6.3, glucosa 100, colesterol e iones sin alteraciones, TSH 95.24,T4 libre3, anticuerpos antiperoxidasa 584.20. Orina sin alteraciones. Enfoque familiar y comunitario: natural de España. Madre con hipotiroidismo autoinmune desde los 45 años. Juicio clínico: hipotiroidismo secundario a tratamiento con amiodarona.

Diagnóstico diferencial: panhipopituitarismo o síndrome de Sheeham, neoplasias, radioterapia y cirugías hipofisarias.

Identificación de problemas: realización de analítica de control en meses posteriores, si no mejoría tras suspensión de amiodarona derivación a servicio de endocrinología para estudio.

Tratamiento: suspensión de amiodarona y comenzar con nuevo antiarrítmico. Comenzar con tratamiento con levotiroxina 50mg 1 comprimido 20 minutos antes del desayuno. Control analítico en 1 mes. Evolución: mejoría de sintomatología tras suspensión y comienzo de nuevo tratamiento, analítica a los dos meses normalización de cifras de TSH 3.65 UI/ml y T4 libre 18.4, anticuerpos antiperoxidasa 402.8.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): importancia de realizar un seguimiento continuado por parte del médico de atención primaria a pacientes con patologías y tratamientos crónicos además de por parte de atención especializada, revisión periódica de tratamientos en pacientes crónicos, importancia de mantener una coordinación y una atención integral y conjunta por parte de atención primaria y atención especializada.

Palabras clave: amiodarone, hypothyroidism secondary.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Importancia de toma de la tensión arterial en ambos brazos: Síndrome de Robo de Subclavia

Samaniego Mariscal C, Alcarazo Fuensanta H

MIR 1er año de MFyC. CS Esperanza Macarena (Sevilla)

Ámbito del caso: atención primaria y hospitalaria.

Motivo de consulta: mareos y ansiedad.

Historia Clínica: mujer de 78 años con antecedentes personales de diabetes mellitus, dislipemia, ansiedad, dispepsia, hernia de hiato, glaucoma y fumadora. Acude a consulta en varias ocasiones por ansiedad y mareos. Al tomar la tensión arterial (TA), las cifras oscilaban alrededor de 150/100 consecuencia de baja adherencia al tratamiento antihipertensivo. Por el mismo motivo, consulta de urgencias en el centro de salud realizándose un electrocardiograma, que resulta normal. Se insiste en la importancia de la correcta realización del tratamiento antihipertensivo y del control de la TA. En la siguiente consulta con su médico de familia se realiza la medición de la TA en ambos brazos resultando en el derecho de 170/100 y en el izquierdo de 130/95. Se exploran también los pulsos encontrándose el radial y humeral izquierdos disminuidos y débiles. Se solicita radiografía de tórax donde se objetiva dilatación aórtica. A la luz de estos datos se deriva a las consultas de Cardiología con sospecha de síndrome de robo de subclavia, donde se solicita eco-doppler de TSAO. Los resultados de la prueba son: eco convencional: ateromatosis en subclavia, tronco braquiocefalico derecho y en carótida izquierda. Eco-doppler: inversión del sentido del flujo en arteria vertebral izquierda, compatible con robo de subclavia izquierda. Se deriva a neurología donde solicitan un angio TAC con contraste intravenoso con el resultado de oclusión segmentaria del tercio proximal de arteria subclavia izquierda, con recanalización distal, posiblemente por medio de la arteria vertebral. Se decide tratamiento mediante intervencionismo endovascular realizándose una angioplastia con stent en subclavia izquierda. Se confirma mediante nuevo eco-doppler la normalidad de la dirección del flujo y la ausencia de estenosis significativa.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): este caso refleja la importancia de la medición en atención primaria de la TA en ambos brazos, ya que esta exploración nos lleva a la sospecha de diagnóstica de patologías tan impotantes como la disección aórtica, que implica riesgo de vida para el paciente u otras como la coartación de aorta, arteritis de Takayasu y la estenosis o embolia de la arteria subclavia.

Palabras clave: mareo, tensión arterial (TA), robo de subclavia.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Doctora, ¿cómo se lo cuento?

Lora Coronado MP[1], Luque Ruano AL[2], Antón Murillo MD[2]

[1] *MIR 4º año de MFyC. CS Bujalance (Córdoba)*
[2] *Médico de Familia. CS Bujalance (Córdoba)*

Ámbito del caso: atención primaria, urgencias hospitalarias.

Motivo de consulta: alteración de la memoria, desorientación.

Historia Clínica: mujer de 79 años, casada, con 2 hijas, vive con su marido, independiente para las AVDs, que sufre una caída accidental y comienza con alteraciones de la memoria y cuadros de desorientación. HTA, hipercolesterolemia, asma bronquial, intervenida de cataratas, glaucoma y varices. La hija acude a consulta y narra con inquietud que su madre no puede en ocasiones ni cocinar o deambular y solicita ayuda. En consulta programa, se realiza un test mini-mental igual a 19, hemograma, bioquímica con iones, acido fólico, TSH, t4, vit B 12, serología luética y según protocolo de nuestro hospital derivamos a neurología por deterioro cognitivo. La familia agobiada por la incapacitante enfermedad decide acudir a neurólogo privado y del SAS que catalogan de deterioro cognitivo leve y pautan tratamiento con trazodona y somacina. Los días pasan, la paciente no mejora, "va a peor", no puede vivir sola, necesita ayuda para todo y deciden acudir a urgencias de nuestro centro de salud. Sospechamos que algo no va bien, la paciente necesita un andador, pañales y su aspecto a empeorado por lo que derivamos a urgencias para realización de TAC craneal urgente para un diagnóstico diferencial, aunque las demencias más frecuentes sean el deterioro cognitivo asociada a la edad, demencia tipo Alzheimer o vascular. Por el antecedente traumático pensamos se pudiera tratar de una hemorragia o por la tórpida evolución y rápida un proceso intracraneal expansivo, como finalmente descubrimos que se trataba, metástasis cerebrales.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): es de señalar el valor de la palabra cuando los familiares nos contaban la vivencia de enfermedad. Las enfermedades son sucesos socialmente construidos, reproducidos y perpetuados a través de las conversaciones y uno de los focos centrales del entrenamiento clínico debe ser aprender a recibir y dar relatos, ya que es través del escuchar y contar historias que los seres humanos logran comprender sus experiencias. "La competencia narrativa brinda al médico no solo los medios para comprender al paciente sino también permite comprender a la enfermedad misma".

Palabras clave: demencia, medicina narrativa.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Diagnosis temprana de cefalea en Atención Primaria

Garrido Moyano F[1], Ruíz Pérez de la Blanca M[2], Jiménez González EM[3]

[1] *MIR 3er año de MFyC. CS Almanjáyar. Granada*
[2] *MIR 3er año de MFyC. CS Gran Capitán. Granada*
[3] *MIR 3er año de MFyC. CS La Chana. Granada*

Ámbito del caso:

Mixto; Atención Primaria y Atención Hospitalaria.

Motivo de consulta:

Paciente que acude por convulsiones y pérdida de conciencia.

Historia Clínica:

Antecedentes personales: diabetes mellitus insulin-dependiente en tratamiento con 10 UI de insulina basal y metformina 850 mg en almuerzo, fumador de 60 paq/año. Paciente de 53 años de edad que acude derivado por su médico de atención primaria tras recibir aviso domiciliario por presentar movimientos repetitivos no controlados en su mano derecho, seguidamente de contracción muscular de todo el brazo y posteriormente, síncope. Ante la situación, su médico decide enviarlo de forma urgente hacia el SUE. A destacar en los últimos dos meses, visitas a su médico por cefaleas de carácter bilateral, de carácter opresivo y con respuesta adecuada a analgésicos y con exploración neurológica anodina. Tras su exploración neurológica, no se observan alteraciones excepto leve hipoestesia en primer y segundo dedo de mano derecha.

Pruebas complementarias: TAC craneal, LOEs hiperdensas en lóbulo parietal izquierdo, en posible relación con metástasis, sin poder descartar otras opciones. RMN cráneo, los hallazgos sugieren lesiones de probable origen metastásico en el lóbulo parietal izquierdo. PET, no se aprecian lesiones sospechosas de actividad tumoral primaria o metastásica.

Se decide intervención quirúrgica mediante craneotomía con resección de la lesión de mayor tamaño y confirmación histológica.

El estudio de atención primaria es compatible con metástasis de origen pulmonar.

Enfoque familiar y comunitario: separado desde hace dosmeses. Ciclo vital en fase de contracción.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): la cefalea es uno de los motivos más frecuentes de consulta en nuestros centros de salud, algo que no nos debe extrañar si tenemos en cuenta que es uno de los síntomas más habituales de la población. De todos los síntomas que pueden hacer sospechar la presencia de un tumor cerebral, las crisis comiciales de debut son las que mayor relación porcentual presentan. La mayor preocupación del médico de familia es llegar a un diagnóstico correcto mediante una adecuada historia clínica y una exploración neurológica básica.

En caso de dudas diagnósticas o sospecha de una cefalea secundaria, debemos de derivar en mayor o menor urgencia, en función de la presencia o no, de los síntomas o signos de alarma.

Palabras clave: comicial crisis, headache, alarm criteria.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Intervención en un varón de 40 años con dolor en brazo izquierdo

Albusac Lendinez S[1], Tornero Suárez I[2]

[1] *MIR 2º año de MFyC. CS Las Fuentezuelas. Jaén*
[2] *MIR 2º año de MFyC. CS El Valle. Jaén*

Ámbito del caso: mixto, entre atención primaria y atención especializada.

Motivo de consulta: dolor en brazo izquierdo, con dificultad para la movilidad y hormigueo en primer dedo de mano izquierda.

Historia Clínica:

Antecedentes personales: rotura de musculo supraespinoso izquierdo hace un año.

Anamnesis: varón de 40 años que consulta en atención primaria por dolor en brazo izquierdo con dificultad para la movilidad y hormigueo del primer dedo. También refiere limitación en actividades como escribir o afeitarse. Tras una primera derivación a neurología se diagnosticó de alteración motora braquial izquierda. Meses después vuelve a consultar en atención primaria por empeoramiento de los síntomas anteriores añadiéndose torpeza en miembro inferior izquierdo.

Exploración física: rigidez articular y bradicinesia en miembro superior izquierdo (MSI), temblor de reposo en MSI, marcha con disminución de braceo izquierdo.

Pruebas complementarias: analítica completa con orina 24h, RM de cráneo, DAT SCAN, TAC de cráneo (solicitada en AP). SPECT cardiaco con MIBG.Enfoque familiar y comunitario: estudio de la familia y la comunidad. Familia nuclear en la etapa III (extensión: familia con adolescentes), fase preliminar del periodo centrifugo del ciclo vital familiar (familia normofuncional). Red social con alto apoyo emocional e interacción social positiva. Acontecimientos vitales estresantes: hijo con parálisis cerebral, hermana con cáncer de tiroides.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial e identificación de problemas: tras un primer diagnostico erróneo dado la clínica inicial inespecífica, se identifica nueva sintomatología y se realiza una nueva exploración física que llevan a un segundo diagnostico, el cual se confirma mas tarde con pruebas complementarias: enfermedad de Parkinson plus. Inicialmente se debe diferenciar entre enfermedad de Parkinson idiopática y de Parkinson plus. Posteriormente se realizará diagnostico diferencial entre los síndromes de la enfermedad de Parkinson plus.Tratamiento y planes de actuación: stalevo 75mg 1/6h, azilect 1/24h, ropinirol 8mg al día. Seguimiento en Neurología.

Evolución: ligera mejoría tras tratamiento.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): la aplicabilidad de este caso para la medicina familiar y comunitaria se basa en la importancia de realizar una buena anamnesis y una buena exploración física gracias a las cuales podemos diagnosticar enfermedades que de otra forma hubieran pasado desapercibidas. Además hay que tener en cuenta la posibilidad de diagnósticos erróneos previos.

Palabras clave: Parkinson plus.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Cojera sin traumatismo en la infancia

Romero Rodríguez EM[a1], Leiva Cepas F[2], Morales Valverde A[3]

[1] *MIR 2º año de MFyC. CS Occidente. Córdoba*
[2] *MIR 2º año de MFyC. Consultorio Villarrubia. Córdoba*
[3] *MIR 2º año de MFyC. CS Santa Rosa. Córdoba*

Ámbito del caso: niño de 5 años sin antecedentes personales ni familiares de interés. Última vacunación en Marzo 2014. No cefalea.

Motivo de consulta: ingresa por cuadro de debilidad en MMII de varias semanas de evolución, con imposibilidad de bipedestación y retención urinaria. Además comenta cervicalgia en la última semana. Afebril. No vómitos ni infecciones previas.

Historia Clínica: buen estado general. Bien hidratado y perfundido. No exantemas ni megalia. ACR normal. Abdomen normal. ORL normal. Neurológico: Glasgow 15/ 15. PINR. Pares craneales normales. Sensibilidad conservada. Debilidad en MMII, con deambulación impedida. Reflejos cutáneo-plantar extensores, más en izquierdo. Resto de reflejos normales. Fondo de ojo normal. Resto de exploración física normal.

Hemograma y bioquímica (incluyendo CPK) con valores dentro de la normalidad.

Orina normal. Urocultivo negativo.

RMN columna completa con Contraste IV: se observa alteración de la intensidad de señal de la médula, con hiperintensidad en secuencias T2, que se extiende desde altura de C5 con afectación de toda la médula dorsal, afectando prácticamente toda la circunferencia medular. Tras la administración de contraste se aprecia una mínima captación del mismo a la altura de T4. No se aprecia alteración en la intensidad de señal de los cuerpos vertebrales. Compatible con mielitis.

RMN craneal: se observa áreas hiperintensas en secuencias T2 localizadas en brazo posterior de cápsula interna, cápsula externa, sustancia blanca profunda del lóbulo temporal y sustancia blanca subcortical y profunda de lóbulo frontal derechos. La lesión del lóbulo frontal es extensa y de aspecto tumefacto con un área central más hiperintensa. Compatible con encefalitis aguda diseminada.

A su ingreso se procede a valoración por neuropediatría y traumatología. Tras los hallazgos de la RM medular se comienza con dosis elevadas con corticoides. Tras el inicio del tratamiento mejoría progresiva y significativa de la sintomatología, iniciando rehabilitación durante el ingreso. Al alta, presenta leve inestabilidad de la marcha y reflejo cutáneo-plantar extensor izquierdo.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): la cojera es uno de los motivos de consulta y síntomas frecuentes en servicio de urgencias y atención primaria, siendo necesario realizar el diagnostico diferencial atendiendo a la clínica y edad del paciente. En este caso sospechando patología tumoral, enfermedad de Perthes o traumatismos.

Palabras clave: cojera, impotencia funcional.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Siento que me muero

López Ramírez SM[1], Lozano Mengíbar MªC[2], Ramírez Arriola MªG[1]

[1] *MIR 4º año de MFyC. Hospital Torrecárdenas. Servicio de Urgencias. Almería*

[2] *Médico de Familia. CS Balanegra. Distrito Poniente. Almería*

Ámbito del caso: urgencias hospitalarias.

Motivo de consulta: dolor torácico.

Historia Clínica: paciente de 44 años con AP: NAMC. HTA no tratada, fumador de medio paquete diario. Sobrepeso.

Acude a urgencias por dolor torácico tipo opresivo de una hora de evolución que se ha iniciado durante la ingesta.

Exploración: consciente, orientado en espacio y tiempo, eupneico, tolera decúbito. Palidez cutánea y sudoración profusa. ACR: Tonos rítmicos, no soplos. MVC. Abdomen blando y depresible, no doloroso a la palpación. MMII: no edemas. Pulsos pedios presentes. TA 198/119 mmHg; FC 8lpm; Tª 36ºC. ECG: RS a 73 lpm. Onda T negativas v5-v6.

Analítica: hemograma: normal excepto NT 73% (Leu 6.450/mm3)

Marcadores cardiacos: normales.

Dímero-D elevado.

Coagulación: Fibrinógeno D > 555 mg/dl

Diagnóstico diferencial: Sca, pericarditis, disección aórtica, rotura aneurisma, tromboembolismo pulmonar, perforación de víscera hueca.

Pruebas de imagen: Rx AP de tórax: ensanchamiento mediastínico.

ANGIOTAC: signos de disección aórtica extensa que incluye cayado, segmento torácico descendente y abdominal prolongándose por ambas art. Iliacas.

Hematoma intraparietal aórtico en segmento torácico ascendente y cayado.

Signos de sangrado extravascular mediastinal.

Diagnóstico: disección aórtica tipo A de Stanford.

Tratamiento médico: cabecera 30º, O2 en gafas nasales a 2l/min., S. Glucosado al 5%, Labetalol 20 mg iv(en bolo), Morfina 2 mg iv.

Tratamiento quirúrgico: endoprótesis vascular.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): ante la sospecha de una disección aórtica el primer estudio que se solicita es una radiografía simple de tórax, los signos que la sugieren son: dilatación del contorno aórtico, ensanchamiento del mediastino y gran diferencia entre los diámetros de las aortas ascendente y descendente.

Sin embargo, una radiografía no se puede hacer el diagnóstico de disección ya que no muestra la separación de la luz verdadera de la falsa.

El 25% de los pacientes con disección aórtica exhiben una radiografía de tórax normal.

En el ECG las alteraciones pueden ser inespecíficas presentando signos de isquemia en onda Q de nueva aparición o un ECG rigurosamente normal.

Los reactantes de fase aguda suelen estar elevados.

Las disecciones aórticas de tipo A implican intervención quirúrgica urgente, las de tipo B precisan un abordaje médico en ausencia de complicaciones.

Palabras clave: dolor torácico, ensanchamiento mediastínico, disección aórtica.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

¿Qué se esconde tras imagen nodular en vértice pulmonar en paciente inmigrante?

Manzanares Rodríguez LM, Moral Moya MªT, Calderón Nieto R

MIR 4º año de MFyC. CS Palma-Palmilla. Málaga

Ámbito del caso: atención primaria.

Motivo de consulta: primera visita a paciente inmigrante rumana.

Historia Clínica: antecedentes personales sin interés.

Anamnesis: mujer rumana de 18 años casada con un hijo de 9 meses, vive en España desde hace 3 meses. Ama de casa. Bajo nivel cultural.

Exploración: normal.

Pruebas complementarias: se solicita protocolo de estudio de inmigrantes.

Analítica: normal.

Mantoux: positivo (18 mm)

Radiografía de tórax: se aprecia imagen nodular en vértice superior izquierdo. Contactamos con radiólogo que ante la duda de que pudiese tratarse de artefacto cita para nueva radiografía, cuyo informe es: "respecto a la radiografía de ayer y tras retirada de cabello desaparece la imagen nodular pero ahora se aprecia pequeñas cavidades en dicho vértice"

Enfoque familiar y comunitario: vive en una zona marginal, en un edificio en condiciones poco saludables. Comparte vivienda con 7 personas. No han recibido vacunación ni nunca se han realizado Mantoux.

Juicio clínico e identificación del problema: planteamos como hipótesis el diagnostico de enfermedad tuberculosa. Como problemas, población de difícil acceso con mal cumplimiento terapéutico y complicado seguimiento.

Plan de actuación: solicitamos baciloscopia y cultivo de esputo. La baciloscopia de urgencias dió inicialmente resultados negativos. Avisan de laboratorio posteriormente para comunicarnos que los cultivos son positivos, confirmamos diagnostico de enfermedad tuberculosa. Intentamos localizar a la paciente telefónicamente y en domicilo sin éxito. Al día siguiente acude a consulta donde explicamos el diagnostico, la importancia del tratamiento y las medidas de aislamiento; recitamos para valorar cumplimiento terapéutico e iniciamos estudio de contacto a los convivientes.

Evolución: acude un familiar para decirnos que la paciente se ha marchado a su país. Comprobamos que no ha sacado medicación, dudamos que se fuera. Comunicamos tema a trabajadora social y a responsable de epidemiología del distrito.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): importancia del diagnostico precoz en población asintomática y en inmigrantes de zonas de alta prevalencia de enfermedad tuberculosa.

Necesidad de seguimiento estrecho, explicar la importancia del cumplimiento terapéutico y de las medidas de aislamiento, asi como establecer relación de confianza médico-paciente para evitar pérdidas.

Importancia de estudios de contactos, en población que vive en condiciones poco saludables.

Palabras clave: inmigrante, tuberculosis, radiografía.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Atención integral centrada en el paciente

Ruiz García E, Moral Santiago A, Sola García M

MIR 1er año de MFyC. CS El Valle. Jaén

Ámbito del caso: atención primaria y hospitalaria (servicio de urgencias y neumología).

Motivo de consulta: disnea y reagudizaciones respiratorias. Trastorno ansiedad generalizada.

Historia Clínica:

Antecedentes: diabetes mellitus, hipertrofia benigna próstata, hipercolesterolemia, exfumador y asma crónica persistente-enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).

Anamnesis: paciente de 79 años que, en los últimos meses, presenta episodios de reagudización respiratoria acudiendo al servicio de urgencias (orientándose tanto como disnea respiratoria como cardiaca). Ingresado en neumología por cuadro de aumento de su disnea habitual haciéndose de moderados esfuerzos con tos productiva sin expectoración.

Una vez estabilizado el proceso respiratorio, el paciente se muestra inquieto y emocionalmente alterado, llanto frecuente, con un fuerte componente ansioso y síntomas depresivos, incluyendo ideas de autolisis no estructurada.

Exploración: estado general conservado, taquipneico, saturación oxígeno de 95% (gafas nasales), afebril, murmullo vesicular disminuido con sibiliantes espiratorios en bases pulmonares y roncus dispersos.

Radiografía tórax: pinazamiento de ambos senos costofrénicos. Gasometría arterial: pH 7.38, oxígeno 56, dióxido de carbono 40, bicarbonato 23. Analítica: hemoglobina glicosilada 7,0. Cultivo esputo: contaminación por cándida.

Enfoque familiar: familia nuclear en final de la contracción. Vive con su esposa en el domicilio conyugal. Tiene dos hijas casadas que viven en su hogar. Buena relación y apoyo mutuo. Apgar 8.

Diagnósticos: síndrome ansioso-depresivo, asma-EPOC, infección respiratoria con hipoxemia e hiperreactividad bronquial.

Tratamiento: revisiones periódicas en neumología y continuidad asistencial en atención primaria. Control y reajuste del tratamiento farmacológico junto a psicoterapia de apoyo (analizar con el paciente las sensaciones asociadas a situaciones de ansiedad).

Evolución: sin episodios de reagudización, mejorando progresivamente el estado general, el estado de ánimo y los síntomas respiratorios (reduciendo el uso de broncodilatadores). El tratamiento con psicofármacos proporciona una evolución favorable. Abandona antidiabéticos por crisis aisladas de hipoglicemia. Pérdida de peso.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): EPOC es una patología crónica con un gran componente psicológico y social. Pacientes con EPOC y depresión sufren más agudizaciones, hospitalizaciones e incluso pueden tener una supervivencia reducida comparados con aquellos de similar gravedad pero sin depresión. Por ello, es conveniente analizar el impacto que provocan los síntomas respiratorios, adoptando medidas encaminadas a mejorar su supervivencia y calidad de vida.

Palabras clave: disnea intermitente, síndrome ansioso-depresivo, EPOC.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Íncidente crítico: Accidente Isquémico Transitorio (AIT)

López Macías I[1], Romero Rodríguez EM[a2], Leiva Cepas F[3]

[1] MIR 2º año de MFyC. CS de Lucena. Córdoba
[2] MIR 2º año de MFyC. CS Occidente Azahara. Córdoba
[3] MIR 2º año de MFyC. Consultorio de Villarrubia. Córdoba

Ámbito del caso: atención primaria y atención hospitalaria.

Motivo de consulta: disartria y disnea.

Historia Clínica:

Enfoque individual: antecedente personales: diabetes Mellitus tipo 2 y dislipemia.

Tratamiento: atorvastatina y metformina.

Anamnesis: paciente de 80 años traída por dispositivo de cuidados críticos y urgencias al presentar desviación de la comisura labial y disartria de 6 horas de evolución que se recuperan espontáneamente en el trayecto hacia el hospital. Refiere que 24 horas antes había consultado por disnea de mínimos esfuerzos, sin fiebre ni tos.

Exploración: tensión arterial 140/80 mmHg, apirética, aceptable estado general y eupneica en reposo. Glasgow 15. Exploración neurológica: pupilas isocóricas y normorreactivas. No focalidad neurológica. No pérdida de fuerza ni de sensibilidad. No alteración de la marcha. Auscultación cardiorrespiratoria: sin hallazgos patológicos. Miembros inferiores: Edemas con fóvea 2/4 predominio en miembro inferior derecho (en planta reconoce que comenzó al inicio de la disnea). Pruebas complementarias: Bioquímica: Glucosa 185mg/dl, LDH 276. Resto normal. Gasometría: ph: 7,456; Pco2:32,5; Sat02:91,1%. Hemograma: Normal. Coagulación: normal. Rx tórax: Aumento de la trama vascular. TAC cráneo: Afectación difusa de la sustancia blanca periventricular, probable origen hipertensivo-isquémico crónico. Se ingresa en planta por estudio de AIT y se pide: Dímero-D: 3,44 µg/ml; Angio-TC arteria pulmonar: Defectos de repleción que afectan a arterias pulmonares principales y lobares de forma bilateral. Cono de la pulmonar de 31mm. En los parénquimas pulmonares se observa un foco de consolidación periférico en lóbulo superior izquierdo (infarto pulmonar). Eco doppler de MID y ecocardio: normal. Enfoque familiar y comunitario: sin interés.

Juicio clínico: tromboembolismo pulmonar bilateral (TEP). AIT.

Diagnóstico diferencial: golpe de calor, neuropatía periférica, infecciones del SNC, intoxicación medicamentosa, alteraciones metabólicas y psiquiátricas. Identificación de problemas: No realizar una correcta anamnesis.

Tratamiento: dicumarínico.

Evolución: favorable.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): no siempre hay un único síntoma guía. Hay que valorar al paciente en conjunto y el tiempo no es excusa. Una anamnesis correcta nos hubiera hecho pensar en patologías urgentes a descartar. Hay que tener en cuenta que el TEP es una de las principales causas de muerte intrahospitalarias, siendo del 50% cuando el diagnóstico y el tratamiento son tardíos.

Palabras clave: CVA, Pulmonary Thromboembolism, dysarthria.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Fiebre de origen desconocido

Guillen Montero MªA[1], García Martinez F[2], Gómez Román L[3]

[1] *MIR 2º año de MFyC.CS Abla (Almería)*
[2] *Medico de Familia. Centro de Salud de Nijar (Almería)*
[3] *MIR 2º año de MFyC. CS La Cañada (Almería)*

Ámbito del caso: atención primaria.

Motivo de consulta: fiebre.

Historia Clínica:

Enfoque individual: antecedentes personales de hipercolesterolemia, probable tuberculosis a los 30 años, exfumador desde hace 20 años.No alergias medicamentosas.Tratamiento habitual: atorvastatnia 20mg (1-0-0).

Anamnesis: paciente de 61años que acude por fiebre de hasta 38,5º, de 2 meses de evolución de predominio vespertino y astenia. Ha seguido tratamiento con diversos antibióticos, pero persiste la febrícula. No refiere clínica respiratoria ni urinaria, ni alteraciones cutáneas. No cefalea. No artritis. No dolor abdominal ni torácico. Niega consumo de lácteos incontrolados, viajes al extranjero y picaduras de animales. Refiere además pérdida ponderal de 5kg desde que empezó con la sintomatología (sin disminución de la ingesta), temblor de reposo e intranquilidad. No diarrea.

Exploración: (destaca) sudoración, temblor fino de reposo generalizado, eupneico en reposo, no focaclidad neurológica. Cuello: no bocio, no dolor a la palpación, temporales laten simetricas. ORL: faringe normal sin placas. ACR: normal, Abdomen: normal, extremidades normales.

Pruebas complementarias: hemograma: Hb 14,7; HTO 44%, VCM 87.5; Leucocitos 11.360; (67% neutrofilos) plaquetas 377.000, VSG 102; bioquímica normal salvo PCR 2,15, factor reumatoide negativo, inmunoglobulinas normales, hormonas tiroideas: TSH 0.01; T4 4.55; anticuerpos antitiroideos: anti TPO 12,3(+); antitiroglobulina 656; serologia de Brucella, lues negativo, citomegalovirus Ig M 0.42; Epstein Barr Ig G 4.9; toxoplasma: IgG 302; IgM 0.17; rubeola: IgG 166; IgM 0,33.VHA,VHB,VHC y VIH negativos, serologia de quiste hidatídico negativa.

Ecografía tiroidea: tiroides de ecogencidad heterogenea y de dimensiones aproximadas. Se identifican varios nódulos hipoecoicos mal definidos subcentimétricos en ambos lóbulos tiroideos, sin evidenciar nódulo dominante.

Juicio clínico: hipertiroidismo, nódulos hipoecoicos tiroideos.

Diagnóstico diferencial: brucelosis, tuberculosis, rickettsiosis, linfoma, VIH.

Tratamiento: tiamazol 5mg: 2comprimidos desayuno, comida y cena, bisoprolol 5mg en el desayuno, atorvastatina 20 mg en cena.

Planes de actuación: seguimiento por consultas externas de endocrinología.

Evolución: favorable, ante la evidencia clínica y analítica de hipertiroidismo se inició tratamiento desapareciendo la sintomatología que motivó la consulta. Durante su ingreso no presento nuevamente fiebre.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): cuando un paciente acude a consulta con fiebre tendemos a pensar en el origen infeccioso, pero no debemos olvidar que existen causas de origen no infeccioso que pueden provocarla. Dentro de las causas no infecciosas podemos encontrar causas endrocrinas, oncológicas, reumatológicas, etc. Un claro ejemplo es nuestro caso, en el que si se hubieran tenido en cuenta, se habría evitado un diagnostico tardío.

Palabras clave: hipertiroidismo, fiebre, temblor.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Etiqueta: fibromialgia

López Macías I[1], Pascual López B[2], Conesa Pedrosa I[3]

[1] MIR 2º año de MFyC. CS Lucena (Córdoba)
[2] MIR 2º año de MFyC. CS Cabra (Córdoba)
[3] MIR 2º año de MFyC. CS Rute (Córdoba)

Ámbito del caso: atención primaria y atención hospitalaria.

Motivo de consulta: parestesias en ambos miembros superiores e inferiores.

Historia Clínica:

Enfoque individual: antecedentes personales: fibromialgia.

Anamnesis: paciente que consulta por pérdida de fuerza y parestesia desde hace 6 días en ambos miembros superiores e inferiores. Refiere que cuando va a iniciar una actividad no puede andar. Hoy comienza con hormigueo en la lengua. No cefalea. Afebril. Hace tres días había consultado en urgencias por parestesias, siendo dada de alta por dolor tipo osteomuscular.

Exploración: aceptable estado general. No disfagia ni sintomatología respiratoria. Exploración neurológica: Glasgow 15/15, pupilas isocóricas y normorreactivas. Pares craneales normales. Tetraparesia de predominio proximal, más acusada en miembro inferior (MI) izquierdo. Fuerza: miembro superior proximal 3/5 y resto 4/5; MI izquierdo proximal 3/5, cuadríceps 3/5 y distal 4/5; MI derecho proximal 3/5, cuádriceps 4/5 y distal 4/5. Tolera sedestación y marcha asistida. No alteración de reflejos osteotendinosos. No Babinski.

Pruebas complementarias: bioquímica normal. Hemograma: linfocitos 5620, resto normal. Punción lumbar: proteínas en LCR 0.63 g/l, reacción de Pandy negativo. Electrocardiograma: ritmo sinusal, 80 latidos por minuto. Es trasladada al hospital donde se ingresa para estudio y evolución por sospecha Síndrome de Guillén Barré (SGB). Allí se completan las pruebas complementarias: serología Epstein Barr negativo y Citomegalovirus IgM positivo.

Enfoque familiar y comunitario: sin interés.

Juicio clínico: síndrome de Guillén Barré.

Diagnóstico diferencial: neuropatías tóxicas o metabólicas, conectivopatías, paraneoplasias, mielopatía aguda o compresión medular, miastenia grave, accidente cardiovascular de tronco, trastornos psicógenos y miopatías inflamatorias.

Identificación de problema: prejuicios antes de explorar.

Tratamiento: cinesiterapia activa asistida para mejorar el balance articular y muscular junto con la reeducación del patrón de marcha.

Evolución: mejoría notable.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): SGB, es una enfermedad poco prevalente pero potencialmente grave. Es la patología neurológica más frecuente tras un proceso infeccioso. De ahí la importancia que el médico de atención primaria sepa reconocer perfectamente los síntomas y realice una buena exploración para derivarlo cuanto antes a urgencias hospitalarias para completar estudio y observar evolución. Resaltar lo importante que es no tener prejuicios ante un paciente en cualquier ámbito de la medicina.

Palabras clave: Guillain Barre Syndrome, acute infectious polyneuritis, lumbar puncture.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

La importancia de la palpación abdominal

García Martínez F[1], Guillen Montero MªA[2], Callejas Romero AB[3]

[1] Medico de Familia. CS Nijar (Almeria)
[2] MIR 2º año de MFyC. CS Abla (Almería)
[3] MIR 2º año de MFyC. CS Nueva Andalucia. Almería

Ámbito del caso: atención hospitalaria (urgencias).

Motivo de consulta: dolor abdominal.

Historia Clínica:

Enfoque individual: no presenta antecedentes personales ni alergias conocidas.

Anamnesis: paciente de 27 años que acude a urgencias traída por la policía, tras llegar al puerto de Almería en una patera. La paciente presenta desde hace 4 meses dolor abdominal difuso que lo refiere "como si estuviera embarazada". Ocasionalmente ha presentado sensación febril no termometrada. No nauseas ni vomitos, no alteración del transito intestinal, heces de aspecto normal. No síndrome miccional. No lesiones cutáneas ni nódulos. No pérdida de peso. No metrorragia.

Exploración: ACR: rítmico, con soplo sisólico II/VI en foco mitral, murmullo vesicular conservado, sin ruidos. Abdomen: se palpa gran masa de unos 20 cm en hemiabdomen inferior que parece depender del útero, de consistencia dura, bordes bien delimitados y ligeramente dolorosa al tacto. Ruidos presentes y normales. No palpo otras organomegalias.

Pruebas complementarias: destaca marcadores tumorales negativos, serología negativa salvo VIH positivo con subpoblaciones linfocitarias CD4 188.

TAC Abdominal: se obseva gran masa en hemiabdomen inferior bilobulada y bien delimitada de aproximadamente 24x16x10 cm y heterogénea con áreas hipoatenuadas en su interior que podría corresponder a zonas de necrosis y múltiples calcificaciones puntiformes. Parece originarse en el útero. Pequeña cantidad de líquido adyacente a la lesión y en Douglas.Vasos dilatados y tortuosos a nivel pélvico en relación con varices pélvicas.

Enfoque familiar y comunitario: natural de Niger, barrera idiomática, habla ingles. Pareja estable en Nijer. No tiene hijos.

Juicio clínico: tumoración abdominal por miomas uterinos gigantes.

Diagnóstico diferencial: leiomioma, quiste ovárico, cáncer de colon, linfoma.

Identificación de problemas: miomas uterinos gigantes, VIH positivo, insuficiencia mitral, aortica y tricuspidea.

Tratamiento: histerectomia programada.

Planes de actuación: es transladada a Sevilla a un centro de acogida y se le indica ponerse en contacto con la consulta externa de ginecología y consulta externa de enfermedades infecciosas.

Evolución: se realiza histerectomía radical.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): este caso nos ha hecho reflexionar sobre la importancia de una buena exploración para el medico de familia, son técnicas sencillas, de las que nos podemos valer con facilidad para inspeccionar al paciente y hallar patologías. En este caso con una buena exploración abdominal se detecto y se pudo delimitar la masa uterina.

Palabras clave: mioma, masa abdominal.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Doctora tengo los músculos engarrotados y no orino

Arza Varo B, Muñoz Sánchez MªD

MIR 4º año de MFyC. CS Virgen del Valle. Écija (Sevilla)

Ámbito del caso: atención primaria, urgencias.

Motivo de consulta: paciente de 31 años que tras iniciar tratamiento con miorrelajante consulta por vómitos, movimientos anómalos de brazo izquierdo y oligoanuria.

Historia Clínica:

Antecedentes personales: no alergias medicamentosas conocidas, no patología previa, fumador (30 cigarros/día), bebedor (2 litros cerveza/día), tratamiento actual Omeprazol, Metamizol, Ciclobenzaprina.

Anamnesis: paciente con dorsolumbalgia de un año de evolución que tras 2 semanas de tratamiento con Diclofenaco im sin mejoría, su MAP prescribe Ciclobenzaprina presemtado a los 4 días malestar general, inestabilidad a la marcha, movimientos anómalos de miembro superior izquierdo, vómitos y oligoanuria.

Exploración: aceptable estado general, consciente, orientado, colaborador, deshidratación leve, normocoloreado, eupneico, normotenso, afebril. PINLA, MOEC, aumento tono en miembros inferiores, disminución fuerza (III/V) en miembro superior izquierdo, ROT rotulianos exaltados. Corazón rítmico sin soplos, murmullo vesicular conservado. Abdomen blando, depresible, no doloroso, no masas ni megalias. No edemas en miembros inferiores ni signos de TVP. Dolor a la palpación de apófisis espinosas dorsolumbares, musculatura glútea, Lassegue negativo.

Pruebas complementarias: analítica, Hb 18.8 g/dl, Hto 54.6%, leucocitos 13510 (71.1% neutrófilos), plaquetas 331000, glucosa 179 mg/dl, urea 103 mg/dl, creatinina 3.54 mg/dl, sodio 136 mEq/L, potasio 3.25 mEq/L, CK 968 U/L, PCR 35, pH 7.56, pCO2 63, pO2 46, HCO3 45.7, lactato 2.43, sodio urinario 65, creatinina urinaria 337.5, sistemático de orina con proteínas 150, leucocitos 25, hematíes 25, cuerpos cetónicos 5. Cálculo FeNa 0.51% (Insufiencia prerrenal). ECG ritmo sinusal a 90 lpm sin alteraciones agudas de la repolarización ni signos de isquemia. Radiografía tórax, abdomen y columna dorsolumbar sin hallazgos. Ecografía abdominal, nefropatía médica.

Enfoque familiar y comunitario: menor de 3 hermanos, parado.

Juicio clínico: fracaso renal agudo prerrenal por nefropatía tóxica por AINEs, distonía de origen farmacológico (efecto anticolinérgico de miorrelajante).

Diagnóstico diferencial: glomerulopatía, nefropatía túbulo-intersticial.

Tratamiento: sueroterapia, diuréticos, Akinetón, cloruro potásico, sulfato magnésico, n-acetilcisteína, manitol.

Evolución clínica favorable con recuperación de función renal y tono muscular.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): el uso de AINEs en el tratamiento de la patología músculo-esquelética forma parte de nuestra práctica clínica diaria, pero no debemos olvidar que inhiben la síntesis de prostaglandinas, que son vasodilatadores renales, pudiendo inducir fracaso renal agudo prerrenal por hipoperfusión.

Palabras clave: Acute kidney injury.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Sobre un caso de lumbalgia aguda

Hernández Rodríguez D[1], Espínola Coll EM[2], Guerrero Ayala A[3]

[1] *MIR 2º año de MFyC. CS Portada Alta. Málaga*

[2] *MIR 2º año de MFyC.Centro de Salud Coín. Málaga*

[3] *MIR 2º año de MFyC. CS Teatinos-Colonia Santa Inés. Málaga*

Ámbito del caso: atención primaria, atención especializada y urgencias.

Motivo de consulta: lumbalgia mecánica, intensa de inicio progresivo.

Historia Clínica:

Antecedentes Personales: HTA, DM tipo 2, dislipemia en tratamiento y buen control. Sin hábitos tóxicos ni antecedentes quirúrgicos.

Varón de 74 años que asiste a consulta con frecuencia por lumbalgia de carácter mecánico que no cede a tratamiento analgésico y que precisa asistencia en urgencias hospitalaria en varias ocasiones a lo largo de tres meses. La lumbalgia aumenta en intensidad haciéndose de reposo a pesar del tratamiento.

Exploración: abdominal normal y no dolorosa, con defensa voluntaria en HCD. Puño-percusión renal derecha positiva. Lasègue negativo. Dolor a la palpación de musculatura paravertebral derecha.

Por aparatos refiere coluria y hematuria intermitente sin síndrome miccional asociado. No clínica digestiva ni alteraciones del tránsito.

Pruebas complementarias:

-Hemograma y coagulación normales. Creatinina 1.7 (previas normales) Orina: normal. Excreción fraccionada de Na: 1.26%.

Ecografía abdominal: normal.

-Radiografía lumbosacra: espondiloartrosis y escoliosis con rectificación de la lordosis lumbar.

RNM: lesiones osteoquísticas múltiple con imágenes focales hiperintensas en hígado y una masa a filiar en plano lateral al psoas ilíaco derecho.

-TAC con contraste: lesiones milimétricas hepáticas no caracterizables y otra nodular de 1,5cm en segmento V. Aplastamiento vertebral a nivel de D12 y lesión osteolítica en L2. Masa adyacente al psoas derecho sugestiva de proceso neoformativo.

-GA de esqueleto: depósito focal único a nivel de D11 de posible origen metastásico.

-Punción-biopsia guiada por TAC: angiosarcoma de alto grado que afecta focalmente al borde periférico. Positividad para CD31 y CD34; índice de proliferación celular ki-67 de un 45%.

Diagnóstico diferencial: lumbalgia aguda, cólico renoureteral.

Juicio clínico: angiosarcoma de alto grado.

Tratamiento: exéresis de la tumoración adherida a psoas derecho, sin afectación del resto de órganos y vasos.

Evolución: actualmente nuestro paciente se encuentra en tratamiento QT. Pendiente de inicio de RT antiálgica paliativa.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): los dolores muy intensos e insidiosos y de nueva aparición, que no responden al tratamiento analgésico, deben ser estudiados desde atención primaria en profundidad y sugerir diferentes diagnósticos.

En algunas ocasiones, como en el caso de este tipo de tumores, es difícil un diagnóstico y suelen realizarse de forma tardía debido a lo inespecífico de los signos y síntomas.

Palabras clave: angiosarcoma, low back pain.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Doctor, tengo un bulto en el gemelo

Hernández Rodríguez D[1], Guerrero Ayala A[2], Naharro Franco MªR[3]

[1] *MIR 2º año de MFyC. CS Portada Alta. Málaga*
[2] *MIR 2º año de MFyC. CS Teatinos-Colonia Santa Inés. Málaga*
[3] *MIR 2º año de MFyC. CS Alhaurín El Grande. Málaga*

Ámbito del caso: atención primaria y hospitalaria.

Motivo de consulta: tumoración en gemelo derecho sin traumatismo previo.

Historia Clínica: varón de 37 años. Sin alergias medicamentosas conocidas. Niega hábitos tóxicos. Sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés. Acude a consulta por reciente aparición de tumoración en gemelo derecho sin dolor ni impotencia funcional. No refiere traumatismo previo.

Exploración física: normotenso. Afebril. Consciente, orientado y colaborador. Auscultación cardiopulmonar normal. Exploración neurológica: pares craneales normales. Pupilas isocóricas y normorreactivas. No dismetrías ni disdiadococinesias. Sin alteraciones en la marcha. Fuerza, sensibilidad y motricidad sin anomalías. Reflejos osteotendinosos presentes. Extremidades: pulsos pedios palpables y simétricos. No signos de tvp ni flebitis. Gemelo interno de pierna derecha aumentado de tamaño con respecto a contralateral. No dolor a la exploración sin limitación de movimiento. Fuerza 5/5 sensibilidad 5/5.

Pruebas complementarias: ecografía de tejidos blandos: lesión sólida intramuscular gemelar medial con contornos lisos bien definidos, morfología ovoidea y tamaño aproximado de 9x5x4 cm. RNM sin contraste i.v de pierna derecha: masa sólida intramuscular de tamaño 8.5x3.7x5 cm en relación con articulación tibio-peronea próximal, bien delimitada. Aponeurosis intacta, no contacta con vasos ni nervios regionales ni se aprecian nódulos satélites.TC sin contraste i.v de tórax: sin hallazgos patológicos significativos. Biopsia por punción: tejido adiposo con presencia de lipoblastos y material mixoide sugestivo de liposarcoma mixoide. GA de esqueleto: sin hallazgos demostrativos de enfermedad metastásica ósea.

Diagnóstico diferencial: lipoma, sarcoma, ganglión, piomiositis (absceso), fibromatosis desmoide, metástasis.

Diagnóstico: liposarcoma mixoide intramuscular.

Tratamiento: el paciente ha recibido tratamiento con radioterapia (25 sesiones) con disminución del tamaño del tumor. Tras ello, el paciente ha sido intervenido quirúrgicamente sin afectación del borde de resección.

Evolución: se valorará la necesidad de radioterapia o quimioterapia postquirúrgica.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): desde nuestra consulta debemos estar alerta ante los síntomas y signos de nueva aparición. En ocasiones, como en nuestro caso, son la única expresión clínica de patologías que revisten gravedad y deben ser estudiadas en profundidad.

Palabras clave: myxoid liposarcoma, lipoma, muscle tumor.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Eczema del pezón sin masa palpable: a propósito de un caso

López Torres G[1], Nieto Carrillo M[2], Albendín García L[3]

[1] *Médico de Familia. Dispositivo de apoyo distrito sanitario Granada-Metropolitano. CS Gran Capitán. Granada*

[2] *Médico de Familia. UGC Cuidados Críticos y Urgencias Interniveles. AGS sur de Córdoba. Priego (Córdoba)*

[3] *UGC Cuidados Críticos y Urgencias Interniveles. AGS sur de Córdoba. Priego (Córdoba)*

Ámbito del caso: mixto; atención en consulta de primaria, en consulta del servicio de urgencias extrahospitalarias, en consultas externas de ginecología, en consulta externas de dermatología, y en unidad de mama a nivel hospitalario. Caso multidisciplinar.

Motivo de consulta: eczema del pezón de varios meses de evolución en mujer de 42 años.

Historia Clínica:

Antecedentes personales: Hepatitis A. Dos embarazos a término. Parto vaginal normal.

Antecedentes familiares: madre fallecida por Cáncer gástrico (44 años). Padre fallecido por esclerosis lateral amiotrófica (63 años).

Anamnesis: lesión eccematosa en pezón izquierdo. Sangrado ocasional por erosión y posterior formación de costra que vuelve a caer a los pocos días. Telorrea unilateral escasa de aspecto lácteo. Ciclo menstrual normal (fórmula menstrual: 4-5/28).

Exploración: erosión centrada en pezón con escasa afectación de areola. No retracción. Piel normal. Consistencia normal. No se palpa masa retroareolar ni resto de cuadrantes mamarios. No se aprecian adenopatías axilares ni perimamarias. Mama derecha normal.

Pruebas complementarias:

• Mamografía: microcalcificaciones en cuadrante superior externo (CSE) mama izquierda, clasificación: BIRADS 3.

• Biopsia-anatomía patológica: carcinoma ductal in situ.

• Resonancia magnética: masa CSE. No adenopatías.

• Biopsia pezón: nidos de carcinoma ductal in situ. (Enfermedad de Paget).

Enfoque familiar y comunitario: estudio de la familia y la comunidad. Paciente de 42 años, ama de casa, 2 hijos, marido en paro. Es autónoma para las actividades básicas de la vida diaria.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: enfermedad de Paget del pezón. Carcinoma ductal in situ sin metástasis.

Tratamiento, planes de actuación: derivada a consulta externa de ginecología en tres ocasiones. Derivada a consulta externa de dermatología que deriva a unidad de mama.

Evolución: mastectomía simple sin exéresis axilar. No precisa tratamiento adyuvante. Reconstrucción mamaria. Valoración de hermanas de 37 años.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): la aplicabilidad de este caso para la medicina familiar y comunitaria está en considerar que una lesión de aspecto eccematoso del pezón puede ser signo de cáncer de mama aún sin masa palpable. La aplicación del protocolo andaluz de lesiones mamarias permite identificar precozmente una neoplasia mamaria.

Palabras clave: neoplasia, mamografía, medicina familiar.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Dolor abdominal, ¿urgencia ginecológica?

López Torres G[1], Albendín García L[2], Cedeño Benavides T[3]

[1] *Médico de Familia. Dispositivo de apoyo distrito sanitario Granada-Metropolitano. CS Gran Capitán. Granada*

[2] *Médico de Familia. UGC Cuidados críticos y urgencias interniveles. AGS sur de Córdoba. Priego (Córdoba)*

[3] *Médico de Familia. Dispositivo de apoyo distrito sanitario Granada-Metropolitano. Valle de Lecrín (Granada)*

Ámbito del caso: urgencias extrahospitalarias y hospitalarias.

Motivo de consulta: dolor abdominal.

Historia Clínica:

Antecedentes personales: paciente mujer de 21 años sin antecedentes personales de interés.

Anamnesis: refiere dolor abdominal de 24 horas de evolución de inicio en fosa ilíaca derecha (FID) y ha ido aumentando en intensidad desplazándose posteriormente hacia la región umbilical. Presenta nauseas y vómitos alimenticios. No fiebre. Asocia disuria. Fecha de última regla: 15/02/2014; Fórmula menstrual: 5/30.

Exploración: cifras tensionales: 100/80 mmHg; frecuencia cardíaca: 140lpm; temperatura 36.6C. Saturación de Oxígeno: 100%. Mal estado general. Consciente, orientada y colaboradora. Eupneica. Bien perfundida e hidratada. Hemodinámica estable. Auscultación cardiorrespiratoria: tonos rítmicos, taquicárdica, no soplos, murmullo vesicular conservado. Abdomen blando y depresible, doloroso a palpación en FID, no masas ni megalias, no signos de peritonismo, defensa voluntaria, Murphy negativo, Blumberg positivo en FID, signo del psoas positivo.

Pruebas complementarias: hemograma: leucocitos 15.470 (Neutrófilos 87.3%), 8.6% de linfocitos, hemoglobina 11.9, volumen corpuscular medio: 81.8, plaquetas 329.000. Bioquímica: glucosa 151, urea 26, creatinina 0.37, iones normales, calcio 9.7, bilirrubina total: 2.3, LDH 467, CPK 76, amilasa 68. PCR 0.2. Test embarazo: negativo. Orina: normal. Coagulación: normal. Radiografía abdomen: sin hallazgos patológicos, línea del psoas conservada, aire y heces en marco esplénico y colon descendente. No dilataciones de asas. Electrocardiograma: ritmo sinusal a 165 lpm, sin alteraciones de la repolarización. Ecografía de Abdomen: quiste anexial hemorrágico, con hemoperitoneo asociado.

Juicio Clínico: quiste ovárico hemorrágico.

Diagnóstico diferencial: apendicitis aguda, adenitis mesentérica, quiste ovárico roto o torsión ovárica.

Tratamiento: la paciente fue derivada a urgencias ginecológicas donde ingreso para control sintomático y analgésico. Evolución: favorable con analgesia e inicio de tratamiento con hierro intravenoso por aumento de anemia previa.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): en una mujer joven con dolor en FID es importante tener siempre en el diagnostico diferencial la patología ginecológica además de las posibles causas digestivas y urológicas. El quiste hemorrágico junto con el embarazo ectópico son las causas más frecuentes de abdomen agudo de causa ginecológica en la mujer fértil, la clínica es similar en ambos casos y el tratamiento es inicialmente conservados aunque en ocasiones puede requerir cirugía.

Palabras clave: dolor abdominal, quiste ovárico, patología ginecológica.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Náuseas y vómitos como inicio de rotura de aneurisma de aorta abdominal

Carbajo Martín L, Aragón Aragón T, Portela Filgueiras E

Médico de familia. HAR Utrera (Sevilla)

Ámbito del caso: urgencias centro de salud y hospital.

Motivo de consulta: náuseas y vómitos.

Historia Clínica: mujer de 84 años hipertensa, EPOC, intervenida de cataratas y de hallux valgus. No reacción medicamentosa. Tratamiento amlodipino 10 mg/24h, losartan 100 mg/ 24h, onbrez 150mg/24h, salbutamol 2/8h, budesonida/formoterol 1/12 horas.

Acude a urgencias por náuseas y vómitos de 6 horas de evolución acompañadas de dolor abdominal tipo cólico, hábito intestinal normal, última deposición sin productos patológicos ni fiebre.

A su llegada a urgencias presenta cuadro de sudoración profusa y mal estado general, dolor más agudo en región periumbilical. Glucemia 250 mg, TA 61/35, temperatura 36.1º.

Al ver la situacion de inestabilidad pasamos a sala de cuidados críticos donde se monitoriza y se canalizan dos vías periféricas, administrándole ranitidina 50 mg iv, metoclopramida 10 mg iv. ondasertrón iv, escopolamina butilbromuro iv, 600 cc SSF.

Tras medicación TA 100/54 y el dolor se autolimita. Se intenta sedestación pero comienza nuevamente con cortejo vegetativo. EKG ritmo sinusal a 78 lpm, eje eléctrico normal, no alteraciones de la repolarización. Hemograma 13370 leuocitos con 9840 neutrófilos. Bioquímica glucosa 224 resto incluido orina normal. Rx de abdomen sin hallazgos.

Ante la persistencia de hipotensión junto con náuseas y vómitos se decide derivación a hospital de referencia para valoración.

A su llegada al hospital se realiza ecografía, aconsejando realización de TAC abdominal con contraste por la presencia de un aneurisma abdominal.

Resultado: aneurisma aorta roto con hematoma retro y peritoneal, se consulta a cirugía vascular pero debido a la edad y el shock hemodinámico se deriva a cuidados paliativos para sedación. Finalizando con éxitus a las 10 horas del inicio del cuadro.

Juicio clínico: rotura de aneurisma de aorta abdominal.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): los vómitos son un síntoma, no un diagnóstico en sí por lo que debemos estar alerta por si pueden enmascarar una patología grave como el caso que nos ocupa. Inicialmente la paciente entró con cierta inestabilidad hemodinámica pero mejoró el cuadro, sin embargo el motivo de la derivación a otro nivel hospitalario fue la persistencia del síntoma; vómitos. Por tanto, como siempre la evaluación clínica del médico de familia es primordial para una correcta valoración de un síntoma aislado.

Palabras clave: aneurisma, aorta, náuseas.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Catarro que no mejora

Cedeño Benavides T[1], Albendín García L[2], Rodríguez Delgado MªE[3]

[1] *Médico de Familia. UGC Valle de Lecrín (Granada)*
[2] *Enfermero. UGC CCU Interniveles. AGS Sur Córdoba*
[3] *Enfemera. AGS Sur. Granada*

Ámbito del caso: atención Primaria, urgencias extrahospitalarias.

Motivo de consulta: disnea.

Historia Clínica: paciente de 58 años de edad, con AP de EPOC leve. Fumador de 1 paq/ día. Sin otras patologías.

Acude a consulta de urgencias extrahospitalarias, por cuadro de disnea que se ha hecho de mínimos esfuerzos en los últimos días. No ha tenido fiebre ni aumento de expectoración. No dolor torácico. No clínica de infección respiratoria.

Exploración: buen estado general, bien hidratado y bien perfundido. Taquipneico cuando deambula. Eupneico en reposo. Sin ingurgitación yugular. No cianosis ni tiraje.

ACR: tonos rítmicos, no soplos, MV con hipoventilación en base izquierda y algún crepitante en esa base.

SatO2 90-91% GC 98lpm.

ECG: RS sin alteraciones de la repolarización. BIRDHH.

Ante esta exploración, derivo a urgencias hospitalarias para completar estudio.

En urgencias en Rx de tórax se aprecia infiltrado en base izquierda y pequeño derrame pleural, GSA normal. Dada la estabilidad del paciente se da alta hospitalaria con sospecha de NAC. Tras 48h en casa el paciente vuelve a urgencias por aumento de disnea e hipoxemia. Asociado a dolor de características pleuríticas en costado izquierdo. Se solicita DD 2,57 y se solicita TAC torácico. Se diagnostica de TEP pulmonar segmentario y subsegmentario bilateral.

El paciente es ingresado y se inicia estudio para ver causa de enfermedad tromboembólica.

Se descarta TVP, está pendiente de estudio de coagulopatías y en principio se descarta neoplasia oculta.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): ante pacientes con disnea de reciente comienzo, sobre todo en pacientes jóvenes, sin otra clínica sugerente, una de las primeras patologías graves que hay que descartar es el TEP. Es una patología grave pero es la gran simuladora. Hay que hacer hincapié en la anamnesis, y en los AP del paciente. Valorar el riesgo pre Test, e incuso si existen dudas solicitar dímero D que tiene un gran VPN, que nos ayudará a descartarlo. El sedentarismo es una de las causas de la enfermedad tromboembolica. Las pruebas complementarias como la Rx de tórax, el ECG… pueden ser normales.

Palabras clave: dyspnea, thromboembolic events, hipoxia.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Residente este caso es tuyo

Conesa Pedrosa I[1], López Macías I[2], Pérez Membrive EJ[3]

[1] *MIR 2º año de MFyC. CS de Rute (Córdoba)*

[2] *MIR 2º año de MFyC. Centro de Salud de Lucena I (Córdoba)*

[3] *MIR 2º año de MFyC. Centro de Salud de Lucena II (Córdoba)*

Ámbito del caso: atención primaria y hospitalaria.

Motivo de consulta: lesiones cutáneas.

Historia Clínica:

Antecedentes personales: varón 65 años. Hipertenso, no diabético, exfumador desde hace tres años, no bebedor, no intervenciones quirúrgicas, no tratamiento. Anamnesis: acude por lesiones cutáneas de un mes de evolución, eritematosas, calientes, induradas y pruriginosas, en miembros superiores e inferiores. Entumecimiento de manos. No refiere traumatismos. No disnea, no dolor torácico, no vómitos ni naúseas, no cambios en hábito intestinal. Exploración: 76 kilos, talla 169 cm. Tensión arterial 120/60, buen estado general, bien hidratado y prefundido. Extremidades superiores e inferiores: lesiones eritematosas generalizadas en piernas, similares a livedo reticularis, piel esclerosada más en brazos y piernas. No lesiones faciales. No evidencia de artritis. Auscultación cardiorrespiratoria y abdominal normal. Pruebas complementarias: analítica: hemograma: leucocitos 10190, eosinófilos 22.6%, resto normal, bioquímica: proteína C reactiva 1.9, resto normal. Coagulación normal. Imnunoglobulinas A,G,M, ANA, ENAs, hormonas tiroideas, proteinograma normales. Serología: borrelia burdogferi negativa. Biopsia piel: fragmento de piel con dermatitis fibrosante tipo esclerodermia circunscrita (morfea). Biopsia profunda de antebrazo: septos interlobulares engrosados, infiltrado inflamatorio con numerosos eosinófilos, afectando tanto septos como al tejido subcutáneo próximo que presentaba un moderado edema, engrosamiento fibroso de la fascia, infiltrado inflamatorio linfoplasmocitario difuso de la misma, con presencia de eosinófilos.

Juicio clínico: fascitis eosinofílica (FE).

Diagnóstico diferencial: morfea profunda, esclerodermia sistémica, enfermedad de injerto contra huésped, dermatosis sistémica nefrogénica, esclerodermia por aceite de colza, polimiositis, vasculitis de Shurg-Strauss, síndrome hipereosinofílico.

Tratamiento: prednisona 30mg por la mañana y 20 mg por la noche.

Evolución: favorable, sin prurito y piel antebrazo más flexible.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): la FE, es una enfermedad poco común de etiología desconocida caracterizada por una fase de eritema y edema con posterior afectación de la dermis y fascia muscular. La patología dermatológica es temible si no somos capaces de describir una lesión. De ahí la importancia de que desde atención primaria realicemos una buena anamnesis y exploración donde recojamos cuándo y dónde empezó; síntomas y cambios, si hay algo que haya provocado las lesiones y si ha recibido algún tratamiento dermatológico, para encauzar al paciente y encontrar la más correcta resolución de su patología.

Palabras clave: fascitis eosinofílica, eosinofilia, esclerodermia.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Doctor, me preocupa mi salud pero necesito mi trabajo

Sánchez Torres E[1], Pedrosa García C[2]

[1] MIR 1er año de MFyC. CS Torredonjimeno (Jaén)
[2] MIR 3er año de MFyC. Centro de Salud Torredonjimeno (Jaén)

Ámbito del caso: la mayor parte en atención primaria.

Motivo de consulta: disnea de repetición.

Historia Clínica:

•Enfoque individual:

- Antecedentes personales: varón de 45 años, sin alergias, fumador, pintor y barnizador desde hace 26 años. Enfermedades: hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo II, asma y obesidad mórbida. Tratamiento: omeprazol 20 mg/24 h, metformina 850 mg/12 h, enalapril 10 mg/24 h, bisoprolol 5 mg/24 h, budesonida 80/formeterol 4,5 mcg.

- Anamnesis: presenta desde hace días disnea de esfuerzo, sin otra sintomatología. Ha consultado por episodios previos de menor intensidad.

- Exploración física: mal estado general, cianosis labial y ungueal, disminución del murmullo vesicular generalizado, crepitantes bibasales y edemas maleolares ++/+++ con fóvea.

- Pruebas complementarias: pulsioximetría (basal) 65 %. Gasometría arterial y espirometría postbroncodilatación: síndrome ventilatorio mixto de predominio restrictivo severo. Ecocardiograma: aumento del índice de masa del ventrículo izquierdo. Analítica de sangre completa, electrocardiograma, radiografía de tórax y angio-TAC sin alteraciones patológicas.

•Enfoque familiar y comunitario: familia nuclear en la etapa III (final de la extensión), fase centrípeta (familia con adolescentes) del Ciclo Vital Familiar (familia normofuncional). Red social con alto apoyo emocional e interacción social positiva. Acontecimientos vitales estresantes: pluripatología y bajo nivel económico familiar.

•Juicio clínico, identificación de problemas:

-Diagnóstico diferencial: tromboembolismo pulmonar, asma ocupacional, neumoconiosis, enfermedades neuromusculares, alteraciones de la caja torácica…

- Juicio clínico: insuficiencia respiratoria global con acidemia, síndrome de hipoventilación- obesidad /apnea obstructiva del sueño.

•Tratamiento: medidas higiénico- dietéticas y tratamiento farmacológico (furosemida 20 mg/24 h, zopiclona 7,5 mg/24 h, deflazacort 30 mg, bromuro de triotropio 18 mcg/24 h) y CPAP nocturna con oxígeno suplementario.

•Evolución: favorable; buena respuesta al tratamiento médico, buena aceptación de la CPAP, disminución de la cantidad de cigarros al día, y revisión en neumología en seis meses.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): la aplicabilidad que este caso clínico tiene para la medicina familiar y comunitaria es reseñar la importancia que tiene la prevención de los riesgos laborales y del seguimiento de nuestros pacientes en su ámbito laboral. Posiblemente con un seguimiento-revisiones adecuadas, el paciente no presentaría dicha sintomatología. Cabe destacar que es un paciente joven que con el tiempo tenga que dejar de trabajar con la responsabilidad económica que ésto conlleva para su familia.

Palabras clave: barnizador, disnea, familia.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Elefantiasis nostra verrucosa

Navarro Torres C[1], Expósito Rodríguez F[2]

[1] MIR 1er año de MFyC. CS Nueva Andalucía. Almería
[2] MIR 1er año de MFyC. CS La Cañada. Almería

Ámbito del caso: atención primaria domiciliaria.

Motivo de consulta: edemas y múltiples lesiones verrugosas en miembros inferiores.

Historia Clínica:

Enfoque individual: paciente mujer de 66 años, con antecedentes de insuficiencia venosa crónica, úlceras venosas, linfedema, hipotiroidismo y obesidad. La cual presenta en miembros inferiores desde hace dos años, edema con hiperqueratosis, placas nodulopapilomatosas, y piel liquenificada bajo una zona eritematosa extendida desde rodillas a tobillos.

Enfoque familiar y comunitario: el núcleo familiar está compuesto por la paciente y sus dos hijos, dependientes económicamente de ella. Hombre de 35 años con psoriasis. Mujer de 32 con minusvalía psíquica grave. Paciente con dependencia severa según Índice de Barthel (55 puntos).

Juicio clínico: elefantiasis nostra verrucosa.

Diagnóstico diferencial: estasis venosa, linfedema, lipodermatoesclerosis, mixedema pretibial, papilomatosis de Gottron.

Identificación de problemas: inmovilidad permanente, no cumplimiento terapéutico.

Tratamiento y planes de actuación: tratamiento antibiótico oral, comprensión con vendaje tras limpieza exhaustiva de la zona y aplicación de agua oxigenada. Recomendable elevación de miembros.

Evolución: tras dos meses con el tratamiento, y curas realizadas dos veces en semana por enfermería, la paciente mejora, con disminución del diámetro de piernas y aplanamiento de las placas y verrugas.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): la elefantiasis nostra verrucosa es una manifestación poco frecuente causada por un linfedema crónico obstructivo, que puede ser tanto congénito o secundario a infección no filariasica, cirugía, radioterapia, traumatismo, neoplasia, obesidad, hipertensión portal o insuficiencia cardiaca congestiva. También se le incluye dentro de las dermatopatias tiroideas. Clínicamente podemos identificarla como tumefacción y fibrosis de las extremidades. Y manifestaciones cutáneas como son hiperqueratosis, papilomatosis y lesiones verrugosas.

Palabras clave: elephantiasis nostras verrucosa, non-filarial lymphedema, venous insufficiency.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Una reacción inesperada

Jiménez González EM[a1], Garrido Moyano F[2], Ruíz Pérez de la Blanca M[3]

[1] MIR 3er año de MFyC. CS La Chana. Granada
[2] MIR 3er año de MFyC. CS Almanjayar. Granada
[3] MIR 3er año de MFyC. CS Gran Capitán. Granada

Ámbito del caso: urgencias.

Motivo de consulta: posible pérdida de conocimiento.

Historia Clínica: antecedentes personales, sin interés.

Paciente de 39 años, traída por su marido al servicio de urgencias por sensación de mareo seguida de pérdida de conocimiento. Éste refiere que durante el día habían estado realizando limpieza, pero que en el momento del suceso se encontraban sentados cenando. La paciente comienza a sentirse mal refiriendo mareo, seguido de una posible pérdida de conocimiento.

A la exploración destaca tendencia a la somnolencia importante. Responde a estímulos aunque no obedece órdenes. Disminución de fuerza de manera generalizada. Leve disartria, y cierta desviación de la comisura que el marido refiere suele tener por desviación dentaria "aunque no tanto". Resto de exploración normal. Se decide avisar a críticos por posible código ictus, cuando la paciente comienza a recuperar consciencia. Se le pregunta si ha ingerido alguna sustancia y responde afirmativamente, por lo que se decide paso de flumazenilo y SSF, y esperar recuperación.

Tras periodo de lavado, la paciente refiere ante fuerte dismenorrea, haber consumido dos comprimidos que su suegra tenía con el título "para los dolores" llamados tramadol.

Enfoque familiar: la paciente es de otra comunidad autónoma, se encuentra en nuestra provincia por tener un piso en propiedad allí, y haber acudido para su limpieza y posterior alquiler.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial: reacción a tramadol. El diagnóstico diferencial se planteó ante la focalidad neurológica, con un accidente cerebrovascular.

Tratamiento: con el tratamiento establecido, la paciente evolucionó favorablemente, procediéndose a su alta con la indicación de evitar la ingesta de tramadol.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): aunque reacciones al tramadol de este tipo son descritas en su ficha técnica como "de vez en cuando entorpecimiento de la consciencia: somnolencia" o "muy raramente debilidad muscular o disminución de la percepción sensorial y de la capacidad cognitiva", debemos tenerlas en cuenta puesto que constituye una de nuestras principales armas terapéuticas para el manejo del dolor.

Siempre hay que advertir a los pacientes de este posible hecho, sobre todo en aquellos que lo toman por primera vez, y realizar seguimiento del tratamiento que hemos instaurado para comprobar el efecto obtenido.

Palabras clave: Syncope, Tramadol, Drug-Related Side Effects and Adverse Reactions.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Un dolor abdominal poco común

Jiménez González EM[a1], Garrido Moyano F[2], Lorca Arco AM[a3]

[1] MIR 3er año de MFyC. CS La Chana. Granada
[2] MIR 3er año de MFyC. CS Almanjayar. Granada
[3] Enfermera. Hospital Alto Guadalquívir. Andújar (Jaén)

Ámbito del caso: fundamentalmente atención primaria.

Motivo de consulta: distensión abdominal. Disnea en actividades habituales. Meteorismo.

Historia Clínica:

Antecedentes personales: obesidad.

Anamnesis: hombre de 50 años que acude a la consulta por sensación de plenitud e hinchazón de predominio abdominal. Abundante meteorismo con dificultad para expulsión de gases. Disnea en actividades habituales de un mes de evolución.

Exploración: destaca un abdomen globuloso (perímetro abdominal 112 cm), depresible a la palpación, con ruidos intestinales conservados. Resto sin hallazgos.

Enfoque familiar y comunitario: paciente divorciado desde hace 9 años, en la actualidad vive solo. Al indagar en la historia destaca que el paciente ha acudido durante más de un año en varias ocasiones por dolores abdominales. Los achacaba a su consumo alto de alcohol, consistente en 4-5 destilados diarios, más consumo diario de cerveza o vino de 20 años de duración. También fumador de unos 20 cig/dia.

Se solicita analítica y se indica evitar tóxicos.

Ante analítica normal, y persistencia de sintomatología a pesar de abstinencia alcohólica, se teme sobre algún tipo de proceso pancreático dados sus antecendentes tóxicos.

Se realiza ecografía abdominal en el centro de salud: destaca engrosamiento de la grasa de la raíz del mesenterio que adquiere una morfología de empaquetado graso.

Se realiza TAC abdominal que confirma la presencia de una paniculitis mesentérica muy llamativa con aumento de densidad de la grasa peritoneal desde la raíz mesentérica dispersándose por gran parte del peritoneo.

Se instaura tratameinto con corticoterapia y se deriva al paciente a cirugía general. Cuando acude a su cita, ha mejorado considerablemente la sintomatología, por lo que se descarta tratamiento por parte de cirugía y es derivado a digestivo para seguimiento.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): aunque la paniculitis mesénterica es una patologia conocida de larga data (descrita por Jura en 1924 como "mesenteritis retráctil"), dada su escasa incidencia no es tenida en cuanta en nuestro diagnóstico diferencial habitual. Sin embargo, Kuhrmeier observó hallazgos de paniculitis mesentérica en el 1% de sus autopsias realizadas, por lo que ante un dolor abdominal injustificado deberiamos tener presente dicha posibilidad diagnóstica.

Palabras clave: panniculitis peritoneal, abdominal pain, mesenteric paniculitis.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Diagnósticos difíciles ante casos inusuales

Arjona Burgos I[1], Lora Coronado MªP[2], Llamazares Muñoz V[1]

[1] MIR 3er año de MFyC. CS Fuensanta. Córdoba
[2] MIR 4º año de MFyC. CS Bujalance. Córdoba

Ámbito del caso: urgencias de hospital universitario de tercer nivel.

Motivo de consulta: paciente que consulta en varias ocasiones por episodios de mareos que progresivamente se instauran de forma permanente acompañados de náuseas y vómitos así como diplopía binocular de 48horas de evolución sin fiebre asociada.

Historia Clínica: varón de 50 años de nacionalidad rusa que acude a urgencias por mareos, dolor abdominal, náuseas y vómitos sin clara relación con la ingesta así como diplopía binocular de dos días de evolución y sin fiebre asociada. La exploración física es normal salvo la alteración ocular que según refiere el paciente se resuelve durante la entrevista. Ante la sintomatología se solicitan analítica y TAC cráneo sin hallazgos significativos. Se consulta con neurólogo de guardia que decide seguimiento en consultas externas con sospecha de Miastenia Gravis.

A los dos días vuelve a consultar por empeoramiento del cuadro con ptosis palpebral de predominio izquierdo, midriasis, diplopía, debilidad generalizada, disfagia y disnea. Se profundiza en la anamnesis destacando el consumo de conservas enlatadas en días previos.

Tratamiento y planes de actuación. Evolución.

Se comenta el caso con neurólogos e intensivistas y se ingresa en UCI con sospecha clínica de botulismo gastrointestinal, iniciándose tratamiento con antitoxina botulínica trivalente con mejoría progresiva de la ptosis palpebral y mejoría subjetiva de la fuerza muscular.

Se declara la enfermedad a medicina preventiva y se solicita diagnóstico microbiológico mediante suero y heces al centro de referencia microbiológico.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): en muchas ocasiones llegar a un diagnóstico certero se dificulta por la clínica de debut de los pacientes, en este caso la barrera del lenguaje no ayudó en una primera anamnesis y por otro lado la escasa frecuencia del diagnóstico final nos desvió del mismo hacia otros más prevalentes.

El botulismo es una enfermedad poco frecuente en nuestro medio, pero dada la situación socioeconómica que estamos viviendo, no es raro ver déficits alimenticios y consumo de productos en mal estado.

Palabras clave: botulismo, diplopía, ptosis palpebral.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Pacientes con lesiones dérmicas, febrícula, cefalea y malestar general

Sánchez Ramos F[1], Rodríguez Cámara JM[2], Pereña Molina NI[3]

[1] *Médico de familia. CS Ronda Norte. Ronda (Málaga)*
[2] *MIR 4º año de MFyC. CS Ronda Norte. Ronda (Málaga)*
[3] *DUE urgencias. CS Ronda Norte. Ronda (Málaga)*

Ámbito del caso: urgencias atención primaria.

Motivo de consulta: malestar general y febrícula. Cefalea.

Historia Clínica:

Antecedentes personales: HTA, poliartosis, alteraciones depresivas, osteoporosis.

Anamnesis: acude a consulta de atención primaria de urgencias porque según refiere le ha picado un insecto hace mas de una semana, tiene fiebre de hasta 38ºC, cefalea y dolor en MII, ha acudido en tres ocasiones a urgencias hospitalarias por este mismo motivo, la primera asistencia presentaba edema e inflamación en gemelo izquierdo y fue dada de alta con amoxicilina sin analítica de sangre, al no mejorar y aparecer fiebre, acompañado de malestar general y continuar con dolor en MII acudió de nuevo a urgencias hospitalarias siendo diagnosticada de cefalea presentando analítica anodina, no acude a su médico de familia y vuelve a acudir por tercera vez al servicio de urgencias donde creen que son alucinaciones de la paciente derivándola a salud mental con analítica de sangre compatible con proceso infeccioso. No refiere contacto con animales.

Exploración: BEG, COC, BHYP, exploración neurológica sin hallazgos. Se aprecia exantema macular en cara anterior de ambos MMII. Fiebre de 38ºC.

Pruebas complementarias:

Analítica de sangre 2ª asistencia a urgencias hospitalarias con fórmula normal y PCR 18,6. Analítica de sangre de 3ª asistencia hospitalaria: leucocitos dentro de rango de referencia con neutrófilos elevados 80% y PCR 101,6.

Enfoque familiar y comunitario: familia nuclear.

Juicio clínico: fiebre exantemática.

Diagnóstico diferencial: fiebre mediterránea botonosa, infección por rickettsias, enfermedad de Lyme.

Identificación de problemas: no escuchar a la paciente.

Tratamiento y plan de actuación por médico de familia fue Doxiciclina 100 mg cada 12 horas10 días. Observación domiciliaria.

Evolución: favorable, asintomática, la fiebre cedió y las lesiones han desaparecido.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): es importante la realización de una buena anamnesis acompañando como siempre la realización de una exploración adecuada enfocada a la patología motivo de la consulta y saber interpretar los signos y síntomas. No influenciarse por acudir en varias ocasiones por un mismo motivo.

Palabras clave: Insect Bites and Stings, Headache, Exanthema.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Síndrome de Takotsubo en paciente con dolor de características isquémicas

López Ocaña FM, Pérez Bernal R, Pérez Mena S

Médico de Familia. CS Estepona Oeste (Málaga)

Ámbito del caso: urgencias de atención primaria y hospitalaria.

Motivo de consulta: dolor centrotorácico opresivo.

Historia Clínica:

Enfoque individual: mujer, 40 años. HTA y síndrome depresivo en tratamiento con enalapril 20 mg y fluoxetina 20 mg, fumadora. Acude por dolor centrotorácico opresivo irradiado a epigastrio, de unas 5 horas de evolución. Exploración: hiperventilación y llanto. Auscultación cardiorrespiratoria: rítmica y regular, sin soplos ni roces en los 4 focos. Murmullo vesicular conservado. Abdomen doloroso en epigastrio con resto exploración normal. Pulsos periféricos simétricos y conservados. Pruebas complementarias: afebril, TAS 200, TAD 140, SatO2 100%, FC 115 lpm, glucemia 105 mg/dl. ECG (inicial): ritmo sinusal a 120 lpm, sin alteraciones de repolarización agudas.

Enfoque familiar y comunitario: reconoce problemas con su pareja.

Juicio clínico: emergencia hipertensiva y fuerte crisis de ansiedad.

Tratamiento y planes de actuación: inicialmente captopril 25 mg y diazepam 10 mg sublinguales, así como perfusión de nitroglicerina intravenosa. Traslado medicalizado al Hospital Costa del Sol.

Evolución: durante el traslado sufre empeoramiento del dolor epigástrico. Al repetir ECG, se objetiva elevación del ST en territorio inferior y anterior, por lo que precisa aumentar perfusión de nitroglicerina y añadir cloruro mórfico. Tras unos minutos el dolor mejora y al repetir el ECG se aprecia normalización del ST. Ingresa en el cuarto de críticos del Hospital donde se solicita analítica completa con seriación enzimática. La primera determinación de troponina I es de 1.28, por lo que ingresa en UCI. Se realiza coronariografía, siendo el resultado normal y ecocardiografía, donde se objetiva una disquinesia apical. Tras ingreso en planta, es dada de alta con diagnóstico de disquinesia apical transitoria (síndrome de Takotsubo), con ECG al alta con isquemia subepicárdica universal.

Como tratamiento recomiendan bisoprolol 2.5 mgs, ramipril 5 mgrs, clorazepato dipotásico 10 mgrs y fluoxetina 20 mgrs.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): la miocardiopatía de Takotsubo o síndrome del corazón roto es una miocardiopatía no isquémica en la que hay un debilitamiento temporal del miocardio, que puede ser desencadenado por estrés emocional. Puede presentarse inicialmente como dolor torácico con alteración del ST. Más frecuente en mujeres postmenopaúsicas. La función ventricular izquierda suele mejorar en los siguientes 2 meses.

Palabras clave: miocardiopatía, Takotsubo, corazón roto.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Hematoma de pared abdominal por tos en paciente anticoagulado

Rodríguez Cámara JM, Valle Torres S, Aguilar Bueno P

MIR 4ª año de MFyC. CS Ronda Norte. Ronda (Málaga)

Ámbito del caso: urgencias hospitalarias.

Motivo de consulta: dolor en hipogastrio.

Historia Clínica:

Antecedentes personales: FA paroxística anticoagulada con sintrom, HTA, DM tipo 2, C. Isquémica, Hipotiroidismo, IR crónica, dislipemia.

Anamnesis: paciente que acude por dolor en hipogastrio que aumenta con la movilización y la tos, refiere episodio de catarro con mucha tos hace 4 días, apenas tiene tos.

Exploración: BEG, COC, BHYP, eupneica, hemodinámicamente estable, tolera decúbito. Neurológico sin hallazgos. ACR: tonos arrítmicos no soplos, ventila en ambos campos con roncus gruesos diseminados en ambos campos pulmonares. Abdomen blando y depresible, hernia umbilical no incarcerada, dolor a palpación en región suprapúbica con importante hematoma y masa subyacente que impresiona de hematoma de pared abdominal, no signos de irritación peritoneal, Murphy negativo, Blumberg negativo, PPRN bilateral, RHA presentes. MMII sin edemas.

Pruebas complementarias:

Analítica de sangre: serie roja, blanca y plaquetas en los límites de la normalidad. INR 3.1, TPA 50.9, glucosa 119 mg/dl, Cr 1.51, MDRD 35, Sodio 146, Potasio 4,02, Cloruro 106, PCR 54,4.

Ecografía abdominal que se completa con Tc sin contraste de abdomen apreciándose hematoma en músculo recto anterior derecho de abdomen de aproximadamente 12 x 9 x 4 cm y edema del tejido celular subcutáneo.

Enfoque familiar y comunitario: familia nuclear con nido vacío.

Juicio clínico: hematoma de músculo recto anterior derecho secundario a contracciones de la pared abdominal producidas por la tos y toma de anticoagulantes.

Diagnóstico diferencial: hematoma de pared abdominal, traumatismo, hernia umbilical incarcerada, masa abdominal.

Identificación de problemas: Tos en paciente anticoagulado.

Tratamiento y plan de actuación: según hematología suspender sintrom 24 horas, después pauta habitual. Observación domiciliaria y seguimiento por médico de familia.

Evolución: favorable, reabsorbiéndose completamente el hematoma y actualmente se encuentra asintomática.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): es importante prestar especial atención a los pacientes anticoagulados y mantener su INR en rango óptimo para evitar que ante cualquier pequeño esfuerzo cotidiano puedan surguir complicaciones debido a la toma de anticoagulantes.

Palabras clave: Hematoma, Anticoagulants, Cough.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Ictus. ¡Una carrera contra el reloj!

Ruiz Rodríguez MA[1], Junco Fernández A[1], Fernández Carmona C[2]

[1] *Médico de Familia. CS Santa Fe (Granada)*

[2] *Enfermera de Atención Primaria. CS Santa Fe (Granada)*

Ámbito del caso: urgencias extrahospitalarias. ZBS Rural.

Motivo de consulta: 1º Mareo, 2º Código Ictus.

Historia Clínica: varón de 80 años, independiente para actividades básicas de la vida diaria (ABVD). Antecedentes de fibrilación auricular. En tratamiento con Sintrom, Carvedilol y Furosemida. Sus familiares refieren mareo mal definido, desde hace una hora (12:00h). No puede andar bien por el mareo y parece no mover la pierna derecha. Han avisado a su médico de atención primaria, quien contacta con el centro coordinador de urgencias y emergencias (CCUE) para activación del código ictus y del dispositivo de cuidados críticos y urgencias (DCCU).

Activación del DCCU a las 13:01h. Llegada al domicilio a las 13:13.
Paciente con sensación de enfermedad, normohidratado y perfundido con buena coloración mucocutánea, colaborador con dificultad para hablar.

ACR: bradicárdico, rítmico sin soplos. MVC sin ruidos patológicos.

Desviación de comisura bucal a la izquierda, y paresia completa de miembros derechos. Habla incomprensible.

Abdomen blando sin dolor a la palpación, signos de irritación peritoneal ni visceromegalias.

Miembros inferiores sin edemas ni signos de TVP y pulsos simétricos.

T.A.: 80/50mmHg; FC: 44 l.p.m.; Sat.O2:88%; Tª:36ºC; Glucemia: 188mg/dl; Glasgow: 12.

ECG: bradicardia sinusal, eje normal, bloqueo aurículo-ventricular 1er grado.

Juicio Clínico: Accidente Cerebro-Vascular Agudo (ACVA).

Tratamiento: monitorización, vía venosa periférica, perfusión de suero fisiológico, insulina rápida 10 UI s.c., O2 1 lpm. Activación a través del CCUE del código ictus.

Llegada al hospital y trasmisión del paciente a las 13:58h.

Evolución: realizadas pruebas complementarias y de imagen se confirma ictus isquémico. Se realizó trombolisis con resultado satisfactorio.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): ante el ictus, disponemos de una valiosa herramienta como la trombolisis, siendo el principal enemigo la demora en los tiempos para realizarla. Algunas medidas para evitar retrasos serían:

1. Educación poblacional, para ayudar a identificar el ictus y valorarlo con la gravedad que precisa.

2. Valoración sistemática del paciente: objetivar alteración del habla, debilidad facial y/o de algún miembro (escala Cincinatti); considerar enfermedades previas, tratamiento actual y calidad de vida con dependencia o no para las ABVD (escala Rankiin modificada); sin retrasar el traslado, realizar exploración neurológica que aporte más información sobre la lesión y el diagnóstico (escala NIHSS).

3. Disponer de un CCUE para una adecuada coordinación de los servicios hospitalarios y extrahospitalarios que participan en el proceso.

Palabras clave: Stroke, Thrombolysis, Emergency.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Influencia biopsicosocial en la hipertensión arterial (HTA)

Alcántara Armenteros S[1], Ruiz Granada MªD[2], Gallardo Barranco S[3]

[1] *MIR 3er año de MFyC. CS Alameda-Perchel. Málaga*
[2] *MIR 1er año de MFyC. CS Alameda-Perchel. Málaga*
[3] *MIR 4º año de MFyC. CS Alameda-Perchel. Málaga*

Ámbito del caso: centro de salud urbano.

Motivo de consulta: mal control de HTA.

Historia Clínica: varón hipertenso de 68 años, español, con antecedentes de IAM anteroseptal en 1992 y en 2012, éste con parada cardiorrespiratoria (PCR), realizada angioplastia en ambas situaciones. En tratamiento con dieta, ejercicio moderado, aspirina 100 mg, clopidogrel 75 mg, omeprazol 20 mg, mononitrato de isosorbide retard 50 mg, nevibolol 5 mg, ramipril 5 mg, nitroglicerina sublingual si dolor torácico. Su padre falleció súbitamente a los 50 años y su madre murió a los 90 años.

Presenta cifras de PA entre 190-160/100-90 mmHg acompañadas de mareo, cefalea y naúseas de predominio nocturno, precisando en varias ocasiones atención en urgencias.

Exploración física: PA de 160/80 mmHg, frecuencia cardiaca de 55 latidos por minuto, la auscultación es rítmica con un soplo protosistólico apical y murmullo vesicular conservado; siendo el resto de la exploración normal (cuello, abdomen, fondo de ojo y neurológica). En el electrocardiograma destacan signos de necrosis en las derivaciones correspondientes al septo y al ápex. Analítica de sangre y orina sin hallazgos patológicos.

Valoración social: presenta una buena situación económica, está jubilado, vive solo, tiene cuatros hermanos que viven en otra ciudad. Como soporte cuenta con el apoyo de sus amigos y el servicio de teleasistencia.

Se pautó tratamiento asociando un diurético y se derivó a medicina interna y cardiología para descartar HTA secundaria (enfermedad renal, síndrome metabólico, aldosteronismo primario, feocromocitoma, síndrome de Cushing…) Se le practicó ecocardiograma y pruebas analíticas descartando estas posibilidades.

Tras el estudio, se abordaron aspectos de tipo psicológico detectando en el paciente miedo a que se repitiera la PCR, y más aún que ocurriera de noche en su domicilio, circunstancia en la que siempre estaba solo. Tras abordar este problema, se pautó una benzodiacepina de vida media intermedia cada 12h y enseñanza de técnicas de relajación mediante la realización de talleres, controlándose la HTA.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): es fundamental el abordaje biopsicosocial y realizar una atención centrada en el paciente.

Palabras clave: Primary Health Care, hypertension, mental health.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Eritema polimorfo en MII

Rodríguez Cámara JM, Valle Torres S, Aguilar Bueno P

MIR 4º año de MFyC. CS Ronda Norte. Ronda (Málaga)

Ámbito del caso: urgencias atención primaria.

Motivo de consulta: lesiones dérmicas pruriginosas.

Historia Clínica:

Antecedentes personales: migraña, rinitis alérgica.

Anamnesis: paciente que acude al servicio de urgencias de AP por presentar desde la mañana varias lesiones dérmicas pruringinosas en MII, no refiere picaduras, ni contacto con animales o estancia en el campo.

Exploración: lesiones maculo-papulas eritematosas bien delimitadas formando placas de pequeño tamaño infiltradas, que no desaparecen a la vitropresión, muy pruringinosas con dermografismo negativo en cara interna de gemelo izquierdo.

Pruebas complementarias:

Biopsia de piel con punch de 0,4 mm: intensa inflamación linfocitaria perivascular en dermis sin afectación epidérmica con gran cantidad de eosinófilos de predominio intersticial compatible con reacción a veneno de artrópodos.

Enfoque familiar y comunitario: soltera, vive sola.

Juicio clínico: reacción dérmica a distancia a veneno de artrópodo.

Diagnóstico diferencial: eritema polimorfo, liquen plano, morfea en placas.

Identificación de problemas: lesiones difíciles de identificar.

Tratamiento y plan de actuación: prednicarbato tópico una aplicación cada 12 horas durante 10 días, prednisona 30 mg en dosis decreciente durante 15 días.

Evolución: actualmente muy favorable, asintomática y sin ninguna lesión.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): el veneno de los artrópodos puede provocar reacciones dérmicas polimorfas a distancia de difícil diagnostico que debemos de tener en cuenta sobre todo en época estival.

Palabras clave: Dermatitis, Arthropods, Venoms.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Manejo del déficit de vitamina B12 en paciente joven en atención primaria

Campuzano Toresano J[1], Sánchez Castro B[2], Leseduarte Romera M[1]

[1] MIR 1er año de MFyC. CS Alborán. Almería

[2] MIR 1er año de MFyC. CS Bajo Andarax Viator (Almería)

Ámbito del caso: atencion primaria.

Motivo de consulta: paciente varón de 36 años que acude a consulta por caída del cabello en zona occipital.

Historia Clínica: a la exploración se observan 3 claros alopécicos en región occipital con folículos en la base y sin eritema. Se le realizo una analítica en la que se objetivó un déficit moderado de vitamina B12 y se inicio tratamiento con vitamina B12 intramuscular. El paciente no tenía antecedentes personales ni familiares de enfermedades digestivas. A los 6 meses presentaba una mejoría significativa de la alopecia y se habían normalizado los niveles de B12 retirándose el tratamiento. Al año en una revisión se volvió a objetivar un déficit de B12 y se instauro de nuevo el tratamiento con B12 inyectable durante un mes; se le cito a los 6 meses para revisión donde se observo una normalización de los niveles de B12. En la actualidad continua con tratamiento mensual intramuscular y sin sintomatología.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): se estima que la deficiencia de vitamina B12 afecta del 10% al 15% de los individuos sobre los 60 años, siendo menos frecuente en paciente joven. La absorción de la vitamina B12 desde los alimentos requiere del funcionamiento normal del estómago, páncreas e intestino delgado. Entre las principales causas del déficit destacan la insuficiencia dietética, anemia perniciosa, sobrecrecimiento bacteriano, enfermedad inflamatoria intestinal e insuficiencia pancreática. En el caso tenemos a un paciente joven con déficit de B12 sintomático que recurre al retirar el tratamiento lo que sugiere una patología de base causante del déficit Identificar la causa de este déficit ya requeriría un estudio mas complejo en otras especialidades; pero desde atención primaria podemos realizar el diagnostico, instaurar el tratamiento y controlar la enfermedad. En cuanto al tratamiento destacar la elección de la pauta intramuscular ya que en el paciente joven son mas frecuentes las causas por malabsorción de vitamina B12 y de esta manera aseguramos una correcta suplementación vitamínica. La pauta oral es igualmente efectiva en casos de insuficiente ingesta mas frecuentes en pacientes ancianos.

Palabras clave: vitamin, deficiency, treatment.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Fiebre Q como diagnóstico en una paciente que consulta por síndrome febril en urgencias de atención primaria

López Ocaña FM, Pérez Mena S, Pérez Bernal R

Médico de Familia. CS Estepona Oeste (Málaga)

Ámbito del caso: urgencias de atención primaria y hospitalaria.

Motivo de consulta: fiebre.

Historia Clínica:

Enfoque individual: mujer, 65 años, niega alergias. DM tipo 2, dislipemia, cardiopatía isquémica, asma bronquial, colecistectomía e histerectomía total. Tratamiento: ibravadina 5 mg, alprazolam 250 mcg, aas 150 mg, candesartan 16 mg, rosuvastatina 20 mg, atenolol 50 mg, omeprazol 20 mg e insulina.

Consulta por malestar general, astenia, mialgias, cefalea y fiebre alta desde hace 4 días. No tiene animales. Niega picaduras, viajes, salidas al campo ni consumo de lácteos sin pasteurizar. Exploración: piel y mucosas normales. No adenopatías. No sudoración. Neurológico y ORL normales. Auscultación cardiorrespiratoria: rítmica y regular, sin soplos ni roces en los 4 focos. Murmullo vesicular conservado. Abdomen anodino. MMII normales, con pulsos periféricos simétricos y conservados. Pruebas complementarias: Tª 37.5 ºC, TAS 130, TAD 80, SatO2 100%, FC 100 lpm, glucemia 140 mg/dl. Combur test normal.

Juicio clínico: fiebre sin foco.

Tratamiento y planes de actuación: antitérmicos y revisión por su médico.

Evolución: por no mejoría acude nuevamente a urgencias, solicitándose radiografía de tórax y abdomen simple, analítica con hemograma, vsg, pcr, perfil hepático, hormonas tiroideas, serología y urocultivo, iniciando tratamiento empírico con amoxicilina-ácido clavulánico. Las pruebas de imagen son normales, destacando analíticamente una vsg de 69, got 64, gpt 88 y pcr 176. Por persistir la sintomatología acude a urgencias hospitalarias ingresando en medicina interna para estudio. Se cursan hemocultivos, nuevo urocultivo y analítica con serología más completa, detectándose una Ig M positiva a Coxiella burnetti, diagnosticándose de Fiebre Q. Se instaura tratamiento con doxiciclina durante 2 semanas, cediendo la fiebre. La paciente reconoce posteriormente que olvidó decir que estuvo en el campo viendo unos borregos recién paridos.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): la fiebre Q es una zoonosis producida por Coxiella burnetii. Se transmite al hombre principalmente a través de aerosoles generados a partir de los productos del parto de vacas y otros animales. Clínicamente cursa con síndrome febril agudo, acompañado de neumonitis y hepatitis. También puede presentarse de forma crónica como endocarditis. El diagnóstico es serológico. La forma aguda responde bien a tetraciclinas, pero la endocarditis es de pronóstico malo.

Palabras clave: zoonosis, fiebre Q, endocarditis.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Distrofia miotónica de Steinert: consejo genético

Campuzano Toresano J[1], Sánchez Castro B[2], Leseduarte Romera M[3]

[1] MIR 1er año de MFyC. CS Alboran. Almería

[2] MIR 1er año de MFyC. CS Bajo Andarax, Viator (Almería)

[3] MIR 1er año de MFyC. CS Virgen del Mar. Almería

Ámbito del caso: mixto.

Motivo de consulta: varón de 20 años que presenta desde hace dos años tirantez en muñecas, cuello y rodilla, que aumenta con mínimos esfuerzos y sin presentar cansancio.

Historia Clínica: se le realizo una analítica con los siguientes hallazgos: titulo ASLO 13, factor reumatoide 6,3 y VSG 7. Se le derivo a neurología para valoración En una nueva exploración presentaba características fenotípicas de DMM y fenómeno miotónico en musculatura facial y miembros superiores. Se le realizo un estudio neurofisiológico que confirmo el diagnostico de DMM. Se inicio tratamiento con fenitoina 100mg y carnicor; y se le realizo un estudio genético El estudio genético confirmo la existencia de un alelo mutado con expansión de mas de 50 tripletes CGT confirmando el diagnostico de DMM. Se le cito para revisión cada 6 meses en neurología, cardiología y oftalmología. El paciente tiene dos hermanas a las que se les realizo un estudio genético confirmándose en ambas DMM.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): la enfermedad de Steinert o distrofia muscular miotónica (DMM) es autosómica dominante, con penetrancia completa y fenómeno de anticipación. La prevalencia es de 5 casos por 100 000 personas siendo la enfermedad neuromuscular mas frecuente del adulto. La mutación consiste en un fragmento de ADN repetitivo en el gen 19q13,3. El consejo genético evalúa el riesgo de transmitir una enfermedad genética y ayuda a adoptar la conducta más apropiada. Desde la localización del gen de la DMM, se puede detectar directamente la mutación. De ahí la importancia de su detección precoz y el consejo a éstos pacientes acerca de los riesgos, ya que podremos saber si el paciente es portador, precisar riesgos de transmisión a la generación siguiente e indicar el grado de afectación familiar para diagnóstico prenatal. Daría como recomendación a los médicos de atención primaria que tengan pacientes afectos de DMM que les asesoren desde edades tempranas, ofreciéndoles la posibilidad de detección preclínica en niños de padres afectados, ante síntomas no específicos o individuos aparentemente sanos con un progenitor afectado que quieran tener hijos.

Palabras clave: steinert disease, risk, genetics.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Pérdida de agudeza visual en mujer joven

Padial Baone A[1], Bajo Escudero MªM[2], Torres Rubio A[3]

[1] MIR 4º año de MFyC. CS de Puerto Real (Cádiz)
[2] MIR 3er año de MFyC. CS de Puerto Real (Cádiz)
[3] MIR 2º año de MFyC. CS de Puerto Real (Cádiz)

Ámbito del caso: medicina de familia y atención hospitalaria.

Motivo de consulta: pérdida de agudeza visual en ojo izquierdo.

Historia Clínica:

Enfoque individual: antecedentes personales, anamnesis, exploración, pruebas complementarias.

Antecedentes personales: meningismo 1988, asma y amigmdalectomia 2001.

Anamnesis: mujer de 30 años que acude a la consulta de atención primaria por pérdida de agudeza visual progresiva en ojo izquierdo y fotofobia. Antecedentes de conjuntivitis con adenopatías preauriculares hace 1 mes.

Exploración: pupilas y movimientos extraoculares normales. Movimientos extra oculares. Agudeza visual en ojo izquierdo disminuida. Buena profundidad de cámara anterior. Tyndall negativo. Córnea con infiltrados subepiteliales densos y difusos en toda la córnea. Pigmento conjuntival antiguo nasal inferior.

Enfoque familiar y comunitario: la paciente acude a nuestra consulta, con antecedente de conjuntivitis probablemente por adenovirus hace un mes, su pareja e hija, pacientes de nuestro centro, presentan clínica similar con buena evolución del episodio. Por tanto, se decide derivar a oftalmología por urgencias y, descartar otros procesos compatibles.

Juicio clínico: infiltrados subepiteliales tras conjuntivitis por adenovirus.

Diagnóstico diferencial: uveítis anterior, queratiris, úlcera corneal.

Tratamiento, planes de actuación: ciclosporina 0.5% cada 12h y en seguimiento por oftalmología.

Evolución: recuperación progresiva de la agudeza visual y de la fotofobia.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): la correcta atención desde la consulta de atención primaria, así como el seguimiento del paciente y el conocimiento de la familia nos aporta información muy valiosa, que nos orienta al diagnostico clínico. La coordinación con los servicios hospitalarios, para un diagnostico final es de vital importancia.

Palabras clave: conjuntivitis, adenovirus, Infiltrados subepiteliales.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Doctor, estoy más cansado y fatigado de la cuenta

Guerrero Ayala A[1], Espínola Coll EM[2], Hernández Rodríguez D[3]

[1] MIR 2º año de MFyC. CS Teatinos-Colonia Santa Inés. Málaga

[2] MIR 2º año de MFyC. CS Coín. Málaga

[3] MIR 2º año de MFyC. CS Portada Alta. Málaga

Ámbito del caso: atención primaria.

Motivo de consulta: astenia y disnea grado dos (a grandes esfuerzos) desde hace varios meses.

Historia Clínica: varón de 40 años sin antecedentes personales de interés salvo tabaquismo de 20 años de evolución (consumo acumulado de tabaco 25 paquetes/año) que acude a la consulta de atención primaria por astenia y disnea a grandes esfuerzos desde hace varios meses.

Antecedentes familiares: padre IAM a los 54 años. En el transcurso del caso clínico, el paciente acude de nuevo a la consulta por empeoramiento de su disnea, tos, expectoración verdosa y febrícula.

Exploración: peso 103 kg, talla 191 cm, IMC 28,23, TA: 145/9. Auscultación cardiorespiratoria: murmullo vesicular conservado con roncus y sibilantes bibasales, rítmico sin soplos.

Analítica de sangre: sin alteraciones.

EKG: RS a 85 lpm, PR normal sin alteraciones agudas en la repolarización.

Radiografía de tórax: no condensaciones ni derrames, aumento del refuerzo perihiliar bilateral.

Pulsioximetría: 98%.

Espirometría: FEV1% 68, FVC 104, FEV1 87, Post test broncodilatador FEV1:+3

Juicio clínico: enfermedad pulmonar obstructiva crónica, EPOC leve fenotipo bronquitis crónica no reagudizador.

Diagnostico diferencial: el principal diagnóstico diferencial de esta enfermedad es el asma. Las diferencias principales son que el EPOC se asocia más a edades superiores y existe asociación con el tabaquismo, mientras que el asma aparece a cualquier edad, son frecuentes los antecedentes familiares así como los personales (rinitis, atopia…). Otro diagnóstico diferencial fundamental es la insuficiencia cardíaca, en ese caso en la espirometría existiría un patrón de restricción de volumen y no de limitación del flujo aéreo.

Tratamiento: se comienza en este caso con un broncodilatador de acción corta a demanda.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): es fundamental no subestimar ningún síntoma del paciente, ya que en este caso llegamos al diagnóstico a través de la disnea. El diagnóstico de EPOC de forma precoz desde atención primaria es fundamental, ya que permite realizar una intervención temprana sobre el tabaquismo, abordar el resto de comorbilidades y en definitiva mejorar la calidad de vida del paciente.

Palabras clave: dypsnoea, COPD.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Correcta atención al paciente con epigastralgia

Padial Baone A[1], Rivas Roman A[2], Pascual Suaza C[2]

[1] *MIR 4º año de MFyC. CS Puerto Real (Cádiz)*
[2] *MIR 3er año de MFyC. CS Puerto Real (Cádiz)*

Ámbito del caso: servicio de urgencias y centro de salud.

Motivo de consulta: el paciente acude a urgencias tras síncope con relajación de esfínteres.

Historia Clínica:

Enfoque individual:

Antecedentes personales: HTA, cólicos nefríticos de repetición, migraña. Intervenido en varias ocasiones por cornadas.

Anamnesis: varón, 42 años, acude al servicio de Urgencias por síncope con perdida de conciencia acompañado de relajación de esfínteres. Diez días antes acudió a su centro de salud por cuadro similar, recuperandose totalmente y cursándose analítica y sangre oculta en heces. El paciente refiere episodios de epigastralgia con posteriores deposiciones melénicas y pérdida de 10 kg de peso desde hace un año, habiendo acudido por estos motivos a su médico en varias ocasiones.

Tratamiento habitual con antihipertensivos y ácido acetilsalicílico como analgésico.

Exploración: buen estado general, palidez mucocutánea. Exploración por aparatos y sistemas sin alteraciones.

Pruebas complementarias: analítica completa, sangre oculta en heces, EKG, Rx, endoscopia oral.

Enfoque familiar y comunitario: el paciente es recibido en el SCCU donde se realiza una primera analítica en la que se detecta 7,7 Hb. Rx de tórax normal. TA: 119/83 FC: 59lpm. Tacto rectal sin restos hemáticos. Control analítico seis horas después de 6,8 g de hemoglobina, decidiendose transfusión de dos concetrados de hematíes y solicitandose endoscopia oral de urgencias, diagnosticandosen lesión péptica aguda a nivel de cisura angularis y otra pequeña en antro pilorico. Se procede a cursar ingreso en servicio de digestivo.

Diagnóstico diferencial: neoplasia digestiva, ulcera digestiva, enfermedad inflamatoria intestinal.

Juicio clínico: hemorragia digestiva alta. Lesion péptica aguda a nivel de la cisura angularis de 10mm y fondo cubierto de fibrina blanquecina. En antro lesion pequeña lineal. Píloro permeable. Bulbo duodenal edematoso.

Tratamiento, planes de actuación: Omeprazol 40mg diario y retirada de AINEs.

Evolución: buena evolución sin necesidad de más intervenciones ni de transfusiones sanguíneas. Cumplimiento correcto de su tratamiento.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): la aplicabilidad de este caso para la medicina familiar se basa en la importancia de un correcto diagnóstico diferencial y seguimiento de nuestros pacientes tanto en atención primaria como en el servicio de urgencias.

Un correcto seguimiento y atención de nuestro paciente al inicio de síntomas podría haber evitado la asistencia en urgencias.

Palabras clave: epigastralgia, melena, hemorragia digestiva alta.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

El escondite de la TBC

Ávila Ruiz G, Pérez Díaz C, Martín Álvarez M

MIR 1er año de MFyC. CS Plaza de Toros. Almería

Ámbito del caso: atención primaria y medicina interna.

Motivo de consulta: varón de 43 años africano, acude por lumbalgia de cuatro meses de evolución.

Historia Clínica:

AP: NAMC.Talasemia.

Exploración: BEG, CyO, Eupneico.

ACR: rítmico, sin soplos, mvc, no ruidos patológicos.

Abdomen: Blando y depresible, no masas ni megalias, ruidos hidroaereos conservados.

ORL: normal.

MMII: no edemas, no signos de TVP, ni isquemia. Ex. neurológica: Sin hallazgos, no alteraciones de la fuerza ni de la sensibilidad en mmss ni mmii.

Columna: Flexo-extensión dolorosa, lordosis cervical y lumbar. Estabilidad ortostática. Lasègue y Bragard NEG. ROT conservados. Dolorosa a la palpación lumbar.

Pruebas complementarias:

Rx columna: rectificación. Analítica: reactantes de fase aguda negativo, serología negativo, HLA-B7 negativo. Mantoux negativo.

Plan: Se diagnostica de lordosis cervical y lumbar, en tratamiento con analgésicos. Tras dos años de múltiples consultas se le repite el mantoux que se positiviza, rx torax normal y se deriva a medicina interna .RMN con imagen lítica en D1, L1 y L2. Se realiza exudado diagnosticando de absceso en Psoas: Mal de Pott.

TTo: Isoniazida+ Rifampicina + Piracinamida + Etambutol durante 9 meses.

Evolución: Paciente asintomático. En revisión por su MAP tras alta en M.I.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): 9 millones de casos al año en el mundo, 30 casos/100.000 en España.La inmunodepresión es el principal factor de riesgo, pero existen otros factores de riesgo: Infección reciente, edades extremas, lesiones fibróticas anteriores, comorbilidades (VIH, IRC, DM...), ADVP, alteraciones hematológicas, inmigrante de países más prevalentes y sanitarios.

La dificultad del diagnóstico radica en una TBC sin afectación pulmonar, con mantoux falso negativo, pruebas complementarias normales. La localización de columna vertebral es la 2ª en frecuencia.

Gran importancia para el médico de familia por la demora en la mejoría del paciente tras múltiples consultas en una enfermedad prevalente.

Ante una lumbalgia crónica en un paciente con factores de riesgo, aun con la rx normal y mantoux negativo debe descartarse TBC con un estudio microbiológico y RMN lumbar además deque se podría actuar con tratamiento empírico tuberculoso.

Palabras clave: tuberculosis, mal de Pott, tratamiento empírico, factores de riesgo.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

La importancia de una correcta anamnesis y exploración clínica

Padial Baone A[1], Pascual Suaza C[2], Rivas Roman A[2]

[1] MIR 4º año de MFyC. CS Puerto Real (Cádiz)
[2] MIR 3er año de MIR. CS Puerto Real (Cádiz)

Ámbito del caso: centro de salud. Servicio de urgencias.

Motivo de consulta: la paciente acude a urgencias por dolor en costado derecho súbito.

Historia Clínica:

Enfoque individual: antecedentes personales: alergias: diclofenaco y buscapina. Cervicalgia. Neumotórax hace un año. Exfumadora hace un año.

Anamnesis: mujer de 34 años que acude al SCCU por dolor en costado derecho súbito que comenzó de madrugada con cortejo vegetativo y sin clínica respiratoria acompañante. La paciente acude a su centro de salud 48 horas antes por el mismo motivo, le prescriben analgésicos sin mejoría.

Durante su estancia en urgencias comienza con dolor abdominal en hemiabdomen inferior.

Exploración inicial: COC, BEG. Normocoloreada. Movimientos respiratorios normales sin tiraje ni asimetrías.

ACP: anodina.

Dolor a la palpación de zona clavicular y acromioclavicular.

Exploración tras el inicio del dolor abdominal: mal estado general, Taquicárdica, frialdad distal, abdomen en tabla. ACP: normal salvo la taquicardia.

Pruebas complementarias: analítica completa (H, B, C, gasometría venosa), EKG. Rx de tórax. Ecografía y TAC abdominal.

Enfoque familiar y comunitario: esta paciente en un primer momento dirigiríamos la historia hacia un enfoque cardiopulmonar u osteomuscular, sin encauzarlo hacia un abdomen agudo como finalmente presentó.

Resaltamos la importancia de realizar una anamnesis y exploración adecuada por aparatos, tratando al paciente globalmente.

Rx de tórax y abdomen normales.

Analítica: PCR: 3,1. Leucocitos 34.000, neutrofilia del 95%. Enzimas cardíacas normales. Dímero D: 3,94. Gasometría normal.

SatO2 100%

Diagnóstico diferencial: tromboembolismo pulmonar, síndrome coronario agudo, neumotórax, dolor osteomuscular. Abdomen agudo: peritonitis, perforación gastroduodenal.

Juicio clínico: peritonitis generalizada. Perforación pilórica de aproximadamente 15mm.

Tratamiento, planes de actuación: laparotomía exploradora, lavado de la cavidad, epipoplastia. Se coloca drenaje en FII en Douglas. Antibioterapia. Omeprazol 40mg/ día, retirada de AINEs.

Evolución: buena evolución de la paciente tras tratamiento quirúrgico. Sin nuevos episodios hasta el momento.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): 2 conclusiones en este caso:

SCCU: debemos tratar al paciente como un conjunto y no como un síntoma, no nos podemos dejar llevar por la falta de tiempo en este servicio, es necesario realizar exploración completa por aparatos.

Atención primaria: tener siempre en mente los efectos adversos de los fármacos, realizando balance riesgo/beneficio de lo que prescribimos, si no estamos seguros, revisar al paciente en cortos intervalos de tiempo.

Palabras clave: dolor abdominal, perforación pilórica, abdomen agudo.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Enfermedad de Addison. A propósito de un caso

Fuentes García V

MIR 4º año de MFyC. CS Salvador Caballero. Granada

Ámbito del caso: atención primaria y endocrinología.

Motivo de consulta: Astenia e Hiperpigmentación.

Historia Clínica:

Antecedentes personales: depresión desde hace 2 años en tratamiento con diferentes ansiolíticos y antidepresivos. Amenorrea a los 30 años de edad.

Anamnesis: mujer de 50 años que acude a consulta por astenia e hiperpigmentación facial y en pliegues mamarios e inguinales desde hace unos meses. Además, refiere malestar abdominal difuso, con algún vómito aislado y episodio diarreico sin productos patológicos. Ha perdido 7 kg de peso en los últimos 4 meses.

Exploración: aspecto terroso de la piel, hiperpigmentación de pliegues y flexuras, hábito asténico, eupneica en reposo con frecuencia cardíaca (FC) de 60 lpm. Tensión arterial: 90/50mmHg. Auscultación cardio-pulmonar normal, abdomen anodino y miembros inferiores sin edemas.

Pruebas complementarias:

Analítica: 10.000 leucocitos con fórmula normal, hemoglobina 11.5 g/dl, hematocrito 30%, glucosa 60mg/dl, sodio 125 mmol/L, potasio 5.5mmol/L. Transaminasas normales, bilirrubina total 0.5mg/dl.VSG 1ª hora: 70nm. TSH 4UI/ml. Cortisol basal 1 mcg/dl, ACTH 200 pg/ml.

ECG: ritmo sinusal con FC a 60 por minuto, eje normal y bajo voltaje.

Radiografía de Tórax y abdomen normales.

Juicio clínico: enfermedad de Addison.

Diagnóstico diferencial: dada la presentación inespecífica y larga evolución de los síntomas iniciales el diagnóstico diferencial abarca una amplia sintomatología como puede ser una causa de insuficiencia adrenocortical secundaria o terciaria, depresión, anorexia nerviosa, enfermedad celíaca, deficiencias nutricionales severas, miopatías, neurofibromatosis, síndrome de secreción inadecuada de ADH (SIADH) o porfiria cutánea tarda.

Tratamiento: hidrocortisona 20mg diarios, 2/3 por la mañana y 1/3 por la tarde y fludrocortisona 0.1mg al día.

Evolución: la paciente se deriva a Endocrinología, donde se realiza un TC de abdomen, en el cual se observa que las glándulas suprarrenales son casi inapreciables por su pequeño volumen. No calcificaciones que sugieran secuelas inflamatorias o hemorrágicas. Solicitan anticuerpos anti cápsula suprarrenal que son negativos. En nueva analítica persiste elevación mantenida de ACTH, tras 3 días de estimulación y respuesta negativa al cortisol.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): destaca la importancia del médico de familia en el enfoque inicial de esta patología que presenta síntomas inespecíficos.

Palabras clave: adrenal insufficiency, glucocorticoids, mineralcorticoids.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Cáncer de mama en el varón y otros diagnósticos a tener en cuenta

García Peña AI[1], Rodríguez García M[2]

[1] MIR 4º año de MFyC. CS Don Paulino García Donas. Alcalá de Guadaíra (Sevilla)

[2] Médico de familia. CS Don Julio Borreguero. El Coronil (Sevilla)

Ámbito del caso: atención primaria.

Motivo de consulta: nódulo mamario.

Historia Clínica:

Enfoque individual: varón, 67 años, consulta por nódulo mamario indoloro de años de evolución. Derivado a cirugía, diagnostican (tras mamografía y punción aspiración aguja fina) carcinoma de mama ductal infiltrante, practicándose mastectomía izquierda y linfadenectomía axilar izquierda. Entre sus antecedentes personales destacan: bebedor importante desde 2004, su médico de familia (MF) ofertó tratamiento de deshabituación que rechazó; en 2009 consultó en urgencias de su centro de salud por nódulo mamario, fue atendido por un médico distinto al suyo que inició tratamiento antibiótico tras diagnosticar absceso, y le indica que debe acudir a su MF.

Enfoque familiar-comunitario: estamos ante un paciente sin unidad familiar (divorciado, vive solo, un hijo que lo visita ocasionalmente) y red social escasa (desempleado, su única actividad es ir al bar), lo cual juega un papel importante en la evolución de su enfermedad (falta de adherencia, despreocupación por sus síntomas-no consulta en años-, alcoholismo…).

Juicio clínico: cáncer ductal infiltrante mama izquierda; alcoholismo; déficit cognitivo a filiar.

Diagnóstico diferencial: patología benigna mamaria (absceso).

Identificación de problemas: baja sospecha cáncer de mama masculino; dificultad para seguimiento en pacientes con problemática social; comunicación entre profesionales de atención primaria.

Tratamiento: quirúrgico, quimioterapia (QT), radioterapia (RT), tamoxifeno, vitamina B12, sertralina, lorazepam.

Planes de actuación: seguimiento oncología; búsqueda de recursos junto con trabajadora social; derivación centro desintoxicación.

Evolución: seguimiento por oncología. Recibió 4 ciclos de QT adyuvante así como RT sobre pared costal, actualmente en tratamiento hormonal adyuvante con tamoxifeno, sin evidencia de enfermedad en las sucesivas visitas.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): a pesar de la baja incidencia del cáncer de mama en el varón (<1%), esta no es desdeñable, y es importante considerar este diagnóstico dadas sus repercusiones. Asimismo, destacar la importancia de la comunicación entre profesionales, cuando detectamos algún caso en urgencias que precise seguimiento y sospechemos que no es cumplidor. Si este caso se hubiera comunicado a su MF, podríamos quizás haber garantizado un diagnóstico y tratamiento más precoz. Más aún cuando se trate de pacientes con problemática social, soledad, alcoholismo…como es el caso que presentamos, debiendo recurrir a otros profesionales y recursos a tiempo.

Palabras clave: alcoholism, breast cancer, social problem.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

La importancia del médico de familia en la patología infecciosa

Bernal Hinojosa MªA[1], Fernández Fernández MªC[2], Hernández Rodríguez D[3]

[1] MIR 2º año de MFyC. CS Carranque. Málaga
[2] MIR 2º año de MFyC. CS Tiro de Pichón. Málaga
[3] MIR 2º año de MFyC. CS Portada Alta. Málaga

Ámbito del caso: el caso se desarrolló a nivel de atención primaria y a nivel hospitalario, tanto en el servicio de urgencias como en el de neumología.

Motivo de consulta: paciente que acude a su centro de salud por fiebre y tos de meses de evolución, y que es derivado a urgencias para realizar pruebas complementarias ante la sospecha de tuberculosis.

Historia Clínica:

Antecedentes personales: varón de 33 años, sin alergias medicamentosas conocidas, sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés, fumador de 5 cigarrillos/día, sin tratamiento habitual.

Anamnesis: valorado por médico de familia en centro de salud por fiebre no termometrada, tos con expectoración verdosa y disnea de reposo de meses de evolución. Es derivado a urgencias hospitalarias ante la sospecha de tuberculosis.

Exploración: regular estado general, saturación basal oxígeno 97%, taquipneico en reposo, crepitante de despegamiento en hemitórax izquierdo con sibilancias tele-espiratorias e inspiratorias dispersas. Resto anodino. Pruebas complementarias: analítica: leucocitos 12700 (73%neutrófilos), coagulación y gasometría venosa normal, proteína C reactiva 117.48; radiografía tórax: 3 cavernas en pulmón izquierdo; baciloscopia de esputo: observamos abundantes bacilos ácido-alcohol resistentes.

Enfoque familiar y comunitario: paciente procedente de Bucarest, sin cobertura social ni apoyo familiar en España, y sin vivienda y sin ingresos económicos, que vive en la calle.

Juicio clínico: tuberculosis pulmonar activa.

Tratamiento: Rimstar (compuesto por rifampicina, isoniazida, pirazinamida y etambutol) durante 2 meses, Rifinah (compuesto por rifampicina e isoniazida) durante 4 meses. Plan de actuación: el paciente fue ingresado en neumología. Evolución: favorable durante el ingreso, afebril, con buena tolerancia a medicación. Tras alta hospitalaria ingresa en centro de acogida.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): destacamos la importancia de la actuación del médico de familia, que realizó el diagnóstico de sospecha, y derivó al paciente a urgencias ante la importancia de la patología. La tuberculosis es una enfermedad que se propaga fácilmente por vía aérea a partir de un enfermo bacilífero, por lo que es importante el rápido diagnóstico de los pacientes y tratarlos correctamente para evitar la progresión de la infección. Se observa un aumento de los casos de enfermedad actualmente debido al uso de medicación inmunosupresora, abuso de drogas, tabaco y sida.

Palabras clave: tuberculosis, hospitals.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

La importancia de impartir educación sanitaria a la comunidad: adolescencia y sexualidad

Rodríguez García M[1], García Peña AI[2]

[1] *Médico de Familia. CS Don Julio Borreguero. El Coronil (Sevilla)*

[2] *MIR 4º año de MFyC. CS Don Paulino García Donas. Alcalá de Guadaira (Sevilla)*

Ámbito del caso: atención primaria, centro escolar.

Motivo de consulta: lesión genital.

Historia Clínica:

Enfoque individual: consultan, individualmente, tres mujeres de entre 16 y 17 años, sin antecedentes personales, una de ellas por encontrarse desde aproximadamente un mes, lesiones rojas en vulva; otras dos por prurito vaginal. Todas referían relaciones sin protección. A la exploración, observamos en una de ellas una lesión vulvar ulcerosa, dolorosa y adenopatías inguinales móviles, dolorosas; en las otras 2 no hubo hallazgos exploratorios. Se solicitó serología infecciosa y se tomó muestra de la lesión.

Enfoque familiar-comunitario: la semana anterior a estas visitas, el equipo médico había realizado charlas educativas sobre infecciones de transmisión sexual (ITS) a Secundaria en el instituto del pueblo. Hablaron de las distintas ITS y sus síntomas, el riesgo de contagio y el uso del preservativo. Juicio clínico: Herpes Genital tipo Virus Herpes Simple-1(VHS). Diagnóstico diferencial: Sífilis, chancro blando, candidiasis. Identificación de problemas: Posible contacto portador del VHS no conocedor de su enfermedad; no uso del preservativo; baja proporción de pacientes adolescentes que consultan por estas dolencias.

Tratamiento: aciclovir 400 mg/ 8 horas, 7 días.

Planes de actuación: pautar tratamiento médico según ITS; identificar y estudiar contactos sexuales; educar sobre la prevalencia de estas enfermedades así como sus síntomas y necesidad de consultarlos; promover el uso del preservativo.

Evolución: se identificó el contacto origen y se investigaron otros posibles contactos sexuales que no hubieran consultado los síntomas. A todos se les realizó serología: hubo dos casos con VHS positivo (caso origen y una de las pacientes), negativas otras ITS. La PCR mostró subtipo VHS-1. El tratamiento fue efectivo y los pacientes se iniciaron en el uso del preservativo en sus relaciones sexuales.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): se trata de una posible cadena de ITS identificada mediante una intervención comunitaria promovida por médicos de familia: charlas formativas para institutos. Debido a la identificación de síntomas gracias a la clase impartida, las pacientes consultaron y además se evitaron las repercusiones epidemiológicas que hubiera supuesto no diagnosticar un herpes genital. Asimismo, supuso para la población afectada, la concienciación del uso del preservativo y el conocimiento de que se trata del único método preventivo de ITS.

Palabras clave: adolescence, sexuality, herpes genitalis.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Causa infrecuente de síncope de repetición

Bermúdez Torres FM[a1], Vena M[1], Barberán Morales C[2]

[1] *Médico de Familia. Hospital Universitario de Puerto Real (Cádiz)*

[2] *Médico de Familia. DCCU Chiclana de la Frontera (Cádiz)*

Ámbito del caso: atención primaria y atención hospitalaria.

Motivo de consulta: síncopes de repetición.

Historia Clínica:

Historia clínica: paciente de 75 años, sin alergias medicamentosas, con antecedente de hipertensión arterial, glaucoma, reflujo gastroesofágico e insomnio de conciliación. En tratamiento con amlodipino 5 mg, pantoprazol 20 mg, amitriptilina 25 mg, travoprost colirio y enalapril 10 mg; que acude a consulta en varias ocasiones por presentar episodios sincopales de 2-3 minutos de evolución, sin relajación de esfínteres, con recuperación espontánea y sin estupor postcrítico. No dolor torácico, no disnea ni palpitaciones ni fiebre. Estos episodios se repiten de manera intermitente durante los últimos 8 meses. Valorada por Cardiología y Neurología descartando patología de su área.

Exploración: buen estado general, consciente, orientada, y colaboradora, bien hidratada y perfundida, eupneica en reposo y normotensa. No se aprecia injurgitación yugular. Auscultación cardiaca: tonos bradirrítmicos sin soplos. Auscultación pulmonar: murmullo vesicular conservado. Abdomen anodino. Extremidades sin edemas ni signos de trombosis venosa profunda.

Pruebas complementarias: analítica de sangre dentro de la normalidad. Radiografía de tórax con aumento de la redistribución vascular, sin imagen de infiltrado, con índice cardiotorácico normal y senos costodiafragmaticos libres. Ecocardiograma normal. Holter normal. Eco-doppler de tronco supraaórticos normal. Resonancia magnética craneal sin hallazgos patológicos. ECG en la consulta ritmo sinusal con rachas de bloqueo auriculo-ventricular completo.

Juicio clínico: Bloqueo auriculo-ventricular completo paroxístico.

Diagnóstico diferencial: sincope vasovagal, fibrilación auricular, estenosis aórtica, sindrome coronario agudo, ateromatosis carotídea, taponamiento cardiaco, crisis comicial, ingesta de tóxicos, hipoglucemia, accidente isquémico transitorio.

Tratamiento y plan de actuación: derivación a urgencias hospitalarias en uvi móvil e implantación de marcapasos definitivo DDD.

Evolución: favorable sin nuevos episodios sincopales.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): el bloqueo auriculo-ventricular completo paroxístico es causa poco frecuente de sincopes; sin embargo hay que tenerlo presente ante esta clinica con pruebas complementarias dentro de la normalidad.

Palabras clave: syncope, auriculo ventricular blockade.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Prurito e inflamación en dedos y talones tras esfuerzos

Serrano Baena M[1], Pedrosa del Pino M[2], Gómez Pérez R[3]

[1] MIR 4º año de MFyC. CS Las Delicias. Málaga

[2] MIR 3er año de MFyC. CS Portada Alta. Málaga

[3] MIR 5º año de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital Virgen de la Victoria. Málaga

Ámbito del caso: atención primaria.

Motivo de consulta: inflamación y prurito en pulgares de manos y dedos y talones de pies.

Historia Clínica:

Antecedentes personales: varón de 38 años, dislipémico.

Anamnesis: episodios alternantes en el tiempo consistentes en prurito de dedos de manos y talones de ambos pies, sin dolor, seguidos de inflamación de dichas zonas que aparece unas horas después. El paciente lo relaciona con esfuerzos tipo caminata prolongada o jugar con el mando de su videoconsola. Autolimitados, desaparece en unas 24-36 horas. Sin fiebre ni otra sintomatología.

Exploración: prurito, inflamación y lesión habonosa en dedos de manos y pies, así como de caras internas de ambos talones, con aumento de temperatura local. Sin dolor asociado. No desaparece a vitropresión. Sin signos de lesiones óseas.

Pruebas complementarias: analítica sanguínea completa con hemograma, bioquímica, coagulación, ácido úrico, PCR y autoinmunidad con factor reumatoide sin alteraciones. Pruebas de alergia a alimentos sin alteración. Se realizó una prueba de provocación haciendo que el paciente portara en un hombro un bolso con un peso aproximado de 6 kgs durante 2 horas durante una tarde. A la mañana siguiente habían aparecido las mismas lesiones en ese hombro. Enfoque familiar: sin antecedentes familiares de psoriasis ni artritis reumatoide.

Diagnóstico diferencial: artritis gotosa, artritis reumatoide, psoriasis, mastocitosis, urticaria crónica idiopática, urticaria física.

Diagnóstico: urticaria por presión retardada.

Tratamiento: corticoides orales en pauta descendente.

Planes de actuación: evitar esfuerzos y actividades desencadenantes.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): la urticaria por presión retardada es una enfermedad rara, con episodios autolimitados y alternantes en el tiempo que dificultan su diagnóstico. Éste será eminentemente clínico y se sustenta en una buena historia clínica para poder descartar otras enfermedades más comunes como artritis gotosa. Nos puede ayudar al diagnostico una prueba de provocación de las lesiones.

Palabras clave: urticaria, pruritus, delayed pressure.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

La tuberculosis pulmonar sigue estando presente

Medero Canela R[1], Domínguez Teba AJ[2], Macías Beltrán I[1]

[1] *MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Torrejón. Huelva*

[2] *MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Luis Taracido. Bollullos Par del Condado (Huelva)*

Ámbito del caso: atención primaria.

Motivo de consulta: cuadro catarral de larga evolución.

Historia Clínica:

Enfoque individual: paciente de 35 años de edad sin antecedentes personales de interés salvo tabaquismo de 10 paq/año. Acude por primera vez a consulta de Atención Primaria refiriendo cuadro catarral con tos, expectoración y sensación distérmica de unos 7 meses de evolución. Refiere además astenia y malestar general. Relaciona el inicio de la clínica con viaje a Marruecos. Ha realizado diversos tratamientos pautados en Urgencias sin mejoría.

Exploración física: TA 110/70 mmHg, Sat O2 98%. Exploración por aparatos sin hallazgos significativos.

Pruebas complementarias: analítica con ligera leucocitosis sin neutrofilia, serología negativa. En la Rx tórax aparece una imagen redondeada en ápex pulmonar derecho compatible con caverna. Espirometría normal. Baciloscopia y cultivo de esputo positivo. Mantoux positivo.

Enfoque familiar: padre de familia con dos hijos menores que conviven los cuatro en el mismo domicilio. Sin antecedentes destacables en su familia. Trabaja en una pescadería.

Juicio clínico: tuberculosis pulmonar bacilífera.

Diagnóstico diferencial: infección respiratoria neumónica/no neumónica/tuberculosis pulmonar.

Identificación de problemas: los problemas que se presentan en este caso serían el estudio a convivientes y la necesidad de plantear aislamiento respiratorio además de tratamiento adecuado.

Plan de actuación: tras la confirmación de las pruebas analíticas realizadas se deriva de forma urgente a consulta de Infeccioso, se inicia tratamiento con aislamiento respiratorio en domicilio, se realiza declaración obligatoria de enfermedad y estudio de convivientes.

Evolución: evolución favorable, no se encuentran otros casos en familiares. Tras tratamiento y revisiones clínicas el paciente permanece asintomático con normalización de pruebas complementarias.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): la tuberculosis pulmonar es la infección de mayor prevalencia en el mundo aunque solo un 5% de los pacientes infectados padecerán enfermedad tuberculosa. Es una enfermedad de declaración obligatoria y sigue manteniéndose una prevalencia no despreciable sobre todo a expensas de coinfección VIH y migración.

Desde la consulta de atención primaria se puede realizar estudio complementario, siendo imprescindible además el estudio a convivientes.

Tener en cuenta esta entidad ante clínica respiratoria de larga evolución es fundamental para realizar el correcto abordaje de la misma evitando así las consecuencias para el paciente y la comunidad.

Palabras clave: tuberculosis pulmonar, mantoux, tratamiento.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

El lado oscuro de la cervicalgia

Llamazares Muñoz V[1], Prieto Sampedro E[2], Arjona Burgos I[2]

[1] MIR 3er año de MFyC. CS Fuensanta. Córdoba
[2] MIR 2º año de MFyC. CS Fuensanta. Córdoba

Ámbito del caso: atención primaria.

Motivo de consulta: cervicalgia, parestesias y disminución de fuerza en miembros inferiores (MMII).

Historia Clínica:

Antecedentes personales: hipertensión arterial, fibrilación auricular.

Tratamiento: enoxaparina, verapamilo, bisoprolol, metformina, insulina glargina y omeprazol.

Anamnesis: varón de 57 años, que acude a consulta por dificultad en la marcha, cervicalgia, parestesias y disminución de fuerza en MMII, de 3 días de evolución.

Exploración Física: regular estado general. Orientado y colaborador. Exploración neurológica: pares craneales normales, dificultad para la deambulación. MMII: Fuerza muscular disminuida 4/5, reflejos osteotendinosos conservados, sensibilidad epicrítica disminuida. Auscultación cardiorrespiratoria: tonos arrítmicos a buena frecuencia, sin soplos ni roces. Murmullo vesicular conservado, sin ruidos patológicos. Cuello: dolor a la movilización irradiado hacia brazo izquierdo. Tensión Arterial: 135/70 mmHg. Glucemia 110 mg/dl. Se deriva a urgencias hospitalarias para descartar patología neurológica. Pruebas Complementarias: Analítica de urgencias: Hemograma, coagulación y bioquímica, sin alteraciones. TAC craneal: No se observan alteraciones densitométricas focales en ambos hemisferios cerebrales ni cerebelo. Se procede al alta domiciliaria con diagnóstico de contractura cervical. Pasadas 24 horas, regresa a consulta, por agravamiento de la sintomatología, siendo derivado nuevamente a urgencias, donde es ingresado en el servicio de neurología. Analítica: Normal, incluida cianocobalamina. Resonancia magnética nuclear (RMN): lesión intrarraquídea extramedular posterior, de aspecto heterogéneo, que se extiende desde C2 hasta C5. Marcada compresión medular, mayor a nivel de C3-C4, en su porción posterolateral izquierda, compatible con hematoma epidural posterior.

Juicio Clínico: hematoma epidural cervical posterior.

Diagnóstico diferencial: ictus, latigazo cervical, enfermedades desmielinizantes.

Tratamiento y evolución: hemilaminectomía C3-C4 con drenaje de hematoma y evolución satisfactoria. Actualmente con tratamiento rehabilitador. RMN revisión: rectificación de la lordosis cervical, protrusión discal C5-C6, sin restos del hematoma epidural.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): El hematoma epidural cervical es una patología poco frecuente, de etiología secundaria o espontánea, siendo esta última la más prevalente. Debido a la sintomatología inespecífica presentada, será importante realizar un diagnóstico diferencial, sustentado en una buena historia clínica y exploración neurológica. Destacando la RMN como prueba de elección para el diagnóstico de certeza y la cirugía descompresiva como tratamiento especifico, aunque se han descrito casos de resolución espontánea.

Palabras clave: alteración de la marcha, cervicalgia, parestesias.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Más allá de la depresión

Faz GarcÍa MªC, Ariza González M, Morales Sutil MªL

MIR 2º año de MFyC. Cs El Palo. Málaga

Ámbito del caso: atención primaria.

Motivo de consulta: olvidos.

Historia Clínica:

Antecedentes personales: hipertensión, síndrome ansioso depresivo, no hábitos tóxicos. Tratamiento actual: sertralina 50mg, lorazepam 1 mg.

Anamnesis: mujer de 68 años, acude a consulta con su hija, porque a raíz de un problema familiar y de un accidente que le ocasionó fractura de húmero hace un mes, le notan la aparición de despistes de forma aguda (guardó un bolso en el escobero…),muy repetitiva, le cuesta retener cosas que lee o le cuentan, mayor lentitud para realizar tareas básicas en domicilio, se encuentra desanimada con aplanamiento afectivo, distanciada de su familia, no cambios en la conducta, ni agresividad, no desorientación, no alucinaciones, sabe manejar dinero, no compra compulsivamente, no cambios en hábito alimentario, no apraxias, no fiebre ni síntoma infeccioso.

Exploración neurológica: alerta, orientada en espacio y persona, no en tiempo. Bradilálica, bradipsíquica, facies poco expresivas. Pupilas, movimientos oculomotores y campimetría por confrontación normal. Sistema motor y sensitivo normal. Reflejos osteotendinosos y cutáneos plantares normales, no dismetrías, no signos meníngeos, no alteración de la marcha.

Pruebas complementarias: analítica de sangre: sin hallazgos, perfil tiroideo normal. Fototest: 26 (deterioro cognitivo leve). PHQ-9: 19 (depresión mayor moderada). TAC de cráneo: sin hallazgos.

Juicio clínico: Pseudodemencia (por aparición brusca de los síntomas y antecedentes de acontecimientos estresantes, junto con exploración y complementarias normales).

Tratamiento: aumento a sertralina 100 1 comprimido al día.

Evolución: la paciente además de seguimiento en atención primaria fue derivada a neurología que indicó spect descartando otros tipos de demencia, transcurridos cuatro meses desde que se modificó el tratamiento se evidenció una resolución de sus déficits cognitivos, junto con la incorporación a su vida sociofamiliar.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): pseudodemencia es el deterioro intelectual reversible en gran medida con tratamiento específico, en la mayor parte adopta patrón subcortical (alteraciones emocionales, trastornos motores, enlentecimiento generalizado). Existe un aumento de la incidencia de trastornos depresivos por lo que es muy importante desde el punto de vista de medicina de familia el manejo de la misma y sus consecuencias.

Palabras clave: factitious disorders (pseudodemencia), depression (depresión), dementia (demencia).

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

TVP de miembro superior

Garcia Maturana A[1], Vázquez Molina R[2], García López E[3]

[1] MIR 4º año de MFyC. CS Huetor-Tájar (Granada)
[2] Médico de Familia. CS Huetor-Tájar (Granada)
[3] MIR 4º año de MFyC. CS La Chana. Granada

Ámbito del caso: urgencias hospitalarias.

Motivo de consulta: cervicalgia + inflamación MSD.

Historia Clínica: paciente de 57 años con APs de obesidad mórbida, DM tipo 2, HTA, dislipemia, insuficiencia cardiaca, EPOC y sigmoidectomia por cáncer de sigma. Refiere dolor en cuello y hombro derecho desde hace 5 días, asociando inflamación local e hiperemia cutánea. Disnea de mínimos esfuerzos.

Exploración: inflamación en cara lateral del cuello y hombro derecho con empastamiento, hiperemia y dolor a la palpación. ACR: tonos rítmicos sin soplos, MV conservado sin ruidos sobreañadidos. MMII: edemas con fóvea +/+++. TA: 140/86 a 92 lpm. Temp: 37´3ºC. Sat O2: 95%.

Pruebas complementarias: HG: neutrofilia 80%, Bq: G 240, LDH 593, BNP 353, marcadores cardiacos normales. Dímero D 1,91. ECO-Doppler de MSD: Material ecogénico ocupando la luz de la vena yugular extendiéndose a subclavia, axilar y humeral derecha. TAC con contraste: derrame pericárdico de 20 mm en cara lateral izquierda (ya conocido), atelectasia laminar de la língula. Se descarta TEP.

Diagnóstico diferencial: ICC descompensada, neumotórax espontáneo. Hematomas, sindrome varicoso, flebitis superficiales, desgarros musculares, TEP.

Juicio clínico: trombosis venosa de yugular, subclavia, axilar y humeral derecha.

Tratamiento/plan de actuación: ingreso en cirugía vascular. Tinzaparina 20.000 UI, 0,9 ml/24h durante 3 meses, vendaje compresivo y elevación del miembro afecto.

Evolución: revisión en tres meses. Buena evolución, se suspende Tinzaparina. Un año después exitus tras PCR por TEP masivo.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): la TVP del miembro superior es poco frecuente (10%). Primarias: idiopáticas, compresión de la vena subclavia o relacionada con el ejercicio (síndrome de Paget-Schroetter). Secundarias: catéteres venosos centrales, marcapasos, cáncer, trombofilia, traumatismo, cirugía, embarazo, síndrome de hiperestimulación ovárica y anticonceptivos orales. Clínica: dolor, parestesias, eritema, debilidad y/o edema del miembro afectado. Exploración física: tumefacción, edema y/o circulación colateral. La ecografía constituye la prueba diagnóstica de elección. D-dímero: si es negativo, descarta TVP, aunque si la probabilidad preprueba es alta obligaría a una prueba de imagen. Habrá que descartar TEP, aunque su relación es menor. El tratamiento consiste en anticoagulación, en casos graves se puede considerar la trombólisis dirigida por catéter, la angioplastia y la descompresión torácica.

Palabras clave: upper extremity deep vein thrombosis, primary health care, ultrasound.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

¿Qué hay tras un angor hemodinámico?

Bermúdez Torres FM[a1], Vena M[2], Barberán Morales C[2]

[1] *Médico de Familia. Hospital Universitario de Puerto Real (Cádiz)*
[2] *Médico de Familia. DCCU Chiclana de la Frontera (Cádiz)*

Ámbito del caso: atención primaria y atención hospitalaria.

Motivo de consulta: dolor torácico.

Historia Clínica: paciente de 67 años, sin alergias medicamentosas, con antecedente de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, dislipemia, cardiopatía hipertensiva e isquémica con disfunción diastólica severa y síndrome depresivo. En tratamiento con citalopram, lorazepam, glicazida, repaglinida, omeprazol, ramipril, insulina de acción prolongada, simvastatina, clopidogrel, y bisoprolol; que acude a consulta en varias ocasiones por astenia, perdida de peso y dolor retroesternal. En la última, acude por presentar episodio de dolor centrotoracico opresivo, de inicio en reposo, no irradiado, sin cortejo vegetativo, que mejora con lorazepam y un puff de nitroglicerina, acompañado de dolor abdominal importante. No disnea, no palpitaciones ni otros sintomas. Se activa uvi movil para traslado al hospital.

Exploración: buen estado general, consciente, orientada, colaboradora, bien hidratada y perfundida, palidez mucocutánea, eupneica en reposo y normotensa. No injurgitación yugular. Auscultación cardiaca: tonos ritmicos sin soplos. Auscultación pulmonar: murmullo vesicular conservado. Abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación en hemiabdomen inferior, con defensa muscular voluntaria. Se palpa masa en fosa iliaca izquierda. Extremidades sin edemas.

Pruebas complementarias: ECG: ritmo sinusal a 100 lpm con bloqueo de rama izquierda conocido. Analítica de sangre donde destaca leucocitosis, anemia microcitica (hemoglobina de 6,5 mg/dl), proteina C reactiva elevada y seriación enzimática dentro de la normalidad. Radiografía de tórax con aumento de redistribución vascular, sin infiltrados, con índice cardiotorácico aumentado y senos costodiafragmaticos libres. Ecografía abdominal: tumoración ovárica izda de 10 cms con líquido libre. TAC abdominal: tumoración ovárica izda de 10 cms de diametro, que invade peritoneo e infiltra duodeno con conglomerado adenopático peritumoral

Juicio clínico: angor hemodinámico. Neoplasia ovárica.

Diagnóstico diferencial: sindrome coronario agudo. Pericarditis. Taponamiento cardiaco. Crisis de ansiedad. Miocarditis.

Tratamiento, plan de actuación: derivación a urgencias hospitalarias en uvi móvil, realizacion de pruebas complementarias, trasfusión de 2 bolsas de concentrado de hematíes e ingreso hospitalario para completar estudio.

Evolución: mejora la clinica anginosa tras la trasfusión sanguinea. Deterioro del estado general durante su ingreso.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): no todo paciente con dolor torácico presenta un síndrome coronario agudo. El angor hemodinámico es una patología que debemos tener presente en estos casos y valorar la causa subyacente.

Palabras clave: thoraci pain, anemia, neoplasia.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

No olvidemos al HIV

Alarcón Pariente E, Zarco Manjavacas J, Cervilla Suárez FJ

MIR 1er año de MFyC. Centro de Salud El Palo. Málaga

Ámbito del caso: paciente de 53 años de edad, mujer. Acude a urgencias abril (2013) por mal estado general, odinofagia, atromialgia, nauseas, vómitos, rash, anorexia, perdida de peso, adenopatías. Analítica: descenso de las 3 series, aumento PCR y transaminasas movidas. Juicio clínico: síndrome gripal. Medidas: Antipiréticos y derivar a Médico de familia.

Motivo de consulta: persistencia de sintomas a la semana de acudir a urgencias.

Historia Clínica: paciente mujer de 53 años de edad. Antecedentes: sin alergias conocidas, gran fumadora, hipotiroidismo subclínico e intervenida de pólipos nasales. Acude a la semana de acudir a urgencias por persistencia de sintomas, sin adenopatías, hepatomegalia 3 traveses. Analítica serología viral: VHA, B, C negativos, Cel LUC:6'10%, VSG:54 e IgG(CMV):positivo, IgM(CMV):débil positivo, HIV dudoso, llamando de laboratorio por posible falso positivo. A la semana presenta positivo débil en el screening (positivo debil Ac), positivo en Western-Blot (criterios CRSS), carga viral: 122000cop/ml. Analíticas previas presenta determinación 2008 en estudio prequirúrgico negativo. El cuadro fue autolimitado.

Tras confirmación se dio información, se aclararon dudas, explicando formas de transmisión (en este caso heterosexual), se realiza declaración y citología (vaginosis bacteriana), se deriva a infeccioso. Aportando analítica CD4:456Cel/mcL, CD4/CD8:0'24 y carga viral: 59870cop/mL, quantiferon positivo, resto normal. Inició tratamiento antirretroviral y profilaxis (isoniacida). Analítica actual: CD4:580cel/mcL, CD4/CD8: 0'54 y CV<37copias

Plan de actuación: Escucha activa y apoyo al afrontamiento, Educación en medidas de prevención de transmisión y estudios de contactos. Buscar implicación familiar. Inmunizaciones: Revisar previas. VHA (serología negativa) vacunación 0m-6m; dT: 3dosis (0-1-6), V. varicela, antigripal, anti-neumocócica de 23serotipos, antimeningocócica(A+C). JC: Primoinfección VIH, Estadio A2 en el momento diagnóstico

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): ante Sd febril pensar en HIV. El diagnostico de la primoinfección es relevante para el paciente por las posibilidades de intervención precoz (farmacológica y educación) y para la población por la disminución del riesgo de transmisión.

Palabras clave: AIDS Serodiagnosis; HIV-1; HIV Seropositivity.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Una cefalea a la que hacer caso

Bernal Hinojosa MªA[1], Naharro Franco MªR[2], Espínola Coll EM[3]

[1] MIR 2º año de MFyC. CS Carranque (Málaga)
[2] MIR 2º año de MFyC. CS Alhaurin el Grande (Málaga)
[3] MIR 2º año de MFyC. CS Coín (Málaga)

Ámbito del caso: urgencias hospitalarias y servicios de neurología y neurocirugía.

Motivo de consulta: alteraciones visuales de meses de evolución y cefalea.

Historia Clínica:

Antecedentes personales: mujer de 35 años, con intolerancia a Venlafaxina y Tramadol. Fumadora de 30 cigarrillos/día. Fibromialgia, síndrome depresivo, migraña sin aura episódica e incontinencia urinaria. Tratamiento con acetazolamida 250 miligramos (mg)/8 horas, sertralina 50 mg/día, pregabalina 150 mg/día, trazodona 100 mg/noche, solifenacina 10mg/día, bromazepam 1'5 mg/día. Anamnesis: paciente que consulta por cefalea diaria, con escasa respuesta a tratamiento, de 2 meses de evolución. Asocia alteraciones visuales (visión borrosa y visión doble) y cambios conductuales (irritabilidad y desorientación). Exploración: Buen estado general; exploración neurológica normal. Motilidad ocular y campimetría normales. Fondo de ojo con papiledema bilateral. Pruebas complementarias: analítica: leucocitos 11700, proteína C reactiva 5.02; TC cráneo: atenuación LRC-like en surcos de probable origen aracnoideo, a nivel bitemporal, occipital derecho y frontales, que no realzan contraste, inespecíficas, y que pueden corresponder a lesiones quísticas; AngioRM cerebral: múltiples quistes de pequeño tamaño, algunas intraaxiales y otros en el espacio subaracnoideo de predominio en fosa posterior. Imagen muy vascularizada en el cuarto ventrículo, posible plexo aumentado de tamaño; RM columna cervical-dorsal-lumbar-sacra: múltiples lesiones quísticas, con características similares a LCR en todas las secuencias, con afectación del espacio subaracnoideo y afectación completa de la columna, con máxima afectación del segmento cervical intradural extramedular; biopsia corteza cerebelosa: dos focos leptomeníngeos de papiloma de plexo coroideo. Diagnóstico diferencial: tumoración del IV ventrículo con diseminación metastásica, neurocistercosis. Juicio clínico: Papiloma de plexos coroideos diseminado. Tratamiento: intervención quirúrgica. Plan de actuación: la paciente fue ingresada en el servicio de neurología para completar estudio y posteriormente en neurocirugía para intervención. Evolución: favorable durante el ingreso. En seguimiento por Neurocirugía, Oncología y Medicina Física y Rehabilitación (por debilidad de miembros inferiores y ataxia).

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): pese a ser un síntoma muy común, muchas patologías graves pueden tener la cefalea como síntoma principal. Es por ello que es muy importante la exploración neurológica de todos los pacientes, incluso en los servicios de urgencias, en los que muchas veces se limita por la falta de tiempo.

Palabras clave: choroid plexus papiloma.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Deterioro cognitivo por encefalitis límbica paraneoplasica (ELP) como síntoma primario en un cáncer de ovario

Espigares Díaz I[1], Ramírez Martínez B[2]

[1] *MIR 3er año de MFyC. CS El Higueron. Córdoba*

[2] *Médico de Familia. CS El Higuerón. Córdoba*

Ámbito del caso: atención primaria-hospitalaria.

Motivo de consulta: astenia, ánimo deprimido, deterioro cognitivo, cambio de carácter "la notan rara", pérdida de apetito, molestias abdominales difusas de semanas de evolución.

Historia Clínica:

Antecedentes personales: mujer, 76 años. Hipertensión arterial, cefaleas, trastorno de ansiedad, buena calidad de vida.

Exploración física: abdomen ligeramente distendido, no doloroso, no masas ni megalias, no otros signos destacables. Minimental test 18/30.

Pruebas complementarias: analítica: hematíes 3680000, hemoglobina 9.4 gr/dl, hematocrito 29.3%, VCM 80, TSH 5.8. Resto normal.

Diagnóstico diferencial: deterioro cognitivo subyacente a cuadro depresivo, hipotiroidismo subclínico, síndrome constitucional.

Juicio clínico inicial: hipotiroidismo subclínico.

Tratamiento y evolución: inicia tratamiento con levotiroxina 25 microgramos con mejoría del estado cognitivo. Derivación y valoración por neurología descartando patología orgánica y por salud mental quien modifica tratamiento. Empeoramiento clínico dos semanas después; aumentan las molestias y distensión abdominal. Derivada a medicina interna para estudio de posible proceso neoplásico. Mientras la tensión en la familia aumenta dada la rápida evolución del cuadro, conduciendo a múltiples consultas en el servicio de urgencias y a un cambio de médico. Diagnóstico final tras valoración hospitalaria: cáncer de ovario. Exitus pocas semanas tras diagnóstico.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): ELP es una de las formas de presentación más frecuentes del síndrome de encefalomielitis paraneoplásica; producida por una afectación medial de los lóbulos temporales, sobretodo hipocampo. De aparición aguda o subaguda con predominio inicial de clínica cognitiva y neuropsiquiátrica (cambios carácter, irritabilidad, ansiedad, depresión, alteraciones comportamiento, desorientación, inversión sueño-vigilia, alucinaciones…). En los últimos años se ha identificado múltiples variantes asociadas a diferentes tipos de anticuerpos relacionados con diferentes procesos tumorales.

Diagnóstico: clínica, análisis líquido cefalorraquídeo, RNM, PET. Tratamiento: inmunoterapia con corticoides e inmunosupresores, la erradicación del tumor primario puede ser curativa. En este caso no se llegó a un diagnóstico histológico por lo evolucionado del cuadro; pero nos hace reflexionar que muchas de las consultas neurológicas/psiquiátricas de aparición aguda/subaguda que tenemos pueden tener incluso una base neoplásica.

Palabras clave: encefalitis cáncer ovario.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Tos anticoagulada

Espínola Coll EM[1], Guerrero Ayala A[2], Naharro Franco MªR[3]

[1] *MIR 2º año de MFyC. CS Coín (Málaga)*
[2] *MIR 2º año de MFyC. CS Teatino-Colonia Santa Ines. Málaga*
[3] *MIR 2º año de MFyC. CS Alhaurín el Grande (Málaga)*

Ámbito del caso: el caso clínico que vamos a presentar a continuación se desarrollo en el ámbito del servicio de urgencias hospitalario.

Motivo de consulta: cuadro de dos días de evolución de dolor en flanco-hemiabdomen izquierdo y sensación de masa.

Historia Clínica:

Antecedentes familiares: varios familiares diagnosticados de Miocardiopatía dilatada primaria. Antecedentes personales: varón de 58 años sin alergias conocidas, afecto de hipertensión arterial y dislipemia, en seguimiento desde 2009 por cardiología por una miocardiopatía dilatada primaria con función ventricular deprimida, en tratamiento con Acenocumarol (9 mg semanales). Además sigue como tratamiento habitual Torasemida 5 mg, Carvedilol 6.25 mg, Enalapril 20 mg y Simvastatina 20 mg. Historia actual: Paciente de 58 años que acude al servicio de urgencias por cuadro de dos días de evolución de dolor en flanco-hemiabdomen izquierdo y sensación de masa, que alivia con el decubito. Niega traumatismo previo, la semana anterior estuvo con un cuadro catarral con accesos frecuentes de tos, no fiebre ni otra sintomatología, a la exploración se palpa masa en flanco izquierdo de gran tamaño, que se extiende hacia región periumbilical, doloroso a la palpación, no hematoma cutáneo. Pruebas complementarias: hemograma y bioquímica sin hallazgos, coagulación INR 3.86. Eco de abdomen: a nivel del recto anterior izquierdo colección heterogénea compatible con hematoma, se completa el estudio con TAC abdomen en la que se confirma hematoma de 5.7X4.2X13 cm. Evolución: durante su ingreso, el paciente presenta buena evolución clínica, con disminución del volumen del hematoma del recto, y regulación de la coagulación, se decide conjutamente con cardiología la retirada el Acenocumarol.

Juicio clínico: hematoma de la pared abdominal espontáneo en paciente anticoagulado (sobredosificación de acenocumarol).

Plan de actuación: retirada del anticoagulante y revisión por parte de su médico de familia.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): nos gustaría destacar la importancia de un buen control del rango terapéutico en pacientes anticoagulados con Acenocumarol, cómo un simple catarro en un paciente sobredosificado puede causarle daños. Ante la controversia que existe entre el uso de nuevos y antiguos anticoagulantes creemos necesario estudiar cada caso de manera individualizada y ajustar los tratamientos según las necesidades de los pacientes

Palabras clave: cough, anticoagulation, overdosed.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Hipertensión con sorpresa

Reina Martín MªM[1], Vázquez Salas MªC[2], Hernández Rodríguez D[3]

[1] *MIR 1er año de MFyC. CS Portada Alta. Málaga*
[2] *Médico de Familia. CS Portada Alta. Málaga*
[3] *MIR 2º año de MFyC. CS Portada Alta. Málaga*

Ámbito del caso: atención primaria, atención hospitalaria.

Motivo de consulta: cefalea y mareo.

Historia Clínica: mujer 65 años, separada. No alergias medicamentosas conocidas. Trastorno ansioso-depresivo en seguimiento por salud mental, hipercolesterolemia, osteoporosis tipo I, espondiloartrosis lumbosacra. Tratamiento habitual: citalopram 20mg, omeprazol 20mg, diazepam 5mg. Intervenciones quirúrgicas: ligadura de trompas (1985). Fumadora de 10 cig/día.

La paciente acude a consulta en diferentes ocasiones por empeoramiento de su ansiedad crónica que precisa revisión por Salud Mental y cambios en su tratamiento. Además presenta episodios aislados de hipertensión arterial atendida en urgencias que no constatamos en el centro de salud. Acude en diferentes ocasiones con mareos, cefalea, pérdida de peso y de apetito, artralgias y spooting ginecológico.

Presenta un episodio presincopal con crisis hipertensiva, mareos que se acompañan de pérdida de memoria.

Exploración física: normotensa. Buen estado general. Auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen anodino. Exploración neurológica: normal salvo Romberg positivo hacía derecha. Extremidades Inferiores: edemas pretibiales sin fóvea, pulsos pedios presentes y simétricos. No signos de TVP. Lesiones cutáneas vesiculosas y pruriginosas generalizadas.

Pruebas complementarias: despistaje HTA, analítica sanguínea normal, valores de catecolaminas normales. TC craneal: lesión hipodensa de 2 cm en hemisferio cerebeloso derecho. Serología: TPHA y Elisa IgG e IgM Treponema Pallidum positivo. RMN cerebral: lesiones vasculoisquémicas o degenerativas en ambos hemisferios y sustancia blanca periventricular. Punción Lumbar: descarta neurosífilis.

Diagnóstico diferencial: HTA esencial, HTA secundaria, hiper-hipotiroidismo, hiperaldosteronismo primario, enfermedad de Cushing, feocromocitoma.

Juicio clínico: HTA esencial. Sífilis tardía de duración indeterminada.

Tratamiento: penicilina G benzatina IM 2.4000.000 UI/ semanal durante un mes.

Evolución: tras el TC craneal y resultados de serología la paciente es derivada neurología y medicina interna. Profundizando en su historia, establecemos la fecha de primoinfección hace 25 años cuando la paciente tuvo lesiones en vulva sin tratamiento y su exmarido presentó lesiones en glande en relación con traumatismo, según justificó.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): ante un nuevo caso de HTA debemos descartar un origen secundario de la misma. Queremos enfatizar la importancia de conservar una visión amplia en el diagnóstico diferencial de patologías comunes con alta prevalencia en atención primaria.

Palabras clave: secondary high blood pressure, syphilis, anxiety.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Siderosis superficial del Sistema Nervioso Central (SNC): trastorno de la marcha, a propósito de un caso

Martínez Muñoz JM[1], Esquinas Nadales MªT[2]

[1] *Médico de Familia. CS Rodríguez Arias. San Fernando (Cádiz)*

[2] *Médico de Familia. SCCU Hospital de Puerto Real (Cádiz)*

Ámbito del caso: caso multidisciplinar en el que participan atención primaria y neurología.

Motivo de consulta: varón de 76 años que refiere dificultad para caminar desde hace un año.

Historia Clínica: alergia a moxifloxacino, hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, fibrilación auricular, Adenocarcinoma de prostata, neoplasia de ciego con hemicolectomía.

El paciente acude a consulta por presentar dificultad para caminar desde hace un año yendo en aumento, arrastrando los pies, con bloqueos de las piernas y le "tiemblan". No temblor en manos ni otros problemas de movilidad. Fallos de memoria para hechos recientes sin otros deficits cognitivos ni cambios de conducta. Tras exploración inicial y pruebas complementarias se deriva a neurología.

Exploración: marcha a pasos cortos, con escaso braceo e inestabilidad postural, resto normal. Hemograma normal, glucemia elevada, resto bioquímica y líquido cefalorraquídeo: sin alteraciones. Resonancia magnética nuclear (RMN): microhemorragias, depósito hemosiderina en cisuras interhemisféricas y cerebelo.

Enfoque familiar: familia nuclear estadio V (contracción completa), presencia de enfermedades graves.

Tras las pruebas se diagnostica de siderosis superficial del SNC, con probable angiopatia amiloide.

El diagnostico diferencial del trastorno de la marcha puede ser consecuencia de la afectación de múltiples estructuras neurológicas y musculares: cerebelo, nervios periféricos, laberinto o tronco de encéfalo, ganglios basales y sustancia gris subcortical...

Tratamiento con carbidopa 25 mgr y levodopa 100 mgr en dos comprimidos al día.

Seguimiento multidisciplinar, viendo la evolución de la alteración de la marcha tras tratamiento y pendiente de revisión por neurología.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): la siderosis superficial del SNC es una enfermedad rara adquirida de forma progresiva, por sangrado crónico a nivel subaracnoideo que a menudo está ausente y que causa depósito de hemosiderina en el cerebelo y médula espinal dando lugar a una alteración de la marcha.

El médico de familia juega un papel esencial en el diagnóstico diferencial de los trastornos de la marcha pues pueden afectase diferentes órganos y sistemas, contamos con la exploración física y pruebas complementarias para llegar a un diagnostico inicial y considerar la derivación a neurología para completar el estudio y al diagnostico definitivo.

Palabras clave: superficial siderosis, ataxia, haemosiderin.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

A propósito de un cuadro de vértigo

Espigares Díaz I[1], Ramírez Martínez B[2]

[1] MIR 3er año de MFyC. UGC Occidente. Córdoba

[2] Médico de Familia. UGC Occidente. Córdoba

Ámbito del caso: atención primaria-atención hospitalaria.

Motivo de consulta: mareo, inestabilidad, cuadro catarral, mialgias, malestar general.

Historia Clínica:

Antecedentes personales: varón, 25 años, adicto alcohol y cocaína.

Exploración: neurológica normal, Romberg negativo, Eply positivo, otoscopia normal, auscultación cardiorrespiratoria normal.

Pruebas complementarias: no se piden desde atención primaria por la supuesta banalidad del cuadro y su rápida evolución.

Juicio clínico inicial: cuadro gripal/laberintitis.

Tratamiento y evolución: inicia tratamiento con paracetamol, ibuprofeno, acetilcisteina y sulpirida. Esa tarde acude al hospital por dolor súbito en ambos miembros inferiores, ascendente, con disminución de fuerza e incapacidad para bipedaestación. Analítica, radiografía tórax y columna dorsolumbar normales. Ingresa en neurología. A las pocas horas presenta cuadro de convulsiones generalizadas y dificultad respiratoria que precisa ventilación mecánica invasiva y traslado a UCI. Se completa estudio con TAC, RNM, análisis líquido cefalorraquídeo (LCR), cultivo (Listeria, Neisseria meningitidis, Streptococcus Pneumoniae, Mycoplasma Pneumoniae, Citomegalovirus y otros) apareciendo únicamente signos de encefalitis de probable origen viral en RNM. El paciente evoluciona lenta pero favorablemente, hasta ser dado de alta. Completó tratamiento rehabilitador. Diagnóstico final: síndrome Guillain-Barré (SGB)

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): SGB es una polirradiculopatía aguda, grave y fulminante de origen inmunitario; precedida en el 75% casos por proceso infeccioso agudo (respiratorio, gastrointestinal).

Clínica: desmielinización rápidamente progresiva; debilidad en dos o más miembros (generalmente inferiores) simétrica, distal y ascendente; afectación musculatura respiratoria con compromiso vital; arreflexia; alteraciones sensitivas. Tiene múltiples subtipos y formas de presentación, la más frecuente la polineuropatía desmielinizante inflamatoria aguda. Diagnóstico: clínica, estudio LCR, electromiograma con signos de desmielinización, estudio inmunológico, pruebas de imagen para descartar otra patología.

Tratamiento: hospitalario inmediato con plasmaféresis o dosis elevadas inmunoglobulinas, ingreso en UCI si precisa. Pronóstico: 85% recuperación funcional completa si se toman medidas oportunas. Este caso nos hace reflexionar en la importancia de identificar dentro de un cuadro aparentemente banal aquella clínica que sugiere la evolución a una enfermedad potencialmente grave; debiendo tomar en la entrevista con el paciente las precauciones básicas sobre los signos de alarma. Un diagnóstico precoz es fundamental para disminuir las complicaciones e influye en el pronóstico de esta enfermedad.

Palabras clave: polirradiculopatía fulminante viral.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Doctor me duele la cadera

Bermúdez Torres FM[a1], González Contero L[1], Barberán Morales C[2]

[1] *Médico de Familia. Hospital Universitario de Puerto Real (Cádiz)*
[2] *Médico de Familia. DCCU Chiclana de la Frontera (Cádiz)*

Ámbito del caso: atención primaria y atención hospitalaria.

Motivo de consulta: dolor de cadera que limita la deambulación.

Historia Clínica: paciente de 48 años, fumadora, sin alergias medicamentosas, con antecedente de hipotiroidismo en tratamiento sustitutivo, hernia discal y anterolistesis de L5-S1, en tratamiento rehabilitador; que acude a consulta en varias ocasiones por dolor en cadera y region inguinal derecha, irradiado a muslo derecho, de carácter mecánico, y que limita la deambulación. Tratada con antiinflamatorios con lo que no mejora. Desde hace 8 meses ha presentado la misma clinica de manera intermitente, acompañado de astenia, oscilación del peso y perdida de apetito. No fiebre ni otra clinica asociada. Desconoce patología reumática familiar y antecedentes tumorales.

Exploración: buen estado general, consciente, orientada, y colaboradora, bien hidratada y perfundida, eupneica en reposo y normotensa. Auscultación cardiaca: tonos ritmicos sin soplos. Auscultación pulmonar: murmullo vesicular conservado. Abdomen anodino. Extremidades sin edemas. Miembro inferior derecho: no deformidad osea, no hematoma, flexo-extensión completa. Dolor a la abducción. Rotación de cadera dolorosa. Lassegue y bragard negativo. Fabere negativo. Dolor a la palpación en región inguinal derecha sin apreciarse hernia.

Pruebas complementarias: Radiografía columna lumbosacra: sin lesión ósea aguda, anterolistesis L5, rectificación de lordosis lumbar. Radiografía de cadera y pelvis: esclerosis acetabular bilateral con lesión lítica de unos 7 cms de diametro en pala iliaca derecha. Radiografía de tórax: masa en lóbulo inferior izdo de unos 4 cms y varios nódulos en campo pulmonar derecho. Analítica dentro de la normalidad.

Juicio clínico: neoplasia pulmonar con metástasis ósea.

Diagnóstico diferencial: lumbalgia, dolor neuropático, trocanteritis, meralgia parestésica, contractura de abductores, hernia inguinal.

Tratamiento y plan de actuación: tratamiento analgésico y antiinflamatorio intravenoso, ingreso hospitalario para completar estudio y comenzar quimioterapia.

Evolución: mejoría del dolor con tratamiento pautado. Deterioro del estado general durante el tratamiento quimioterapico.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): el dolor mecánico no siempre tiene que ser articular o muscular, y ante un dolor persistente que no mejora hay que realizar pruebas de imagen para descartar otro tipo de patologías.

Palabras clave: coxalgia, neoplasia, metástasis.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Alta a domicilio con dolor

Espínola Coll EM[1], Hernández Rodríguez D[2], Guerrero Ayala A[3]

[1] *MIR 2º año de MFyC. CS Coín (Málaga)*
[2] *MIR 2º año de MFyC. CS Portada Alta. Málaga*
[3] *MIR 2º año de MFyC. CS Teatinos-Colonia Santa Inés. Málaga*

Ámbito del caso: urgencias del hospital de referencia y en un hospital de alta resolución de especialidades.

Motivo de consulta: cuadro de horas de evolución de dolor en fosa iliaca izquierda.

Historia Clínica:

Antecedentes personales: varón de 46 años sin alergias conocidas, sin enfermedades prevalentes, tratamiento habitual ni hábitos tóxicos. Historia actual: paciente de 58 años que acude al servicio de urgencias del hospital de alta resolución por cuadro de menos de 24 horas de evolución de dolor en fosa iliaca izquierda, sin sintomatología miccional asociada ni fiebre, fue dado de alta a domicilio con analgesia, pero al persistir el dolor y comenzar con vómitos acudió al hospital de referencia donde fue valorado con pruebas complementarias normales, y dado de alta de nuevo, tras pasar el efecto analgésico el paciente acudió en una tercer ocasión a nuestro centro y donde fue completado el estudio. Pruebas complementarias: radiografía de abdomen: abundante gas en marco cólico, sin hallazgos significativos. En la analítica sanguínea podemos destacar; hemograma: leucocitos 14.580 y bioquímica, creatinina 1.4. Se completa con tomografía axial computerizada abdomen en el que se observa líquido retroperitoneal en espacios pararrenal anterior y perirrenal izquierdos. Ectasia uretropielocalicial grado I-II/ IV renal izquierda, con realce de urotelio a nivel de pelvis renal y tercio proximal del uréter, secundaria a litiasis de obstructiva de 3 mm en la unión vesicouretral izquierda. Microlitiasis no obstructiva en grupo calicial inferior izquierdo. Retraso del realce del riñón izquierdo frente al derecho. En la fase excretora se confirma extravasación del contraste al espacio retroperitoneal izquierdo, con uréter izquierdo sin contraste en su interior. Hallazgos compatibles con litiasis obstructiva en unión vesicoureteral izquierda, con dilatación ureteropielocalicial retrógrada y rotura de fornix asociada.

Evolución: el paciente pasó a ser ingresado a cargo de urología, mejorando sintomatológicamente.

Juicio clínico: crisis renoureteral izquierda complicada.

Plan de actuación: revisión en consulta externa de urología con ecografía de control y tratamiento analgésico.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): no se debe desvalorizar los cólicos nefríticos, en un paciente que reingresa por dolor en múltiples ocasiones, se debe de hacer una prueba de imagen complementaria y observarlos ya que pueden evolucionar desfavorablemente.

Palabras clave: Kidney, Pain,Urology.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Hidroneumotórax

Vázquez Molina R[1], Garcia Maturana A[2], García López E[3]

[1] *Médico de Familia. CS Huétor-Tájar (Granada)*

[2] *MIR 4º año de MFyC. CS Huétor-Tájar (Granada)*

[3] *MIR 4º año de MFyC. CS La Chana. Granada*

Ámbito del caso: urgencias hospitalarias.

Motivo de consulta: disnea de moderados esfuerzos.

Historia Clínica:

APs: asma bronquial, fumador. Disnea de moderados esfuerzos desde hace un mes, tos seca y expectoración ocasional. Ortopnea de dos almohadas. Afebril. Exploración: BEG, COC, FR 20 rpm, Eupneico. ACR: abolición del murmullo vesicular en hemitórax izquierdo con semiología de derrame pleural. Tonos rítmicos sin soplos. Pruebas complementarias: HG: 8870 leucocitos con 68% de neutrofilos, hb 17,5. Rx tórax: nivel hidroaéreo en hemitórax izquierdo. TAC: derrame pleural con engrosamiento de la superficie pleural con varios niveles hidroaéreos que ocupa el hemitórax izquierdo junto con condensación en lóbulo inferior y superior izquierdos con componente de atelectasia y probable fístula broncopleural. Bq líquido pleural: 310 leucocitos con 70% mononucleares, un 30% PMN; proteínas 4,6, G 90, LDH 737, eosinofilos 22 y hematíes 1010.

Juicio clínico: hidroquilotórax.

Diagnóstico diferencial: reagudización asmática, TEP, traumatismo, arritmia, absceso pulmonar.

Tratamiento y planes de actuación: drenaje: 4000 ml de líquido pleural con Rx de control. Ingreso en neumología. Alta hospitalaria con cefditoreno /12h durante 5 días y carbocisteina / 8h. A los diez días aparece infección de tubo de drenaje, se pauta levofloxacino 500 mg/ 24h. Cultivo: S. aureus y se pauta Clindamicina 300 mg; 2º cultivo de exudado: S.aureus (+), se cambia a Fosfomicina 500 mg/8h durante 16 días; 3er culltivo: no se aíslan microorganismos.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): hidroneumotórax es la coexistencia de aire y líquido en la cavidad pleural, una forma complicada de neumotórax que se asocia a fístula broncopleural. La causa más frecuente es yatrogénica (colocación de vías centrales, toracocentesis). Otras: neoplasias primarias (mesoteliomas), metastásicas (carcinoma renal) o traumatismos torácicos. Se puede asociar a empiema piógeno. Diagnóstico mediante radiología simple y TAC, diagnóstico diferencial con el absceso pulmonar. Importante es la longitud del nivel hidroaéreo cuando se comparan las proyecciones posteroanterior y lateral. Si la longitud es diferente: pioneumotórax. En TAC, el nivel hidroaéreo en íntima relación con la pared torácica, el espacio tiene un margen regular, liso y bien definido, modificandose con los cambios de posición.

Palabras clave: hydropneumothorax, Primary health care, dyspnoea.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Ictus hemorrágico en paciente joven

Borrego Marchena M[1], Barberán Morales C[1], Torres Granado M[2]

[1] *Médico de Familia. DCCU Chiclana (Cádiz)*

[2] *Médico de Familia. DCCU Alcalá de Guadaira (Sevilla)*

Ámbito del caso: urgencias extrahospitalarias.

Motivo de consulta: disartria, desviación de comisura labial y hemiparesia.

Historia Clínica:

Antecedentes personales: no alergias medicamentosas. Diabetes Mellitus tipo 2. Hipertensión arterial. Bypass gástrico hace 2 años. Exfumador de 40 cigarrillos/día desde hace 6 años. Antecedentes familiares: padre fallecido de ACV (accidente cerebral vascular). Madre fallecida de neoplasia de mama.

Anamnesis: varón de 44 años con disartria, desviación de comisura labial izquierda y hemiparesia derecha de 15 minutos de evolución, se avisa a 061 activándose a nuestra unidad.

Exploración física: buen estado general, normocoloreado, bien hidratado y perfundido, eupneico, no tiraje; consciente, orientado y colaborador, pupilas isocóricas y normorreacticas, desviación de comisura labial izquierda, hemiparesia derecha, disartria, NIHSS 9 puntos; auscultación cardiorrespiratoria normal; exploración abdominal normal; miembros inferiores con edemas maleolares y pretibiales crónicos; Tensión arterial 180/95 mmHg, resto de constantes normales. Electrocardiograma: ritmo sinusal a 75 latidos por minuto sin trastornos de la reporalización. Se activa el Código Ictus, se canaliza una vía periférica con suero fisiológico, se monitoriza electrocardiograficamente al paciente y se traslada en UVI móvil a urgencias hospitalarias.

Pruebas complementarias: TAC (Tomografía axial computerizada) craneal: hematoma intraparenquimatoso de 2 x 4 cm, en cápsula externa-núcleo lenticular izquierdos con mínimo edema perilesional y efecto masa sobre ventrículo ipsilateral colapsando el asta frontal. Resonancia nuclear magnética craneal: hematoma intraparenquimatoso de 4,7 x 3,6 cm en fase subaguda en localización citada. Hemograma, bioquímica y estudio de coagulación normales. Orina: 500 leucocitos, 250 eritrocitos. Radiografía de tórax: normal. Al tratarse de un Ictus hemorrágico no se realiza fibrinolisis. Ingresa en servicio de Neurología al no ser subsidiario de tratamiento neuroquirúrgico.

Enfoque familiar: adecuado soporte familiar y social.

Juicio clínico: ACV hemorrágico de ganglios basales izquierdos. Diagnóstico diferencial: ACV isquémico, Neoplasia cerebral.

Tratamiento y evolución: mejoría clínica inicial con control de tensión arterial y tratamiento rehabilitador. Resangrado un mes después presentándose como síncope.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): consideramos muy importante el Código Ictus para el mejor pronóstico del paciente, aunque no se tratara de un ictus isquémico subsidiario de fibrinolisis en nuestro caso. Resaltamos la presentación atípica del ictus hemorrágico sospechándose en un principio el origen isquémico del proceso.

Palabras clave: stroke, fibrinolysis, cardiovascular risk.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Doctora, me duele el estómago

Vázquez González N[1], Espina Rodríguez N[2], Pozuelo Rodríguez A[3]

[1] *MIR 3er año de MFyC. CS San Andrés-Torcal. Málaga*

[2] *MIR 3er año de MFyC. CS Colonia Santa Inés-Teatinos. Málaga*

[3] *MIR 3er año de MFyC. CS Salud Delicias. Málaga*

Ámbito del caso: mixto (atención primaria y especializada).

Motivo de consulta: epigastralgia crónica.

Historia Clínica:

Antecedentes personales: varón, 72 años, fumador de 4.5 paquetes/año, HTA y obesidad.

Anamnesis: intolerancia alimentaria de tres meses de evolución, epigastralgia que no respeta el descanso nocturno, plenitud postprandial con sensación de nudo epigástrico, hiporexia y pirosis ocasional; que no mejoran pese a medidas higiénico-dietéticas y tratamiento farmacológico prescrito.

Exploración física sin alteraciones exceptuando abdomen globuloso con dolor epigástrico a la palpación.

Pruebas complementarias:

-Analítica: destaca anemia ferropenica, LDH 240, PCR 116, albumina 3.03, prealbumina 8.91. CEA y CA 19.9 normales.

-Antígeno de Helicobacter Pylori en heces: negativo.

-Ecografía de abdomen: masa heterogénea en epigastrio de 8cm, sospechosa de neoplasia gástrica.

-Endoscopia digestiva alta: infiltración gástrica que afecta a cuerpo y antro, (principalmente curvatura menor, mayor y cara anterior), con amplias áreas ulceradas y consistencia muy dura.

-TC abdominal: masa de gran tamaño que infiltra el cuerpo y el antro gástrico, con abundantes adenopatías locoregionales de gran tamaño, múltiples implantes peritoneales diseminados y probable infiltración del cuerpo pancreático compatible con neoplasia gástrica avanzada con infiltración de órganos vecinos y signos de carcinomatosis peritoneal.

-Anatomía patológica (mucosa gástrica): infiltración difusa por linfoma no hodgkin B agresivo.

Enfoque familiar y comunitario: esposa ama de casa. 5 hijos independizados. Jubilado (camionero). Aqueja no haber estado con su familia para apoyarla y ahora tendrán que cuidarlo.

Juicio clínico: linfoma no Hodking de células B agresivo gástrico localmente avanzado.

Diagnóstico diferencial: enfermedad ulceropéptica, Enfermedad por reflujo gastroesofágico, Dismotilidad gastroduodenal, Hernia de hiato, Dispepsia funcional, Infiltración gástrica, Adenocarcinoma gástrico, Patología biliar pancreática.

Identificación de problemas: paciente poco frecuentador dificultando su seguimiento.

Tratamiento y planes de actuación: inicia quimioterapia paliativa.

Evolución: acude varias en ocasiones a urgencias por hemorragia digestiva alta con repercusión hemodinámica, precisando trasfusiones sanguíneas. Actualmente en seguimiento por cuidados paliativos.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): importancia de una correcta anamnesis y exploración física detallada para detectar síntomas de alarma. Promover una adecuada educación sanitaria para intentar que la patología cancerosa se detecte lo más precozmente posible pudiendo así establecer medidas terapéuticas más agresivas.

Palabras clave: abdominal pain, dyspepsia, lymphoma.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Calambres eosinofilicos

Guillen Montero MªA[1], García Martinez F[2], Rico López C[3]

[1] MIR 2º año de MFyC. CS Abla (Almería)
[2] Medico de Familia. CS Níjar (Almería)
[3] Medico de Familia. CS Abla (Almería)

Ámbito del caso: mixto (atención primaria y especializada).

Motivo de consulta: mialgias, pérdida de peso.

Historia Clínica: enfoque individual: antecedentes personales: hipotiroidismo, dislipemia, insuficiencia venosa MI.

Anamnesis: paciente que presenta cuadro de mialgias en ambos gemelos que se extendió a miembros superiores junto con pérdida de peso de un año de evolución, estudiada inicialmente por reumatología y clasificada como fibromialgia (15-18 puntos gatillo). La paciente acudió a urgencias por aumento del dolor y aparición de contracturas mantenidas, siendo remitida a neurología.

Exploración (destaca): la presencia de induraciones en miembros superiores e inferiores con el signo del surco en el miembro superior derecho de forma más predominante. Dedos de manos y pies respetados. Limitación de la marcha en talones. El cuadro comenzó hace seis meses acompañado de astenia, mialgias y pérdida de peso.

Pruebas complementarias (a destacar):

Analitica: PCR 3,27; Marcadores tumorales y autoanticuerpos negativos, serología para Epstein-Baar, citomegalovirus, Lues, Toxoplasma, Rubeola, Hepatitis A y C, VIH, quiste hidatídico y Rickettsia todas negativas, hemograma normal salvo leucocitos 12.370, neutrofilos normales pero eosinofilos 2,86%. En Analiticas previas la eosinofilia alcanzó valores de 15,6% (1-7).

EMG: normal, no actividad muscular continua.

Juicio clínico: fascitis eosinofílica.

Diagnóstico diferencial: síndrome de Stiff-Person, esclerosis múltiples sistémica y morfea, fibromialgia, síndrome del aceite tóxico, síndrome de mialgia eosinofilica (por ingestión de L-triptofano), etc.

Identificación de problemas: a causa de su diagnóstico precoz de fibromialgia provocó el alargamiento del estudio de su patología real.

Tratamiento: inició tratamiento con medprednisona a dosis bajas.

Evolución: se le implantó tratamiento con prednisona a dosis altas y se combinó con azatioprina con lo que la paciente mejoró considerablemente.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): la fascitis eosinofílica es un síndrome esclerodermiforme infrecuente de etiología desconocida, que cursa con engrosamiento de la fascia muscular y tejido celular subcutáneo e infiltración variable de eosinófilos. Comienza de forma aguda con edema, induración dolorosa y simétrica de las extremidades que rápidamente progresa a fibrosis y genera limitación de la movilidad articular. En la mayoría de los casos se reconoce el antecedente de ejercicio físico intenso o traumatismos. Se asocia con eosinofilia periférica, hipergammaglobulinemia policlonal y aumento de la eritrosedimentación. Los glucocorticoides a altas dosis son el tratamiento de elección. El diagnóstico fue confirmado por biopsia profunda y se inició tratamiento con GC a altas dosis que en nuestro caso se asociaron aztioprina respectivamente, con buena respuesta.

Palabras clave: mialgias, eosinofilia, fasciculaciones.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Doctora, no puedo llenar el pecho completamente de aire

Lozano Mengíbar MªC[1], Guirado Sánchez MªI[2], Elorza Maza B[1]

[1] *Médico de Familia. CS Balanegra (Almería)*
[2] *MIR 1er año de MFyC. CS Balanegra (Almería)*

Ámbito del caso: atención primaria.

Motivo de consulta: disnea.

Historia Clínica: anamnesis: paciente de 22 años. IMC: 17.5. Fumador de 1 paquete al día desde hace 6 años.

Acude a nuestra consulta por referir "no poder llenar completamente el pecho de aire y sensación de ruido al respirar". Refiere dolor torácico tipo opresivo irradiado a espalda que aumenta con la respiración. El día anterior, fue atendido en el servicio de urgencias del hospital por cuadro de dolor en hemitórax izquierdo irradiado a espalda sin cortejo vegetativo asociado. En informe clínico, como hallazgo en la exploración física, se describe una disminución del murmullo vesicular en hemitórax izquierdo en auscultación pulmonar. ECG: RS a 60 lpm, onda T picuda en v3. Rx de tórax normal. Se diagnostica de dolor torácico de características pleuríticas y es tratado con Dexketoprofeno iv.

Exploración: BEG, normohidratado y perfundido. Hiperinsuflación del tórax. Disnea leve. Ansiedad. Afebril. AC: rítmica, no soplos. AR: murmullo vesicular disminuido en hemitórax izquierdo.

Tras la administración de Alprazolam 0.5 mg sbl, refiere leve mejoría del cuadro. ECG: FC a 85 lpm. Elevación de ST en v3, v4 y v5. Eje normal.

Derivo a urgencias del hospital.

Diagnóstico diferencial: angina cardiaca, IAM. Tromboembolismo pulmonar. Ansiedad. Osteomuscular. Neoplasia pleural. Neumonía. Pericarditis aguda. Taponamiento cardíaco. Disección aórtica. Espasmo esofágico difuso. Rotura esofágica.

Pruebas complementarias: Rx de tórax (en espiración): "línea pleural". Pulmón izquierdo colapsado.

Diagnóstico: neumotórax izquierdo espontáneo.

Tratamiento: toracentesis por aspiración con aguja.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): ante todo dolor torácico agudo, de aparición súbita y características pleuríticas hemos de descartar la aparición de neumotórax. La Pericarditis es la causa más frecuente de elevación del segmento ST (otras causas de elevación del ST son: infarto agudo de miocardio, cor pulmonale, neumotórax, neumopericardio, repolarización precoz). Puede diferenciarse del infarto agudo de miocardio en que la elevación del ST en la pericarditis se encuentra en casi todas las derivaciones. En el neumotórax, las alteraciones en el ECG son raras, no obstante, las alteraciones electrocardiográficas en neumotórax izquierdo se caracterizan por disminución del voltaje del QRS, alteraciones en la repolarización, disminución de la amplitud y progresión de la onda R en precordiales y/o aplanamiento e inversión de las ondas T.

Palabras clave: disnea, elevación del segmento ST, neumotórax espontáneo.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Dolor por frio

García Martínez F[1], Guillen Montero MªA[2], Rico López C[3]

[1] Medico de Familia. CS Nijar (Almeria)
[2] MIR 2º año de MFyC. CS Abla (Almería)
[3] Medico de Familia. CS Abla (Almería)

Ámbito del caso: atención primaria y especializada.

Motivo de consulta: dolor en dedos.

Historia Clínica:

Enfoque individual: el paciente trabajaba como pescadero, por lo que a diario requería estar en contacto con hielo y frío.

Antecedentes personales: fumador de 10-15 cigarros/día. NAMC.

Anamnesis: paciente que acude a consulta por presentar dolor en dedos de la mano, de una semana de evolución. El paciente refiere haber tomado AINEs, sin mejora. Niega traumatismo. El dolor le empeora cuando se encuentra trabajando.

Exploración: palidez y frialdad en 2 y 3 dedo de mano derecha, con sensibilidad disminuida con respecto a mano izquierda. Fuerza conservada. Tensión arterial 120/ 70 en ambos brazos. Pulsos radial y cubital laten simétricos. ACR: Normal.

Pruebas complementarias: hemograma: lecucitos 13850 (linfocitos 45%), resto normal. PCR 0.4, factor reumatoide 7.5, bioquimica: perfil renal y hepático normal.

Juicio clínico: síndrome de Raynaud.

Diagnostico diferencial: enfermedad de Takayasu.

Planes de actuación y tratamiento: se comenzó tratamiento en atención primaria, con medidas de aislamiento del frio, dejar de fumar, nifedipino retard 30mg.

Evolución: el paciente acudió de nuevo a consulta por intenso dolor, fue derivado a hospital de referencia para valoración por cirugía vascular, se le realizó Angio-TAC torácico y ecocardiograma, ambos sin hallazgos patológicos. El paciente requirió ingreso y tratamiento intravenoso con prostaglandinas. Fue dado de alta con mínima sintomatología, y con tratamiento con cilostazol, nifedipino retard, AAS, y cortidoides en pauta descendente.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): el fenómeno de Raynaud consiste en episodios de cambios de color en los dedos de las manos y los pies durante la exposición al frío o en respuesta a estrés emocional, puede afectar también las orejas, labios y nariz.

Se produce por una disminución del volumen sanguíneo en las partes antes mencionadas. Las personas con esta patología son más sensibles a las bajas temperaturas. Un ataque dura generalmente de 10 a 15 minutos.

Cuando ocurre en ausencia de enfermedad, se conoce como fenómeno de Raynaud primario. Este fenómeno también puede ocurrir en asociación con varias formas de artritis como artritis reumatoide, esclerodermia, lupus. A esta forma se le llama fenómeno de Raynaud secundario. La causa del Rayunaud primario no está muy clara, en el secundario es debida a una vasculitis.

El diagnóstico se realiza mediante una correcta anamnesis, y descartando otras causas secundarias.

Palabras clave: dolor, frío, Raynaud.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Apéndice colonizado

Espínola Coll EM[1], Bernal Hinojosa MªA[2], García Gollonet B[3]

[1] MIR 2º año MFyC. CS Coín (Málaga)
[2] MIR 2º año MFyC. CS Carranque. Málaga
[3] MIR 2º año MFyC. CS San Andrés-Torcal. Málaga

Ámbito del caso: presentamos a continuación un caso desarrollado tanto en la consulta de atención primaria como en el servicio de urgencias hospitalario y consultas externas de ginecología y digestivo.

Motivo de consulta: dolor y malestar de siete meses de evolución en fosa iliaca derecha.

Historia Clínica:

Antecedentes personales: mujer de 37 años sin alergias conocidas, enfermedades prevalentes, hábitos tóxicos o tratamiento habitual.

Historia actual: paciente de 37 años que acude al servicio de urgencias en múltiples ocasiones por cuadro de 7 meses de evolución de dolor en fosa iliaca derecha, acompañado de malestar general, náuseas, vómitos y febrícula. A la exploración se objetiva un abdomen doloroso a la palpación en fosa iliaca derecha, sin signos de irritación peritoneal. En todas las ocasiones es dada de alta a domicilio, con diagnóstico de dolor abdominal inespecífico y tratamiento analgésico, es derivada a los especialistas de digestivo y ginecología para estudio en consultas externas. La paciente es valorada en múltiples ocasiones por su médico de familia por la misma sintomatología sin ser capaces de llegar a un diagnostico claro y ni ceder el malestar abdominal. Se descarta patología por parte de ginecológica y digestivo.

Pruebas complementarias: se realiza analítica sanguínea normal salvo eosinofilia, ecografía de abdomen, ecografía ginecológica y tomografía axial computerizada en la que no se evidenció ningún hallazgo, en la colonoscopia como único dato destacable se observan oxiuros vivos en colon.

Evolución: se trató con fármacos antiparasitarios y tras la intervención quirúrgica mejoró, solventando el dolor abdominal. Juicio clínico: apendicitis por oxiuros.

Plan de actuación: finalmente se decide realizar laparoscopia exploradora ante la existencia de todas las pruebas complementarias negativas y la persistencia el dolor tan localizado en zona apendicular, en la anatomía patológica se evidencian oxiuros en el apéndice.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): el dolor abdominal inespecífico es una patología muy frecuente del ámbito de atención primaria, es importante realizar una buena anamnesis y diagnóstico diferencial, son muchas las patologías que pueden verse asociadas a un dolor abdominal, incluso la somatización, por eso nos debemos de apoyar en las pruebas complementarias y en ocasiones es necesario llegar a la laparoscopia exploradora como única solución.

Palabras clave: appendicitis, pinworms, pain.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Pérdida de visión en mujer joven

Bermúdez Torres FM[a1], González Contero L[1], Barberán Morales C[2]

[1] *Médico de Familia. Hospital Universitario de Puerto Real (Cádiz)*
[2] *Médico de Familia. DCCU Chiclana de la Frontera (Cádiz)*

Ámbito del caso: atención primaria y atención hospitalaria.

Motivo de consulta: dismución de agudeza visual en ojo derecho.

Historia Clínica: paciente, mujer de 22 años, sin alergias medicamentosas, y sin antecedentes médico-quirúgicos de interés. Fumadora. En tratamiento con anticonceptivos orales. Acude a consulta por presentar disminución brusca de la agudeza visual de ojo derecho de unas horas de evolución, acompañado de astenia, visión monocromática, diplopia monocular y dolor a la movilización ocular. No cefalea. No fiebre. No pérdida de fuerza en extremidades. Niega procesos víricos recientes, relaciones sexuales de riesgo y antecedentes familiares neurológicos. Se deriva a urgencias hospitalaria para valoración e ingreso.

Exploración: buen estado general, consciente, orientada, y colaboradora, bien hidratada y perfundida, eupneica en reposo y normotensa. No lesiones cutáneas. Signos meningeos negativos. Auscultación cardiaca: tonos ritmicos sin soplos. Auscultación pulmonar: murmullo vesicular conservado. Abdomen anodino. Extremidades sin edemas. Exploración neurológica: púpilas con defecto aferente relativo, motores oculares externos y pares craneales conservados. No nistagmus. Fuerza y sensibilidad en las 4 extremidades presentes y simétricas. No dismetría ni disdiacocinesia. Barre y mingazinni negativo. Romberg negativo. Marcha normal.

Campo visual por confrontación normal. Disminución de agudeza visual según la escala de optotipos.

Pruebas complementarias: analítica dentro de la normalidad, con serología negativa.

Fondo de ojo con edema de papila, hiperemica con bordes borrosos.

Resonancia magnética: lesiones hiperintesas periventriculares y yuxtacorticales.

Punción lumbar: líquido claro, con salida gota a gota, y 20 celulas mononucleares. Test de bandas oligoclonales IgG en LCR positivo.

Juicio clínico: neuritis óptica. Esclerosis múltiple.

Diagnóstico diferencial: encefalitis, lupus eritematoso sistemico y otras enfermedades autoinmunes, traumatismo ocular, sifilis, infecciones virales, infeccion respiratoria por mycoplasma, tuberculosis.

Tratamiento y plan de actuación: ingreso hospitalario en Neurología. Inicio de tratamiento con corticoides intravenoso e interferón intramuscular semanal. Posterior seguimiento en consulta de neurología y oftalmología.

Evolución: favorable, con recuperación progresiva de agudeza visual.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): ante síntomas y signos de neuritis optica, debemos realizar un correcto diagnostico diferencial para tratar la enfermedad de base y conocer el pronóstico visual del paciente.

Palabras clave: decreasse of visual keennes, ocular pain, multiple sclerosis.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Algo más que una pancreatitis

Bernal Hinojosa MªA[1], Espínola Coll EM[2], Fernández Fernández MªC[3]

[1] MIR 2º año de MFyC. CS Carranque. Málaga
[2] MIR 2º año de MFyC. CS Coín (Málaga)
[3] MIR 2º año de MFyC. CS Tiro de Pichón. Málaga

Ámbito del caso: el caso que presentamos se desarrolla en el ámbito hospitalario.

Motivo de consulta: dolor abdominal en flanco izquierdo de 48 horas de evolución.

Historia Clínica:

Antecedentes personales: mujer de 18 años, sin alergias medicamentosas conocidas, sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés, exfumadora, sin tratamiento habitual.

Anamnesis: acude a urgencias por dolor en hipocondrio izquierdo, epigastrio y flanco izquierdo de 2 días de evolución, de tipo cólico, irradiado a espalda, con náuseas y vómitos biliosos. Además, edema palpebral izquierdo y tumefacción tiroidea.

Exploración: buen estado general. Masa palpebral izquierda de 3 cm. Masa tiroidea pétrea de 5x3 cm. Molestias abdominales a la palpación. Resto anodino. Pruebas complementarias: analítica: leucocitos 21700 (62%neutrófilos), bilirrubina total 8.3, bilirrubina directa 7.7, amilasa 1199; ecografía abdominal: dilatación de la vía biliar intra y extrahepática sin poder precisar causa obstructiva, asas intestinales con paredes engrosadas, líquido libre interasas; colangio-resonancia: dilatación de la vía biliar intrahepática que se continua con colédoco dilatado de 1.8 cm con stop brusco en su porción intrapancreática/duodenal en probable relación con engrosamiento patológico de la pared duodenal, engrosamiento de las asas intestinales incluidas en el estudio, tanto de delgado como del ángulo esplénico del colon, engrosamiento de las paredes gástricas. Estos hallazgos sugieren infiltración difusa del mismo a valorar proceso linfoproliferativo; endoscopia digestiva alta: pliegues muy engrosados desde fundus hasta antro, muy friables, se toman muestras; anatomía patológica de muestras de dudodeno y estómago: infiltación por Linfoma no Hodgkin (LNH) B tipo Linfoma de Burkitt (con positividad para CD20, CD79a, CD10 y BCL-6 e índice proliferativo Ki-67 del 100%); citología exfoliativa peritoneal: positiva para células malignas; biopsia de médula ósea sin infiltración neoplásica; TC abdominopélvico: engrosamiento irregular paredes del estómago.

Juicio clínico: LNH de células grandes B tipo Linfoma de Burkitt estadio IVE (afectación difusa gástrica e intestinal). Tratamiento: quimioterápicos: ciclofosfamida, vincristina, adriamicina, rituximab; además de quimioterapia intratecal (metotrexato y citarabina).

Evolución: favorable durante el ingreso, con mejoría sintomática. Seguimiento y tratamiento quimioterápico mensual en servicio de oncología médica.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): es importante la valoración integral de los pacientes, así como la realización de las pruebas complementarias más adecuadas.

Palabras clave: Non Hodgkin Lymphoma.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Doctora, ¿qué me pasa?, cada día me parezco más a un bebé

Vázquez González N[1], Pozuelo Rodríguez A[2], Villén Villén JC[3]

[1] MIR 3er año de MFyC. CS San Andrés-Torcal. Málaga

[2] MIR 3er año de MFyC. CS Delicias. Málaga

[3] MIR 4º año de Oncología Radioterápica. Hospital Regional Universitario. Málaga

Ámbito del caso: mixto (primaria, urgencias y especializada).

Motivo de consulta: olvidos y dificultad para la realización de tareas cotidianas.

Historia Clínica:

Antecedentes personales: mujer, 61 años. Nacionalidad Británica, residente en España desde hace varios años.

Ananmesis: cuadro subagudo rápidamente progresivo de 2 meses de evolución consistente en deterioro de la memoria (olvidos), dificultad para realizar tareas que antes "no tenía que pensar" y para reconocer números y letras escritos.

Exploración física por órganos y sistemas sin alteraciones a excepción de lateralización leve de la marcha a la derecha.

Pruebas complementarias: analítica sanguínea y sistemático de orina sin hallazgos. ECG: normal. Radiografía de tórax: sin alteraciones. RMN cerebral con contraste: masa parietooccipital izquierda de 57 x 48 mm que se extiende a cuerpo calloso, con importante edema digitiforme asociado y que restringe periféricamente a la difusión. Tras la administración de contraste se observa realce lineal periférico sin realces nodulares medibles (hallazgos compatibles con glioblastoma). Anatomía patológica con inmunohistoquímica: EGFR (+), PAFG (+), PTEN (+), IDH-1 (-), KI67 (30%), P53 (+, >50%).

Enfoque familiar y comunitario: vive con su marido (ambos jubilados). 2 hijos en Inglaterra. Escasa red social.

Juicio clínico: glioblastoma multiforme (grado IV de la OMS).

Diagnóstico diferencial: neoplasias sistema nervioso central (primarias y MTS), enfermedad neurodegenerativa (ej. enfermedad Cuerpos de Lewy), Infecciones sistema nervioso central, Encefalopatías toxico-metabólicas (ej. Déficit B12), encefalopatías autoinmunes (ej. encefalopatía de Hashimoto), endocrinopatías (ej. hipotiroidismo).

Identificación de problemas: barrera idiomática y gran demora en consultar.

Tratamiento y planes de actuación: se realiza exéeresis tumoral parcial mediante craniotomía. Posteriormente se inicia radioterapia y quimioterapia con temozolamida.

Evolución: a los 5 meses acude a urgencias por varias crisis epilépticas tónico-clónicas. En TC craneal se observa otra área hipodensa frontal izquierda con foco hiperdenso en relación con sangrado agudo, con herniación subfalcina y uncal, y LOEs en ganglios basales izquierdos. Se inician anticomiciales y corticoides. Debido al gran empeoramiento de su estado neurológico y basal se deriva a cuidados paliativos.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): destacar la importancia de la realización de técnicas de neuroimagen cuando exista un deterioro cognitivo rápidamente progresivo para descartar lesiones ocupantes de espacio causantes del cuadro.

Palabras clave: Stroke, Brain Neoplasms, Neurodegenerative Diseases.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Insuficiencia cardiaca diastolica en adulto joven: un caso complejo en atención primaria

Leseduarte Romera M[1], Roman González E[2], Romo Escasanny C[3]

[1] *MIR 1er año de MFyC. CS Virgen del Mar. Almería*

[2] *Médico de Familia. Centro Hospitalario Torrecárdenas. Almería*

[3] *Médico de Familia. CS Virgen del Mar. Almería*

Ámbito del caso: atención primaria y hospitalaria.

Motivo de consulta: la paciente acude a consulta de AP por astenia, disnea, tos y edemas generalizados.

Historia Clínica: presentamos el caso de una mujer de 49 años con antecedentes: anemia crónica secundaria a gastrectomía y crisis de pánico.

Tratamiento: ácido fólico 10 mg/12h, sucralfato 1g/8h, lansoprazol 30mg/24h, propanolol 40mg/24h y diazepan 10mg/8h

Peso 55 kg. TA: 180/100. Electrocardiograma normal. Analítica: anemia ferropénica, elevación de reactantes agudos, creatinina y ácido úrico. Asocia hipoalbuminemia. Aclaramiento creatinina: 43,13 (unidades). Radiografía: aumento de trama intersticial pulmonar. Es derivada al hospital, ingresando en medicina interna. Se realiza ecocardiografía observándose un ventrículo izquierdo (VI) no dilatado, contractilidad global y segmentaria conservadas (FE-VI:71%), alteración de relajación del VI. Péptido natriurético-B: 269 pg/ml.

Evoluciona favorablemente con tratamiento deplectivo siendo diagnosticada de ICD grado funcional II (NYHA). Vuelve a consulta de AP donde añadimos candesartán 16 mg/24h e hidroclorotiazida 12,5mg/24h siendo citada para seguimiento ecocardiográfico.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): en España, la prevalencia de insuficiencia cardiaca (IC) es del 2%, duplicándose cada década. Supone la tercera causa de mortalidad cardiovascular. El coste en salud y sanitario, derivado de múltiples reingresos, señala la gran importancia de un correcto manejo en Atención Primaria (AP).

La IC diastólica (ICD) está habitualmente infradiagnosticada; sin embargo un alto nivel de sospecha optimizará nuestro nivel de acierto diagnóstico. Se ha asociado a hipertensión arterial (HTA), fibrilación auricular e insuficiencia renal (IR).

Se derivó al hospital por la edad, afectación renal, clínica congestiva, hipoalbuminemia, HTA y precisar ampliar exploraciones complementarias. Considerando que en España se producen 80.000 ingresos/año por IC es imprescindible destacar la importancia del diagnostico precoz en AP de jóvenes con factores de riesgo; la AP es la puerta de entrada al sistema sanitario y donde centrar la alerta.

El estudio ecocardiográfico en AP es una herramienta útil de detección precoz y seguimiento, obviamente sin excluir las interconsultas cardiológicas. Por tanto, el médico de familia debe mantener un alto nivel de alerta ante pacientes de riesgo de ICD, incluso dominar los rudimientos de técnicas específicas como la ecocardiografía.

Palabras clave: insuficiencia cardiaca diastólica.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

EPID y yatrogenia

Pérez Membrive EJ[1], Mateos Ortega R[2], Lara Doblas DM[3]

[1] *MIR 2º año de MFyC. CS Lucena II. Córdoba*

[2] *MIR 2º año de MFyC. CS Lucena I. Córdoba*

[3] *MIR 2º año de MFyC. CS Matrona Antonia Mesa Fernández. Cabra (Córdoba)*

Ámbito del caso: atención primaria y hospitalaria.

Motivo de consulta: disnea de meses de evolución.

Historia Clínica:

Antecedentes personales: varón. 53 años. No alergias medicamentosas. Tabaquismo activo de 30 paquetes-año. Profesión: transportista. No mascotas. Anamnesis: disnea de meses de evolución a mínimos esfuerzos acompañada de tos escasa sin expectoración. No dolor torácico ni hemoptisis. No fiebre. No síndrome constitucional. Saturación O2: 92%. Temperatura 36,8º. Regular estado general. Bien hidratado y perfundido. Ligera taquipnea en reposo. Auscultación cardiorrespiratoria: tonos rítmicos sin soplos, murmullo vesicular conservado con crepitantes secos en ambas bases pulmonares. No otros hallazgos exploratorios. Electrocardiograma normal. Radiografía torácica: Patrón intersticial difuso. Pruebas de función respiratoria: patrón restrictivo. Se deriva a hospital: Gasometría arterial (GSA) basal: pO2 62. TACAR: Opacidades en vidrio deslustrado difusas, lesiones nodulillares centrolobulillares mal definidas con pequeñas lesiones quísticas aéreas. Cultivo de esputo y serología infecciosa negativa. Broncoscopia: mucosa de broncopatía crónica. Citología negativa para células malignas. Biopsia transbronquial: mucosa bronquial con edema e inflamación crónica activa. Se deriva a hospital de referencia para biopsia pulmonar por videotoracoscopia, con resultado: hallazgos histológicos compatibles con neumopatia intersticial no específica (NINE). Se instaura tratamiento corticoideo específico. Al cabo de días acude a urgencias por dolor torácico en zona de biopsia acompañado de fiebre, escalofríos y aumento de disnea. ACR: silencio ausculatorio en base derecha. Radiografía torácica: derrame pleural derecho y patrón intersticial bibasal. GSA: pO2 53. Hemograma: Leucocitos 16.550; neutrófilos 86%; resto normal. Antigenuria legionella y neumococo negativa. Se realizó toracocentesis, colocando un tubo pleural al objetivarse moderado derrame pleural con ph acidótico compatible con etiología infecciosa aguda, sugestivo de derrame paraneumónico complicado. Cultivo líquido pleural: Estafilococo aureus. Se extrajeron 900cc de líquido, instaurando tratamiento antibiótico y corticoideo. Al alta: afebril, con buen estado clínico. Juicio clínico: Neumopatía intesticial no específica con derrame pleural derecho paraneumónico complicado. Diagnóstico diferencial: Fibrosis pulmonar idiopática, neumonía intesticial, sarcoidosis, proteinosis alveolar. Tratamiento: Cloxacilina 10 días, Prednisona (1mg/Kg al día).

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): la yatrogenia continúa siendo una constante, aunque cada vez menos, en las pruebas diagnósticas invasivas. Siempre debe ser considerada tras una intervención cuando se planteen dudas de posible recidiva o empeoramiento clínico durante el control del paciente.

Palabras clave: dyspnea, pneumonia, biopsy.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

¿Casualidades de la vida?

Cueto Avellaneda MªL[1], Rodriguez Bravo I[2], Vilar Gamez M[3]

[1] *MIR 3er año de MFyC. CS Almanjáyar. Granada*
[2] *Medico de Familia. CS Almanjayar. Granada*
[3] *MIR de MFyC. CS Almanjáyar. Granada*

Ámbito del caso: atención primaria y hospitalaria.

Motivo de consulta: caídas fortuitas.

Historia Clínica: mujer de 69 años (FAM) de clase social baja, ama de casa. Forma parte de una familia nuclear constituida por su marido, fumador y bebedor, sobre el que vierte acusaciones de conductas agresivas de forma ocasional, y cuatro hijos, ya independizados con los que aparentemente tiene buena relación salvo con el tercero que se ha convertido en fuente de conflicto en la familia, ha sido encarcelado en varias ocasiones, acusado de robo, agresiones y que tras su divorcio vuelve a vivir con sus padres, manteniendo comportamientos extraños. Todos residen en una zona de transformación social. Los constantes conflictos con su hijo están disgregando más a la familia.

FAM ha sido cuidadora principal de su madre durante numerosos años, siendo ésta su principal ocupación, y tras su fallecimiento inicia consultas continuas por dolor lumbar, gonalgia, coxalgia, traumatismos fortuitos con fractura de muñeca, esguince de rodilla y TCE, supuestos episodios disartria y pérdida de conocimiento con RMN Y EEG normales. Ha sido valorada por neurología y cardiología descartándose patología orgánica. Todas estos accidentes se producen en circunstancias extrañas (entra a una panadería y salen unos ladrones, le cae la puerta de la entrada de su bloque encima, cae en las escaleras de un centro comercial...) y que en ocasiones las lesiones no corresponden con los relatos de lo sucedido y es atendida tanto en AP como en Urgencias con relativa frecuencia, donde solicita informes. Una vez descartada la patología orgánica fue derivada a Salud Mental y en la actualidad en tratamiento con sertralina. El abordaje psicosocial nos orienta hacia un trastorno histriónico de la personalidad e incluso la posibilidad de que este padeciendo maltrato físico por parte de su marido.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): este caso nos invita a reflexionar sobre la importancia de realizar un abordaje psicosocial a todos los paciente atendidos en atención primaria, siendo el único equipo capaz de integrar estos factores a los episodios clínicos que los pacientes presentan a lo largo de su vida.

Palabras clave: abordaje biopsicosocial. Trastorno facticio. Maltrato.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Cervicalgia acompañada de vertigo y astenia

Aguilar Bueno P, Rodríguez Cámara JM, Valle Torres S

MIR 4º año de MFyC. CS Ronda Norte. Ronda (Málaga)

Ámbito del caso: atención primaria, urgencias hospitalarias.

Motivo de consulta: mujer de 39 años que acude a consulta por cervicalgia acompañada de cuadro vertiginoso y astenia.

Historia Clínica: mujer de 39 años con ALERGIA a Aines, paracetamol, nolotil y Aas. Antecedentes personales: Saos, asma bronquial. Intervenciones quirúrgicas: hernia umbilical. Niega hábitos tóxicos.

Presenta cervicalgia con limitación funcional de la movilidad del cuello (importante dolor a la dorsiflexión y giro cervical) acompañado de cuadro vertiginoso y astenia, no parestesias. Se prescribe tratamiento con analgésicos, corticoides, relajante muscular y antivertiginoso, la paciente presente mejoría clínica importante pero sin desaparición de la sintomatología.

Exploración: REG. Buena coloración e hidratación de piel y mucosas, ACR: tonos cardiacos rítmicos sin soplos. MVC sin ruidos sobreañadidos. Otoscopia: normal. Exploración neurológica: Consciente y orientada en tiempo y espacio. PICNR. No nistagmos ni dismetría. Movimientos oculares conservados. Pares craneales conservados. Fuerza y sensibilidad en MMSS y MMII conservados 5/5. Romberg negativo, Marcha normal. Exploración cervical: no rigidez de nuca. Se palpa contractura en escalenos. No dolor a la movilización ni a la palpación de apófisis espinosas. Los mareos aumentan con la movilización cervical.

Acude a urgencias hospitalarias donde realizan las siguientes pruebas complementarias:

-Analitica: hemograma: leucocitos 4500 (fórmula normal), plaquetas 205000, Hb 5, Hcto 16.3, VCM 116.4, bioquímica: bilirrubina total 2.98, directa 0.78, LDH 793, resto normal. Orina: nitritos positivos, leucocitos 11-20 por campo.

-ECG: RS a 81 lpm, no alteraciones de la repolarización.

-Radiografía de tórax: dentro de la normalidad

-Radiografía de abdomen: dentro de la normalidad.

Diagnostico diferencial: cervicalgia: mecánica, enfermedades reumáticas, tumores (primarios o metastásicos), infecciones.

Juicio clinico: anemia Hemolítica Autoinmune

Tratamiento: transfusión de 5 concentrados de hematíes, corticoterapia, acido fólico y omeprazol.

Evolucion: actualmente asintomática (Hb 13) en tratamiento con dosis descendente de corticoides y en seguimiento por Hematología/MAP.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): la importancia del diagnostico diferencial en patologias tan frecuentes en atencion primaria como es la cervicalgia y la no mejoria a pesar de tratamiento. Valorar la necesidad de pruebas complementarias.

Palabras clave: neck pain, vertigo, asthenia.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

No sólo hay azúcar. Riesgo cardiovascular global

Cerezo Sánchez P[1], Ordoñez Ruiz MªJ[2], Agrela Cardona Mª[3]

[1] *Médico de Familia. Hospital Alta Resolución Guadix (Granada)*
[2] *Médico de Familia. Centro de Salud Loja (Granada)*
[3] *Médico de Familia. Distrito Sanitario Granada-Metropolitano*

Ámbito del caso: Atención Primaria.

Motivo de consulta: vengo al control del azúcar.

Historia Clínica:

Varon de 68 años, con antecedentes personales de cardiopatía isquémica, hiperlipemia, obesidad, hipertensión arterial, hipertransaminemia, diabetes mellitus, apnea del sueño, bronquitis crónica. Tabaquismo y enolismo activo.

Paciente acude a "control del azúcar", en la última analítica hemoglobina glicosilada 7.2% parece satisfactorio, pero algo no va bien. Nuestro paciente está obeso, fuma y bebe. Decido realizar abordaje integral del paciente para abordar todos los factores de riesgo cardiovascular, ya se ha intentado con él en otras ocasiones y no le veo muy motivado (etapa precontemplativa) pero creo que merece la pena volver a intentarlo. Explico los riesgos a los que se expone si sigue sin cuidarse y su mujer está muy de acuerdo. Damos información sobre grupo de deshabituación a tabaco, dice que va a dejar de beber (sólo son dos vinillos al día) y lo citamos periódicamente con enfermería para intervención individual sobre obesidad. No acude a las citas previstas hasta dos meses después, cuando nos entrega el informe de alta en Cardiología del día anterior, juicio clínico: enfermedad coronaria de 2 vasos implantación de stent en arteria coronaria descendente anterior. Ahora sí está dispuesto a cuidarse y nos pide ayuda (fase de contemplación), reiniciamos el proceso y el paciente sí acude a las citas aunque con pobre resultado. Tras 2 meses reconoce seguir fumando (aunque menos), bebiendo (aunque solo una copa al día) y sólo ha perdido 3 kilogramos.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): el Médico de Familia es el encargado de abordar de manera integral al paciente, en este caso el riesgo cardiovascukar global. No debemos conformarnos con una hemoglobina glicosilada "en rango". Existen programas de intervención individual sobre obesidad, deshabituación del tabaco...

Palabras clave: diabetes mellitus, primary health care, cardiovascular diseases.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

¿Alguna prueba más?

Vilar Gamez M[1], Rodriguez Bravo I[2], Cueto Avellaneda MªL[3]

[1] MIR 1er año MFyC. CS Almanjáyar. Granada
[2] Médico de Familia. CS Almanjáyar. Granada
[3] MIR 3er año de MFyC. CS Almanjáyar. Granada

Ámbito del caso: atención primaria y hospitalaria.

Motivo de consulta: hipereosinofiia como hallazgo casual.

Historia Clínica: CBG es un paciente hipertenso sin otros antecedentes personales de interés que ha sido estudiado en ámbito hospitalario por una eosinofilia mantenida de hasta 8700 cel/mcL detectada en 2009 en atención primaria. Siendo el estudio de parásitos en heces negativo y siendo descartada una enfermedad alérgica fue derivado a medicina interna para proseguir el estudio. Desde entonces y hasta el día de hoy, le han solicitado diversas pruebas diagnósticas: radiografía de torax, ecografía abdominal, proteinograma, marcadores tumorales, estudio de inmunidad, screening de enfermedad celíaca, gastroscopia, colonoscopia, PAMO, PET-TAC, tránsito esofágico y de estómago, RMN abdominal y biopsia medular. Las únicas alteraciones detectadas en esta gran batería de pruebas fue una colonoscopia con un patrón micronodular en empedrado con aftas aisladas en íleon terminal de aspecto inespecífico y en el PET-TAC se detectó un aumento de actividad metabólica localizada en colon ascendente e ileon terminal sugerente de enfermedad de Crohn.

Desde medicina interna también fue derivado a hematología y digestivo, quienes visitan periódicamente al paciente. Han prescrito diferentes tratamientos como: metronidazol, prednisona, beclometasona, ácido ursodeoxicolico e hidroxicarbamida. Llama la atención que el paciente ha estado siempre asintomático y que los diferentes tratamientos recibidos no han producido ningún beneficio en su vida aunque el último ha podido demostrar un ligero descenso de la eosinofilia periférica constatada en diversas ocasiones. El diagnóstico final es un síndrome hipereosinofílico.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): el abordaje de un paciente que tiene como patología un solo dato analítico y que ha sido sometido a multitud de pruebas invasivas y a tratamientos no exentos de efectos secundarios importantes y no del todo indicados puesto que tras todo el recorrido por especializada no tiene un diagnóstico claro ni tampoco una indicación.

Palabras clave: hipereosinofilia, yatrogenia.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

El cáncer de mama, también un asunto de hombres

López Puerta L[1], Guerrero Barranco B[2], Montabes Pereira C[3]

[1] MIR 1er año de MFyC. CS Roquetas Sur (Almería)
[2] MIR 2º año de MFyC. CS Roquetas Sur (Almería)
[3] Médico de Familia. CS Roquetas Sur (Almería)

Ámbito del caso: varón de 55 años que acude a nuestra consulta del centro de salud.

Motivo de consulta: el paciente refiere dolor en mama izquierda y aumento de tamaño de la misma, no sabe precisar desde cuando exactamente.

Historia Clínica: antecedentes personales: no alergias medicamentosas. Sin factores de riesgo cardiovascular salvo hipertensión. No otra patología, ni cirugías previas. No toma tratamiento habitual. Antecedentes familiares desconocidos.

Exploración física: buen estado general, exploración general sin alteraciones salvo ginecomastia unilateral izquierda, dolorosa a la palpación, ausencia de lesiones visibles ni palpables. Constantes normales.

Se solicitó analítica con perfil hepático, renal y prolactina y se realiza derivación a Unidad de mama para estudio. En consultas externas se cita al paciente para realización de ecografía abdominopélvica, mamaria y axilar bilateral. Ecografía abdominopelvica: destaca esteatosis hepática, resto normal. Ecografía mamaria: se visualiza un nódulo sólido retroareolar de 8 mm de contornos lobulados. Por lo que se programa biopsia macroscópica (BAG) con resultado de pieza de tumorectomía de 9x6x1cm de tejido hiperplasico ductal atípico micropapilar con bordes quirúrgicos libres.

Tras explicar al paciente la necesidad de realizar cirugía se realizó mastectomía subcutánea. Tras la intervención la herida se infectó y dió lugar a un seroma. La punción/aspiración no fue resolutiva, precisando tratamiento antibiótico y antiinflamatorio.

El paciente continúa acudiendo a revisiones en consultas externas para control de la mastitis postcirugía y seguimiento de la enfermedad de base.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): la ginecomastia en el varón constituye un amplio diagnostico diferencial desde, exposición a hormonas anabólicas o estrógenos, consumo de marihuana, deficiencia de testosterona o efecto secundario de fármacos como ketoconazol, espinorolactona y metronidazol, hasta otras más graves como tumores.

Aunque el cáncer de mama es mucho más frecuente en mujeres, existe un 1% que afecta a los hombres (sobretodo entre los 60 y 70 años). Se trata de una patología que no puede pasar desapercibida ya que supone un riesgo vital para el paciente y al igual que en la mujer precisa tratamientos agresivos desde la mastectomía hasta radioterapia, quimioterapia y/o terapia hormonal, por lo que es esencial tenerlo en cuenta ante todo paciente que presente dicha clínica.

Palabras clave: cáncer de mama, hombre, ginecomastia.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

María, no pude evitar que sufrieras

Elorza Maza B, Guirado Sánchez MªI, Lozano Mengíbar MªC

Medico de Familia. Consultorio Local de Balanegra (Almería)

Ámbito del caso: atención primaria.

Motivo de consulta: dorsalgia.

Historia Clínica: María es una mujer casada de 67 años con 2 hijos ya independientes y que junto con su marido se desplazan varios meses al año a nuestra población. Es su primera visita al centro de salud.

Antecedentes personales: sin patología previa, no factores de riesgo cardiovascular salvo "algo de colesterol".

Consulta por dorsalgia desde hace 20 días. En Madrid la trataron con levosulpiride? y hace 48 horas en urgencias, le prescriben omeprazol. Actualmente, el dolor se ha centrado a nivel dorsal bajo. No mecánico, continuo, incluso nocturno. No pérdida de peso.

Exploración física: ACR: N. Abdomen: dolor a nivel epigastrio. No dolor a la palpación dorsal. ECG: sin signos de isquemia. Se prescribieron AINES y se citó a las 48 horas. El dolor había aumentado se irradiaba a hombros, y a veces a tórax, sensación de distensión abdominal. Derivo a urgencias del hospital ante la severidad del dolor y la ausencia de diagnóstico. Cuatro días después el dolor seguía sin calmarse. Ante la sospecha de neoplasia pancreática, se solicitan CEA y Alfa-fetoproteina. Ante el resultado de CEA aumentado, (y la alta probabilidad de neo), prefieren volver a Madrid con la familia donde muere 2 semanas después (según me confiesa su marido "con unos dolores terribles").

Juicio Clínico: neoplasia cola páncreas.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): el diagnóstico de neoplasia de cola de páncreas se realiza habitualmente cuando la enfermedad ya está muy avanzada. Los síntomas suelen ser inespecíficos, dolor, pérdida de peso. En este caso solo fue el dolor.

¿Qué hacer?

El compromiso con nuestros pacientes es sobre todo, la calidad de vida y el tratamiento del dolor de forma paliativa. No lo conseguimos.

A veces, nos olvidamos que además de diagnosticar hay que establecer los mecanismos necesarios y suficientes para que nuestros pacientes no sufran.

Palabras clave: neoplasia cola páncreas, paliativo, dorsalgia.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Parálisis histérica

Elorza Maza B, Lozano Mengíbar MªC, Guirado Sánchez MªI

Medico de Familia.Consultorio Local de Balanegra (Almería)

Ámbito del caso: atencion primaria.

Motivo de consulta: paresia miembro inferior derecho.

Historia Clínica: paciente mujer de 34 años de origen magrebi, universitaria, casada y con 2 hijos menores, con buena relación conyugal, ama de casa y con un hermano en España. Buena situación económica aunque viven en un piso sin ascensor.

Antecedentes personales: alergia a codeina. Sobrepeso. Cefalea mixta. Desde hace 10 años diagnosticada de trastorno disociativo de la motilidad. Paresia MSD con recuperacion progresiva 2010.

Acudo a domicilio tras la consulta de su marido por paresia MID tras episodio de lumbociatica derecha la semana anterior en tratamiento con AINEs relajantes y analgesicos.

Exploracion física: anodina salvo paresia flacida completa MID. ROT simetricos y presentes. Sensibilidad abolida. Maniobra de Hoover positiva. Imposibilidad de explorar la marcha. Ante la sospecha de nuevo episodio de trastorno disociativo de la dismotilidad, se interconsulta con psiquiatra y se prescribe de nuevo el IRSS y se deriva a hospital para pruebas complemtarias.

TAC craneal N y RMN de columna lumbosacra sin hallazgos.

Evolución: la paciente evoluciona lentamente de su paresia tras 4 meses.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): el trastorno disociativo de la motilidad es una entidad descrita en el CIE-10 que nos obliga sin embargo a descartar numerosas patologías orgánicas, muchas de ellas graves (tumores, mielitis, toxicos, traumas, mononeuritis), antes de hacer este diagnostico definitivo en cada episodio.

Palabras clave: trastorno disociativo motilidad, parálisis, diagnóstico diferencial.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Anemia severa de difícil diagnóstico

Aguilar Bueno P[1], Serrano López L[2], Rodríguez Cámara JM[1]

[1] MIR 4º año de MFyC. CS Ronda Norte. Ronda (Málaga)
[2] Médico de Familia. CS Ronda Norte. Ronda (Málaga)

Ámbito del caso: atención primaria.

Motivo de consulta: astenia.

Historia Clínica:

Enfoque individual:

Antecedentes personales: no tiene antecedentes familiares ni personales de interés.

Anamnesis: hace 10 meses acude a consulta una mujer de 60 años por astenia. En la entrevista clínica niega pérdida de peso ni trastornos del tránsito intestinal.

Exploración: destaca palidez mucocutánea y dolor en flanco derecho.

Pruebas complementarias: solicitamos analítica sanguínea destacando hemoglobina 9.5, hematocrito 32.9, volumen corpuscular medio 63.8, hemoglobina corpuscular media 18.4, concentración de hemoglobina corpuscular media 28.9, ferritina 9.

-Se solicita sangre oculta en heces, siendo negativa.

-Ecografia abdominal sin hallazgos desde AP.

-Se realiza gastroscopia y colonoscopia con hemorroides internas y externas congestivas grado II-III. Estudio de celiaquía normal.

Se descarta proceso mielodisplásico y pautan hierro oral desde hematología.

Acude a urgencias en varias ocasiones, se le diagnostica infección de orina y cólico renoureteral y se pauta norfloxacino, continua con sintomatología por lo que acude a su médico de familia donde se solicita urocultivo que es negativo, nueva ecografía abdominal sin hallazgos y se deriva a urología.

Tras la insistencia del familiar, el urologo, solicita urotac helicoidal con contraste en el que se evidencia nódulo pulmonar de 7mm compatible con metástasis, engrosamiento asimétrico de la pared del ciego de aspecto neoplásico de 2.9cm x4cm, con importante afectación de grasa pericolónica y adenopatías múltiples perilesionales. Implante peitoneal de 2.9cm.

Enfoque familiar y comunitario: viuda con dos hijos emancipados, vive sola.

Juicio clínico: neoplasia de colon estadio iv avanzado.

Diagnóstico diferencial: mielodisplasia, cólico reno-ureteral.

Identificación de problemas: no se llegaba al diagnostico, hay que escuchar a nuestros pacientes.

Tratamiento, planes de actuación: quimioterapia y terapia dirigida. Actualmente en seguimiento por oncología médica de nuestro hospital.

Evolución: la paciente presenta ánimo depresivo, su anemia se ha agravado llegando a necesitar transfusiones e ingreso hospitalario.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): la importancia de escuchar al paciente cuando insisten en que algo no va bien a pesar de que los resultados digan lo contrario. La necesidad de tener en cuenta que existen enfermedades silentes que cuando vienen a dar la cara en pruebas complementarias ya es demasiado tarde.

Palabras clave: colonic neoplasms, anemia, neoplasm metastasis.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Encefalopatía hipernatrémica en paciente con enfermedad de Parkinson

Cobos Bosquet C, Carricondo Avivar MªM, Carrera Moyano B

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Nuestra Señora de la Oliva. Alcalá de Guadaria (Sevilla)

Ámbito del caso: atención primaria y urgencias hospitalarias.

Motivo de consulta: deterioro cognitivo de 24 horas de evolución.

Historia Clínica:

Enfoque individual.

Antecedentes personales: diabetes mellitus tipo II no insulinodependiente. Fibrilación auricular en tratamiento con metropolol y digoxina, anticoagulado con acenocumarol. Demencia de Parkinson subcortical incipiente.

Anamnesis: acude a consulta de atención primaria por deterioro cognitivo de 24 horas de evolución donde se objetiva focalidad neurológica. El paciente niega cambios en tratamiento y otra sintomatología en días previos por lo que se decide traslado a urgencias hospitalarias.

Exploración: regular estado general, eupneico, afebril, tensión arterial 130/85. Desconectado del medio, afasia mixta, incapacidad para marcha, dificultad para la movilización pasiva de miembros inferiores y rigidez de nuca. Corazón rítmico a buena frecuencia sin ruidos patológicos con buen murmullo vesicular.

Pruebas complementarias: analíticamente (incluyendo vitamina B12) se evidenció leucocitosis con desviación a la izquierda y sodio 148 mEq/L, sistemático de orina (con test de tóxicos) negativo y tomografía computarizada craneal con resultado anodino (atrofia cortical y subcortical). Se decide realización de punción lumbar, que descartó meningitis, y electroencefalograma, que mostraba encefalopatía de perfil difuso.

Enfoque familiar y comunitario: familia normofuncional. Fase VI del ciclo vital familiar (disolución). Sin acontecimiento vital estresante reciente. Mala red de apoyo familiar y pocos recursos económicos.

Juicio clínico/diagnóstico diferencial: encefalopatía asociada a descompensación hiperosmolar hipernatrémica.

Diagnóstico diferencial: se descartó previamente meningitis y déficit de vitamina B12, síndrome neuroléptico maligno por la no ingesta de fármacos predisponentes, sepsis por los datos analíticos, accidentes cerebrovasculares y tumores craneales por la normalidad de la TAC y estatus epiléptico por la no respuesta a los fármacos anticomiciales administrados.

Tratamiento: deplectivo de la hipernatremia con sueroterapia, sin sobrepasar la velocidad de 2meq/L por el riesgo de edema cerebral. Tratamiento con anticomiciliaes (Fenitoína) sin mejoría.

Evolución: la natremia ascendió hasta 160 mEq/L durante los 3 días siguientes, iniciándose posteriormente un progresivo fallo multiorgánico y fallecimiento por una parada cardiorrespiratoria.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): la aplicabilidad para el médico de familia radica en la importancia de una correcta exploración neurológica, la cual condiciona un diagnóstico precoz con mejora del pronóstico. Siendo también un factor condicionante para el traslado a un centro hospitalario con acortamiento de los tiempos.

Palabras clave: encephalopathy, hypernatremia, parkinson's disease.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Absceso pulmonar en paciente inmunocompetente y fumador

Sandoval Codoni J[1], Pérez Romera FJ[2], Ramírez Arriola MªG[3]

[1] *MIR 3er año de MFyC. UGC La Mojonera (Almeria)*
[2] *Medico de Familia. UGC La Mojonera (Almeria)*
[3] *Médico de Familia. Hospital de Torrecardenas. Almería*

Ámbito del caso: atención hospitalaria y urgencias.

Motivo de consulta: tos, fiebre, mucosidad y disnea.

Historia Clínica:

Antecedentes personales: absceso de Brodie extirpado a los 11 años; displasia de cadera. Fumadora de 10 cigarros/día, consumidora ocasional de hachís, marihuana y bebedora social.

Anamnesis: mujer de 38 años atendida en servicio de urgencias hospitalario por sensación distérmica no termometrada de 4 días de evolución acompañada de tos emetizante, sin expectoración, dolor pleurítico y malestar general. En tratamiento desde hace dos días por este motivo con amoxicilina/clavulanico 500mg/8hrs, paracetamol y cloperastina por indicación de su médico sin mejoría.

Exploración física: mal estado general, eupneica, normocoloreada. Murmullo vesicular disminuido, más marcado en campo pulmonar izquierdo. Dolor con la inspiracion profunda en ambos costados. Ruidos cardiacos rítmicos, sin soplos. Abdomen, blando, depresible, no doloroso a la palpación. Pulsos periféricos presentes. No edemas en miembros inferiores. No déficit ni signos de focalidad neurológica. Como constantes: temperatura 37.5ºC, saturación de O2: 97% y frecuencia cardiaca 104 lpm.

Pruebas complementarias: analítica (leucocitosis con neutrofília), radiografía de tórax (Rxt) (lesión nodular ovalada en lóbulo inferior izquierdo de 6cm con nivel hidroaéreo), estudio de esputo y TAC torácico.

Juicio clínico: abceso pulmonar.

Estrategia de actuación: se procede al ingreso en planta a cargo de neumología. Se realiza diagnóstico diferenciar entre las enfermedades que cursan con cavitación pulmonar y ante la sospecha de proceso infeccioso se inicia tratamiento empírico con Piperazicilina/tazobactam 4gr /6 hrs intravenosos y broncodilatores.

Evolución: favorable desde su ingreso, permaneciendo apirética y asintomática desde los pocos días de inicio del tratamiento. Los resultados del esputo indican infección pulmonar por Klebsiella pneumoniae. Tras 14 días de ingreso se procede al alta, observándose en la radiografía de control la práctica resolución del absceso.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): las infecciones respiratorias en gente joven inmunocompetente son cada vez más frecuentes. En nuestro caso una buena historia clínica, una lectura sistematica de la Rxt y un diagnóstico diferencial amplio junto con un tratamiento enérgico nos posibilito la resolución del cuadro.

Palabras clave: absceso, radiografia de Torax, fumadora, klebsiella, Piperazicilina.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Fiebre sin foco aparente. Un caso de Rickettiosis en atención primaria

Pérez Gómez S[1], García Pacheco M[2], Vázquez Alarcón RL[3]

[1] *Médico de Familia. CS Vera (Almería)*
[2] *Enfermera. CS Zambra. Córdoba*
[3] *Médico de Familia. CS Vera (Almería)*

Ámbito del caso: atención primaria.

Motivo de consulta: cuadro febril de 6 días de evolución junto con cefalea y poliartromialgias.

Historia Clínica: antecedentes personales: apendiceptomía, no tratamiento habitual ni hábitos tóxicos. Agricultor, tiene un perro correctamente vacunado y ratas indias.

Enfermedad actual: varón de 28 años que acude a consulta por cuadro febril de hasta 39ºC de 6 días de evolución, malestar general, cefalea y poliartromialgias. Es valorado previamente en urgencias, siendo filiado como cuadro catarral de vías altas y tratado de forma sintomática sin mejoría.

Exploración física: TA: 92/54, FC: 90lpm, sO2: 100%. Exploración física por órganos y aparatos normal.

Pruebas complementarias: bioquímica: GOT: 515, GPT: 563, FA: 411, GGT: 713, CK: 112, resto normal.

Hemograma: Hb: 13.6, Hto: 38.9%, leucocitos: 10.260, PMN: 75%, leucocitos: 16.3%, plaquetas: 66.000, VSG: 3

Coagulación: TP: 13seg. Actividad TP: 74%, INR: 1.22, TTPA: 28.

Ecografia abdominal: esplenomegalia de 13.2cm, resto sin hallazgos.

Radiografía de tórax y sedimento urinario normal.

Hemocultivos negativos.

Serologias: R. conorii IgG negativo, R. Conorii IgM positivo, Epstein-Barr IgG positivo, CMV IgG positivo, Herpes IgG posiitvo, resto negativas.

Diagnóstico diferencial: infecciones, neoplasias, conectivopatías, fármacos, sarcoidosis, granulomatosis, enfermedad inflamatoria intestinal, fiebre mediterránea familiar, tiroiditis, addison, feocromocitoma, mixoma auricular, fiebre facticia, etc.

Juicio clínico: Rickettsiosis.

Tratamiento: doxiciclina.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): la fiebre botonosa mediterránea es causada por rickettsia conorii y transmitida por picadura de una garrapata infectada, siendo éste su reservorio y vector principal. Es endémica en los países de la cuenca del mediterráneo, y supone un problema sanitario en España. Habitualmente su curso es benigno, con complicaciones graves en el 10% de los casos. El tratamiento de elección son las tetraciclinas.

Presentamos un cuadro de fiebre con foco incierto donde el diagnóstico no era inicialmente evidente, confirmándose finalmente con estudios complementarios.

Cabe destacar la importancia de la historia clínica (lugar de residencia, profesión, consumo fármacos o tóxicos, contacto con animales, picaduras, prácticas de riesgo, etc.), la exploración física, insistiendo en la búsqueda de lesiones que podrían proporcionar la clave diagnóstica y pruebas complementarias sencillas y accesibles para el médico de familia.

Así mismo, se hacen necesarias medidas preventivas de educación sanitaria, resaltando el modo de transmisión y formas de protección de la población.

Palabras clave: fiebre sin foco, rickettsiosis, atención primaria.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Lumbalgias en atención primaria: en caso de sacroileitis

Vázquez Alarcón RL[1], Pérez Gómez S[1], García Pacheco M[2]

[1] *Médico de Familia. CS Vera (Almería)*
[2] *Enfermera. CS Zambra. Córdoba*

Ámbito del caso: atención primaria.

Motivo de consulta: fiebre y polimialgias.

Historia Clínica: enfermedad actual: mujer de 73 años que acude en varias ocasiones a consulta por cuadro de dolor a nivel lumbo-sacro, suprapúbico y cadera izquierda, con escasa respuesta a analgesia habitual. Asocia pérdida ponderal no cuantificada y fiebre intermitente de un mes de evolución.

Antecedentes personales: alergia a contraste yodado, HTA, Dislipemia, FA crónica, cardiopatía hipertensiva, coxartrosis, osteoporosis, psoriasis, diverticulosis sigmoidea.

No hábitos tóxicos, no contacto con animales ni viajes recientes.

IQ: cataratas, colecistectomía, osteosíntesis de cadera izquierda (2010).

Tratamiento: enalaparil 10, lercadinipina 10/12h, sintron, calcio, omeprazol, dinisor retard 120, digoxina, furosemida, neotigason 10.

Exploración física: regular estado general, sensación de enfermedad, bien hidratada y perfundida, eupneica, no adenopatías, ACR: tonos arrtimicos, soplo sistólico, MVC, Abdomen: blando y depresible, no masas ni megalias, resto de exploración sin hallazgos

P. complementarias: hemograma: Hb: 10.9, Hto: 33%, VCM: 85, leucocitos: 17.470, PMN: 83%, plaquetas: 554.000

Bioquímica: PCR: 31, LDH: 347, GOT: 32, GPT: 65, GGT: 142, FA: 152, IgM: 67, Ig G: 825, IgA: 424, C3: 199, C4: 33, b2microglobulina: 2.7; función renal, iones y TSH normales. HLA-B27 pendiente. Hemocultivos, serologías, ANAs, ANCAs: negativos.

RN caderas: sacroileitis bilateral asimétrica, anquilosis sacroiliaca derecha, artropatía degenerativa-inflamatoria a nivel pubiano. Material de osteosíntesis en cadera izquierda. Coxartrosis bilateral, edematización difusa a nivel pélvico y extremidad proximal de ambos miembros inferiores.

Diagnóstico diferencial: lumbociática, espondilitis anquilosante, artropatía psoriásica, espondiloartropatía asociada a Enfermedad inflamatoria intestinal, artritis reactivas, espondiloartropatias indiferenciadas, sinovitis transitoria de la cadera, artritis séptica.

Juicio clínico: Sacrolileitis bilateral asimétrica, probable artritis psoriásica.

Tratamiento: indometacina 75mg/12h, metamizol 575mg/8h

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): las algias del aparato locomotor son de enorme frecuencia en la atención primaria, por ello es imprescindible para el médico de familia realizar un correcto manejo diagnóstico y terapéutico de las mismas ya sean de carácter mecánico o inflamatorio para un abordaje apropiado de nuestros pacientes.

En el presente caso se retrasa el diagnóstico de sacroileitis, tratándose inicialmente como una lumbalgia de carácter mecánico y posteriormente con antibioterapia empírica ante sospecha de sobreinfección de osteosíntesis de cadera, buscando múltiples focos causales hasta la localizar el origen del mismo.

Palabras clave: polimialgias, fiebre, sacroileítis.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Un bulto en la pierna

Cedeño Benavides T[1], Jiménez González EM[a2], López Torres G[3]

[1] Médica de Familia. UGC Valle de Lecrín. Distrito Sanitario Granada- Metropolitano. Granada
[2] MIR 3er año de MFyC. UGC la Chana. Distrito Sanitario Granada-Metropolitano. Granada
[3] Médica de Familia. UGC Gran Capitán. Distrito Sanitario Granada-Metropolitano. Granada

Ámbito del caso: atención primaria.

Motivo de consulta: paciente de 17 años que acude a consulta por dolor en gemelo derecho.

Historia Clínica:

Refiere aparición paulatina de tumoración desde hace 4 meses, pero que la última semana ha aparecido dolor. No ha habido pérdida de peso.

En la exploración se aprecia tumoración aparentemente en plano muscular, adherida de consistencia elástica, n aumentada de temperatura.

Se solicita rx de pierna, y se realiza ecografía de partes blandas en el mismo centro de salud. En la ecografía se aprecia: masa encapsulada fusiforme que rompe integridad de fibras musculares de vientre externo de gemelo, con áreas hipoecogénicas, con aumento de vascularización central de 43x19x24mm.

Se contacta con servicio de traumatología que solicita RMN urgente.

Impresión diagnóstica: tumoración de partes blandas, descartar proceso neoplásico.

Resultado de RMN: lesión de estirpe nerviosa aunque no se puede descartar lesión fibrohistiocitaria. Recomiendan biopsia.

Resultado de biopsia: hemangioma intramuscular o malformación arteriovenosa.

Juicio clínico: malformación arteriovenosa.

Tratamiento, planes de actuación: se indica intervención quirúrgica por clínica dolorosa de la malformación.

Paciente aún pendiente de intervención.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): en este caso clínico podemos observar la necesidad de la ecografía en atención primaria, técnica no invasiva, rápida y que ayuda al diagnóstico y manejo de patologías por parte del médico de familia.

Palabras clave: ecografía, anomalía vascular, tumor.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Atención al inmigrante en atención primaria, un caso de tuberculosis

Alarcón R[1], Pérez Gómez S[1], Cintado Sillero MªC[2]

[1] *Médico de Familia. CS Vera (Almería)*

[2] *Médico de Familia. CHARE de Benalmadena (Málaga)*

Ámbito del caso: atención primaria.

Motivo de consulta: fiebre elevada, tos y disnea de esfuerzo.

Historia Clínica: antecedentes personales: natural de ecuador, reside en España desde hace 16 años, último viaje a su país hace 2 años. No hábitos tóxicos. No contactos conocidos con tuberculosis. No tratamiento habitual.

Enfermedad actual: fiebre de hasta 39.4ºC de 15 días de evolución, tos y disnea de esfuerzo sin mejoría a pesar de tratamiento antibiótico empírico.

Exploración física: consciente y orientado, buen estado general, eupneico, bien hidratado y perfundido, tolera decúbito, no signos de irritación meningea, no adenopatías.

TA: 120/80, FC: 110, Tª: 38.6ºC, sO2: 93%.

ACR: tonos rítmicos, no soplos. Disminución del murmullo vesicular en hemitórax derecho con crepitantes en dicho nivel.

Resto de exploración anodina.

Pruebas complementarias: hemograma: VSG: 105, Hb: 11.4, Hto: 35%, plaquetas: 2975.0001, leucocitos: 6.400 (neutrófilos: 54%, linfocitos: 34%)

Bioquímica: glucosa: 100, creatinina: 0.72, sodio: 141, potasio: 4.2, GOT: 30, GPT: 54, FA: 76, PCR: 123.8, IgG: 1704, IgA: 544, resto normal.

Hemocultivos y serologías negativas (incluidas micobacterias, VIH, Chamydia, coxiella, mycoplasma y legionela).

Mantoux positivo.

Radiografia tórax: derrame pleural e infiltrado parahiliar derecho.

TC torácico: derrame pleural derecho a predominio posterior y en incisura, organizado, loculado y de bordes lobulados.

Liquido pleural: aspecto seroso de color amarillento con características bioquímicas de exudado linfocitario con consumo de glucosa y pH acidótico, Leucocitos: 1680, (L86%, PMN: 14%) glucosa: 45, LDH: 700, proteínas: 5.8, ADA: 85 U/L, ausencia de BAAR. Aislamiento de Staphylococcus warmeri.

Se rechaza biopsia pleural cerrada a petición del paciente.

Juicio clínico: derrame pleural de probable origen tuberculoso.

Tratamiento: se inicia tratamiento antituberculoso con mejoría cínica y radiológica progresiva.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): los problemas de salud de las poblaciones inmigradas son similares a los de la población autóctona, debiendo prestar especial atención a parasitaciones, infección por VHC, VHB, Tuberculosis y VIH.

Presentamos un caso de fiebre y tos de larga data en paciente latinoamericano, con diagnostico final de tuberculosis.

Resaltar la importancia de la historia clínica, examen físico completo y exámenes complementarios accesibles para médico de familia para hacer un diagnóstico diferencial apropiado y diagnóstico lo más precoz posible de cuadros como el descrito, así como el estudio de contactos.

Palabras clave: fiebre, derrame pleural, tuberculosis.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Mamá me duele la pierna

Cedeño Benavides T[1], López Torres G[2], Martín López JI[3]

[1] *Médica de Familia. UGC Valle de Lecrín. Distrito Sanitario Granada-Metropolitano. Granada*

[2] *Médica de Familia. UGC Gran Capitán. Distrito Sanitario Granada-Metropolitano. Granada*

[3] *Médico Intensivista. AGS Sur. Granada*

Ámbito del caso: atención primaria y atención especializada.

Motivo de consulta: paciente de 16 años que refiere dolor en zona de cara lateral de la tibia derecha de varios meses de evolución.

Historia Clínica: no refiere traumatismo previo ni sobrecarga de la pierna. Define que el dolor es predominantemente nocturno y que suele ceder con Ibuprofeno. Pero no quiere tomarlo todos los días.

Exploración: dolor selectivo a la palpación. No lesiones cutáneas.

Rx de control: significativa reacción perióstica esclerótica en el borde interno y postero interno tibial en su tercio medio, regular y excéntrica de aproximadamente 10 cm de eje mayor craneocaudal.

Se contacta con servicio de traumatología y se solicita TAC: pequeña lesión lítica redondeada de aproximadamente 5mm localizada a nivel yuxtacortical posterointerna; aproximadamente a la mitad de la reacción esclerótica, con pequeño foco hiperdenso interno, sugerente de nidus de osteoma osteoide.

Juicio clínico: osteoma osteoide.

Se indica tratamiento conservador con ablación por radiofrecuencia.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): los dolores osteomusculares son patologías muy frecuentes an AP. Pero hay que hacer buena historia clínica para poder realizar un buen diagnóstico diferencial, más en pacientes jóvenes. Con la ayuda de la radiografía, se puede diagnosticar patología ósea de importante entidad como son los tumores óseos.

Palabras clave: dolor, osteoma osteoide, tumor.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Síndrome de bradicardia-taquicardia, un caso de atención primaria

Pérez Gómez S[1], Vázquez Alarcón RL[1], García Vertedor CB[2]

[1] *Médico de Familia. CS Vera (Almería)*

[2] *Médico de Familia. Servicio de Urgencias. Hospital Costa del Sol. Marbella (Málaga)*

Ámbito del caso: atención primaria.

Motivo de consulta: mareo de 4 días de evolución junto con sensación disneica.

Historia Clínica:

Antecedentes personales: HTA, hipertrigliceridemia, EPOC, colelitiasis, carcinoma mucinoso anal, episodio de taquicardia supraventricular en 2011, no hábitos tóxicos.

IQ: sigmoidectomía por diverticulitis.

Tratamiento: omeprazol, enalapril, fenofibrato, tamsulosina, symbicort forte, furosemida.

Enfermedad actual: varón de 82 años que acude a consulta por mareo de cuatro días de evolución, intensificado en las últimas horas, que describe como inestabilidad y sensación disneica, niega dolor torácico ni cortejo vegetativo asociado. Es valorado previamente, filiándose como vértigo periférico, tratándose con betahistina sin mejoría (no consta exploración ni ECG).

Exploración física: TA: 175/90, FC: 72lpm, sO2: 96%. Aceptable estado general, bien hidratado y perfundido, eupneico, no ingurgitación yugular.

ACR: bradicárdico, no soplos, hipoventilación generalizada sin ruidos añadidos, no edemas, resto sin hallazgos.

Pruebas complementarias: ECG: bradicardia sinusal a 40lpm, eje izquierdo, HAIHH, extrasístoles ventriculares aisladas frecuentes, no signos de isquemia.

Hemograma: Hb: 14.3, Hto: 43%, VCM: 87, plaquetas: 156.000, leucocitos: 6.300, PMN: 72%

Bioquimica: glucosa: 99, urea: 37, creatinina: 1.02, sodio: 139, potasio: 4.2, PCR: 10.6, troponina: 0.03, resto normal.

Radiografía de tórax: cardiomegalia, hilios engrosados de aspecto vascular, no derrames ni infiltrados

TC cráneo: atrofia córtico-subcortical

Holter: bloqueo AV completo paroxístico, bradicardia sinusal, extrasístoles ventriculares aislados frecuentes.

Ecocardiograma: VI de tamaño normal con hipoquinesia global, función sistólica deprimida (FE<30), disfunción díastólica, resto normal.

Juicio clínico: síndrome de bradicardia-taquicardia, micardiopatía con FE deprimida.

Diagnóstico diferencial: sincope, hipoglucemia, fármacos, insuficiencia suprarrenal, TEP, bradiarritmia, taquicardia supraventricular, vértigo, anemia, fiebre, etc.

Tratamiento: se coloca marcapasos definitivo.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): el síndrome de bradicardia-taquicardia es una disfunción de nodo sinusal que se manifiesta de forma intermitente produciendo sincope o palpitaciones.

El ECG puede ser normal o mostrar cierta bradicardia sinusal, aunque a menudo pueden observarse grados variables del bloqueo sinoauricular caracterizado por intervalos P-P variables. Por tanto su diagnóstico solo es posible en episodios sintomáticos de alternancia entre bradicardia-taquicardia. Ante su sospecha, la mejor prueba diagnóstica es el Holter de 24horas.

Importancia de la exploración física, clave en la atención de todo paciente, así como pruebas complementarias sencillas y accesibles en el centro de salud como el electrocadiograma.

Palabras clave: mareo, síndrome bradicardia-taquicardia, electrocardiograma.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Debut clínico de SIDA, en paciente que consulta reiteradamente en el servicio de urgencias de AP por cefalea

Martinez Martínez LM[1], Collado Lamarca L[2]

1 MIR de MFyC. CS Cuevas de Almanzora (Almería)
2 MIR de MFyC. CS de Vera (Almería)

Ámbito del caso: atención primaria, urgencias hospitalarias.

Motivo de consulta: cefalea holocraneal.

Historia Clínica:

Enfoque individual: varón 48 años, procedente de Ghana, agricultor, independiente para las actividades de la vida diaria previamente, que consulta en el centro de salud en varias ocasiones desde hace una semana por cefalea holocraneal irruptiva, que cedía con analgésicos tipo AINES al inicio, posteriormente intensificándose hasta hacerse continua, con astenia, episodios de desconexión del medio y pérdida de peso. En su última consulta por cefalea presenta en la exploración afasia mixta, con hemiparesia derecha y parálisis facial central, por lo que se deriva a urgencias hospitalarias donde se realizó un TC de cráneo visualizándose hipodensidad cortico-subcortical extensa en territorio de ACM izquierda sugestiva de ACV extenso. En la analítica de ingreso se detecta Ac Anti VIH positivos y neutropenia, por lo que se solicita RMN donde se descubre que no es ictus, sino absceso por toxoplasma.

Enfoque familiar y comunitario: paciente inmigrante, que convive con compañeros de trabajo. En nuestro país tiene un hermano con el que mantiene una relación cordial. Resto de familia en Ghana.

Juicio clínico: cefalea holocraneal, hemiparesia derecha, afasia, parálisis central derecha por toxoplasmosis cerebral.

Tratamiento: pirimetamina, sulfadiacina, ácido fólico y rehabilitación.

Evolución: el paciente continuó un deterioro progresivo del estado general y en una semana entró en coma, despertando con un inicio favorable, y actualmente en RHB.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): el pronóstico y la supervivencia de estos pacientes dependen del diagnóstico y tratamiento oportuno y eficaz. El diagnóstico presuntivo se basa en: serología positiva al toxoplasma, radiografía característica y buena respuesta al tratamiento empírico. El diagnóstico definitivo es por la presencia demostrada del TG en la muestra de biopsia o aspirado de la lesión. En más del 80 % hay manifestaciones generales dadas por cefalea, fiebre, deterioro del nivel de la conciencia, confusión mental y trastornos cognitivos seguidos de focalización, por lo que resulta vital la sospecha en atención primaria para su detección y tratamiento precoz, debido a las repercusiones.

Palabras clave: cefalea. toxoplasmosis, neutropenia.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Síndrome de Chiquito de la Calzada como forma de presentación de Síndrome de Charles Bonnet

Vinuesa Acosta FJ[1], Martínez López M[2], Moreno Quirós JA[3]

[1] MIR 3er año de MfyC. CS La Calahorra (Granada)
[2] MIR 3er año de MfyC. CS Guadix (Granada)
[3] MIR 3er año de MfyC. CS Baza (Granada)

Ámbito del caso: primaria y especializada.

Motivo de consulta: alucinaciones visuales.

Historia Clínica: paciente varón de 77 años, con antecedentes de baja visión por degeneración macular asociada a edad (DMAE) seca atrófica avanzada y glaucoma en seguimiento por oftalmología que consulta por sensación de "visión de precipicio o barranco bajo sus pies" en momentos puntuales, especialmente cuando sale a la calle y el sol incide en su cara. Esto le viene ocurriendo desde hace varias semanas, pero sin precisar un inicio. Esta visión le impide avanzar cuando va caminando ("no puedo, no puedo"), le genera miedo a caer, él es consciente de que no es real (con su bastón "toca el precipicio o abismo"), pero lo deja inmovilizado, en las primeras ocasiones le provoco caídas y esto mayor inseguridad y miedo. La familia está preocupada pues el paciente "puede estar perdiendo la cabeza".

Exploración y pruebas complementarias: el paciente presenta muy baja visión, cuenta dedos a un metro con ambos ojos (AO). La motilidad ocular extrínseca e intrínseca está conservada. Su tonometría ocular (PIO 21 mm Hg en AO). Se adjuntan imágenes de su retina, fondo de ojo campimetrías.

Diagnóstico diferencial: se plantea con las causas más comunes, demencia o delirio. Y no es infrecuente que el paciente sea derivado a diversos especialistas (neurólogos, psiquiatras, internistas). Pero existe una larga lista de enfermedades neurodegenerativas, neurológicas, orgánicas, tóxico metabólicas o farmacológicas.

Juicio clínico: por la clínica e historia realizadas al paciente y familiares se descartaron las anteriores y se llegó al diagnóstico por parte del oftalmólogo de síndrome de Charles Bonnet (SCB).

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): el SCB es un cuadro clínico caracterizado por desarrollar alucinaciones visuales en paciente con claro deterioro de la visión y estado cognitivo conservado. Su prevalencia oscila entre 1,84 y 3,15%, pero se estima que podría llegar incluso al 60 %. Se desconoce su causa, pero si existen algunos factores desencadenantes como la fatiga, baja visión o deslumbramiento.

Tratamiento: el manejo de las alucinaciones requiere manejo no farmacológico por parte de familiares y el propio paciente. En SCB se han llegado a usar neurolépticos, anticonvulsivantes, benzodiacepinas o inhibidores de acetilcolinesterasa.

Palabras clave: alucinaciones, Charles Bonnet, baja visión, glaucoma.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Prurito en paciente africano en atención primaria

Vázquez Alarcón RL[1], Pérez Gómez S[1], Fernández Moreno T[2]

[1] *Médico de Familia. CS Vera (Almería)*
[2] *Enfermera. CS Vera (Almería)*

Ámbito del caso: atención primaria.

Motivo de consulta: paciente de origen africano que consulta por prurito de 5 meses de evolución.

Historia Clínica:

Anamnesis: varón de 27 años sin antecedentes médicos de interés que acude por prurito y astenia de larga evolución.

Exploración física: rigorosamente normal, sin lesiones cutáneas ni adenopatías.

Pruebas complementarias: hemograma: VSG: 4, Hb: 14.9, Hto: 48.9%, VCM: 82, plaquetas: 152.000, leucocitos: 4.200 (PMN; 23%, linfocitos: 58%, eosinófilos: 12.9%).

Bioquímica: bilirrubina total: 1.40, IgE: 223.2, resto normal incluyendo perfil renal hepático, TSH y alergias

Serologías: VHBs Ag +, VHBc AC +, VHBe Ac +, resto negativas.

Juicio clínico: infección aguda por virus de la Hepatitis B.

Diagnóstico diferencial: infecciones (bacterias, virus, hongos, parásitos), dermatosis inflamatorias (quemaduras, picaduras, urticaria, prurigo, xeroxis, dermatitis atópica, dermatitis herpetiforme, dermatitis por contacto, eritrodermia, pénfigos, psoriasis, liquen plano), enfermedades metabólicas y endocrinas (uremia, hipertiroidismo, hipotiroidismo, diabetes mellitus, síndrome carcinoide, porfirias, Hiperparatiroidismo, hiperuricemia), neoplasias, fármacos, insuficiencia renal crónica, hemopatías (ferropenia, policitemia vera, paraproteinemias, linfoma, mieloma, mastocitosis), hepatopatías (insuficiencia hepática, cirrosis biliar primaria, colestasis intrahepática del embarazo, ictericia obstructiva intra/extrahepática), trastornos neurológicos (esclerosis múltiple, absceso cerebral, accidente cerebrovascular), trastornos psiquiátricos (delirio de parasitosis, prurito psicógeno, excoriaciones neuróticas), otras (prurito senil, vasculitis, neorofibromatosis, asma, atopia, fiebre del heno, micosis fungoide), etc.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): el prurito es un síntoma muy frecuente en las consultas de atención primaria. Sus causas son múltiples, clásicamente divididas en dermatológicas y sistémicas, siendo las primeras las más frecuentes.

Las hepatitis se han relacionado con ciertas dermatosis así como ciertos síntomas o signos dermatológicos más que con enfermedades dermatológicas propiamente dichas. Entre ellas destaca el prurito, la ictericia o el eritema palmar.

Presentamos un caso de Hepatitis B como causa de prurito en un paciente inmigrante.

Es fundamental una historia clínica completa junto con un examen físico que incluya inspección del tegumento y exploración de órganos y aparatos.

En aquellos casos en los que ésta resulte anodina, nos apoyaremos en estudios complementarios sencillos y accesibles para el médico de familia y/o valoración especializada en caso necesario.

Palabras clave: prurito generalizado, hepatitis, causas.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Valvulopatía bicúspide: hallazgo radiológico

Berekoetxea Robador M[1], Rey Nuñez de Arenas MªP[1], Sánchez García AMª[2]

[1] MIR 1er año de MFyC. CS Albaicín. Granada
[2] MIR 3er año de MFyC. CS Albaicín. Granada

Ámbito del caso: atención primaria.

Motivo de consulta: resfriado.

Historia Clínica: paciente varón de 66 años con antecedentes personales de poliposis intestinal y portador del VHC, diagnosticado y tratado de adenocarcinoma prostático en seguimiento y estable actualmente. Consulta por tos y fiebre de 38ºC de una semana de evolución. En la exploración destaca hiperplasia folicular en faringe con moco en cavum y, crepitantes y roncus bibasales. Se solicita radiografía de tórax.

En la prueba de imagen se visualiza imágen radiopaca en base izquierda por lo que se pauta tratamiento antibiótico. Analíticamente 7.600 leucocitos con fórmula normal y PCR 1.0.

En la revisión, el paciente presenta mejoría sintomática, si bien persiste la imagen radiopaca en la proyección lateral de torax. Se comenta la placa con radiólogos, descartándose condensación pulmonar por lo que se comenta el caso con el cardiólogo, quien recomienda estudio para descartar patología cardiovascular, por posible aneurisma aórtico. Una vez completado el estudio cardiológico confirma aneurisma aórtico y válvula aórtica bicúspide. Se recomienda realizar estudio familiar por etiología genética.

Actualmente se recomienda no realizar esfuerzos y se programa intervención quirúrgica.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): la valvulopatía aórtica bicúspide es la cardiopatía congénita más frecuente, con una incidencia de un 0.5-1.4% de la población. Esta valvulopatía se asocia a la formación de aneurismas de aorta torácica y otros defectos congénitos, siendo el más frecuente la coartación de aorta. Existe un predominio en varones 3:1. La evolución clínica es muy variable, desde enfermedad valvular severa en la infancia a aórtica asintomática en la vejez. El diagnóstico no deja de ser un hallazgo especialmente en personas asintomáticas, pudiendo encontrar en la auscultación soplo eyectivo, predominantemente en el ápex. Una vez establecido el diagnóstico, se recomienda el seguimiento mediante técnica de imagen anual si hay disfunción valvular significativa o cuando la raíz aórtica mide > 40 mm. Es fundamental el adecuado control de la HTA. El tratamiento quirúrgico se valorará en función de las circunstancias y edad del enfermo.

Palabras clave: valvulopatía bicúspide aórtica, dilatación aneurisma.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Tos ferina. ¿Una enfermedad olvidada?

Barquilla Calderón M[1], Caracuel Gómez ST[2], Gala González AB[3]

[1] *MIR 3er año de MFyC. CS La Fuensanta. Córdoba*
[2] *Médico de Familia. Distrito Guadalquivir (Córdoba)*
[3] *MIR 3er año de MFyC. CS de Montoro (Córdoba)*

Ámbito del caso: atención primaria.

Motivo de consulta: tos emetizante.

Historia Clínica: enfoque individual: antecedentes personales: sin interés.

Paciente de 73 años que nos consulta por cuadro de tos, desde hace dos semanas, que llega a provocar vómito con predominio nocturno. Afebril. Precedida por cuadro catarral. Tiene ingresado en área de pediatría un nieto de 27 días con PCR positiva a Bordetella Pertussis. Se ha recomendado, por parte de servicio de preventiva, quimioprofilaxis y vacunación dTpa.

Exploración física: buen estado general. Eupneica en reposo. A nivel cardiorrespiratorio y abdominal sin hallazgos.

Enfoque familiar y comunitario: ha mantenido mayor contacto con sus nietos, por el nacimiento de uno de ellos. El cual comenzó hace una semana con tos cianosante y emetizante. Se encuentra ingresado por este motivo. Presenta PCR positiva para Bordetella Pertussis. El resto de la familia se encuentra asintomática, siendo nuestra paciente la única que presenta clínica respiratoria.

Juicio Clínico: tos ferina.

Diagnóstico diferencial: en adultos la clínica es más larvada que en niños o lactantes. Pensaremos en otro tipo de infecciones con sintomatología similar: mycoplasma pneumoniae, chlamydia neumoniae, adenovirus. O en episodios de tos prolongada: virus "gripal" (influenza), IECAS, reflujo gastroesofágico.

Identificación del problema: nos encontramos con un repunte de los casos de tos ferina, que puede ser de gravedad en el lactante.

Tratamiento: quimioprofilaxis (azitromicina 500mg al día durante 3 días) y administramos dosis de recuerdo de la vacuna.

Evolución: mejoría de los síntomas tras la administración tratamiento.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): existe un repunte claro de los casos de tos ferina en la población general. Los adultos se convierten en reservorios para la transmisión de dicha enfermedad en el lactante.

Ya se usa la inmunización materna contra difteria e influenza, en el caso de la vacuna frente a la Bordetella pertussis no está demostrada su eficacia aunque se recomienda la vacunación durante el segundo y tercer trimestre.

Debemos de tener en mente el diagnóstico de tos ferina, sospecharla siempre ante pacientes adultos con tos paroxística o aquella que no mejora a pesar del tratamiento.

Palabras clave: whooping cough, bordetella pertussis, prolonged cough.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

A propósito de un síndrome de SAPHO

Rubio Medina A[1], López Matarín A[2]

[1] MIR 1er año de MFyC. CS Guadalquivir. Córdoba
[2] MIR 2º año de MFyC. CS Guadalquivir. Córdoba

Ámbito del caso: atención primaria.

Motivo de consulta: algias mecánicas articulares y lesiones palmoplantares.

Historia Clínica: mujer de 45 años con antecedentes de apendicectomía, neuralgia del trigémino, bocio. Acude por presentar desde hace tres meses lumbalgia, dolor en hombro izquierdo, talalgia, epicondilitis, dolor esternoclavicular y pustulosis palmoplantar.

A la exploración, dolor a la palpación lumbar, de hombro izquierdo y esternoclavicular. Lesiones pustulosas palmoplantares. En analítica destaca colesterol total de 267 mg/dl, PCR 6.6 mg/L y VSG 12 mm/h. En orina, nitritos positivos y sedimento patológico. En radiografía de articulaciones sacroilíacas se observa sacroileítis derecha. En gammgrafía ósea se aprecia hipercaptación en articulaciones estarnoclaviculares, manubrio esternal y ambos calcáneos. Dado el tiempo de evolución y las molestias articulares, la paciente presenta dificultad para llevar a cabo sus tareas cotidianas teniendo un rol fundamental en la familia.

Se plantea el juicio clínico de síndrome de SAPHO.

Diagnóstico diferencial: patología degenerativa o inflamatoria como la artritis reumatoide, espondilitis anquilosante; patología infecciosa como tuberculosis o artritis séptica; y tumoral ósea. Como dificultad diagnóstica el SAPHO puede no distinguirse de patrones radiológicos como la enfermedad de Pager, el osteosarcoma, el sarcoma de Edwin o las metástasis óseas.

El tratamiento está basado en antiinflamatorios e inmunosupresores, como indometacina y celecoxib. Algunos autores aseguran la utilidad de las tetraciclinas en su tratamiento. El pamidronato iv en ciclos mensuales durante un año ha demostrado efectividad.

Se instaura tratamiento con salazopiria e indometazina. En analítica los valores de VSG y PCR se han normalizado, continuando con el mismo tratamiento. Tras un desarrollo de 5 años, la paciente comienza con dolor en columna cervical que se extiende hacia zona lumbar, en cadera derecha y entesitis de ambos calcáneos. En analítica presenta PCR 7 mg/L, VSG 13 mm/h y cifras de triglicéridos de 528. Se añade celecoxib, y metotrexate más ácido fólico. Dermatología trata la pustulosis palmoplantar con clobetasol tópico y colchicina.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): ante la presencia de dolores articulares crónicos en paciente mujer de mediana edad junto con lesiones dérmicas, valorar procesos reumatológicos en atención primaria pertenecientes a la misma entidad.

Palabras clave: síndrome de SAPHO.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Zoonosis en paciente con fiebre sin foco aparente

Mateos Ortega R[1], Pérez Membrive EJ[2], Pascual López B[3]

[1] MIR 2º año de MFyC. CS de Lucena I (Córdoba)
[2] MIR 2º año de MFyC. CS de Lucena II (Córdoba)
[3] MIR 2º año de MFyC. CS de Cabra (Córdoba)

Ámbito del caso: atención primaria y hospitalaria.

Motivo de consulta: síndrome febril prolongado.

Historia Clínica: antecedentes personales: mujer de 81 años. No alergias medicamentosas conocidas. No tratamiento. Carcinoma endometrio tratado. No mascotas. No viajes a países tropicales.

Anamnesis: acude por fiebre vespertina sin foco conocido de dos semanas de evolución y escalofríos, sin respuesta a tratamiento antibiótico. Deposiciones amarillentas con restos hemáticos.

Exploración: tensión arterial 132/61. Temperatura 38,3ºC. Regular estado general. Bien hidratada y perfundida, eupneica en reposo. No alteraciones cutáneas ni mucosas. Tiritona intensa. Auscultación cardiorrespiratoria, abdomen y extremidades normales. Neurológico: sin hallazgos. Pruebas complementarias: hemoglobina 10,1. Hematocrito 31,3. Plaquetas 104.000. Leucocitos 2600. Neutrófilos 1970. Coagulación normal. Glucosa 147. LDH 319. Albúmina 2,8. PCR 19,3. Ferritina 1644. ALT 56. GGT 255. FA 271. Inmunoglobulinas normales. Marcadores tumorales normales. Beta 2-microglobulina 3. Proteinograma normal. Serologías negativas. Orina normal. Urocultivo, hemocultivo y coprocultivo negativos. Radiografía de tórax y abdomen sin hallazgos. Ecografía abdominal normal. En hospital: gasometría arterial y ecocardiograma normal. TAC toraco-abdominal con ligero derrame pleural bilateral y esplenomegalia homogénea de 15 centímetros. Frotis de sangre periférica negativa. Endoscopia digestiva alta normal. Colonoscopia: ulcera rectal solitaria, biopsias normales. Punción médula ósea: abundantes células macrofágicas repletas de leishmania, leishmanias extracelulares por rotura de citoplasma de los macrófagos.

Evolución: inició tratamiento con antiobioterapia intravenosa sin respuesta, persistiendo diarreas con restos hemáticos y anemia que requirió transfusión. Mejoría clínica tras tratamiento específico. Al alta: asintomática. Se notifica enfermedad de declaración obligatoria.

Juicio clínico: leishmaniasis visceral.

Diagnóstico diferencial: neoplasias, sarcoidosis leishmaniasis, histoplasmosis y otras enfermedades infecciosas. Tratamiento: anfotericina B liposomal.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): desde el punto de vista de atención primaria es necesario realizar una buena anamnesis, exploración y diagnóstico diferencial en los pacientes, ya que ni la edad ni una serología negativa descartan una enfermedad, así como reconocer el límite de nuestros recursos para llegar a un diagnóstico definitivo. Es importante hacer hincapié en la necesidad de instaurar medidas higiénicas y hábitos saludables para la prevención de ciertas enfermedades en nuestra comunidad.

Palabras clave: pancitopenia, fiebre, esplenomegalia.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Neumonía por virus de la varicela en varón joven

Herrera Moreno CL[1], Irigoyen Martínez C[2], Canalejo Echeverría A[3]

[1] *MIR 4º año de MFyC. CS El Palo. Málaga*
[2] *MIR 2º año de MFyC. CS Alameda-Perchel. Málaga*
[3] *Médico de Familia. CS El Palo. Málaga*

Ámbito del caso: atención primaria y atención hospitalaria.

Motivo de consulta: dificultad respiratoria en el contexto de una erupción variceliforme cutánea y fiebre de 39ºC.

Historia Clínica: varón de 33 años que acude a consulta de atención primaria por erupción cutánea de horas de evolución, acompañado de fiebre hasta 39ºC. A la exploración presenta un exantema pruriginoso y polimorfo, sin otros hallazgos de interés. Se pauta tratamiento sintomático, y se deriva a domicilio con observación. A las 48 horas, acude de nuevo refiriendo dificultad respiratoria de unas 12 horas de evolución. El paciente presenta tiraje y taquipnea, con saturación del 95%, por lo que es derivado a atención hospitalaria. A su llegada a urgencias, es valorado como dificultad respiratoria en el contexto de una erupción vesiculopustulosa sobre fondo eritematoso de distribución generalizada más marcada en cara, tronco y brazos en diferentes estadios evolutivos con lesiones en costra, asociado a fiebre de 39ºC, de tres días de evolución. Como antecedentes personales, destaca vacunación completa y cuadro de varicela en la infancia, sin alergias ni otras patologías. Refiere que un sobrino y su pareja padecen varicela sin complicaciones desde hacía dos semanas. A la exploración, aceptable estado general, normotenso, 102 latidos por minuto, 37,8ºC y saturación de oxígeno con gafas nasales 96%, con disminución del murmullo vesicular de forma bilateral en ambas bases y algunos roncus dispersos. La analítica de sangre muestra leucocitosis con neutrofilia, hiponatremia con hipopotasemia leve, PCR 80,1mg/dl y ligera alcalosis respiratoria. En la radiografía de tórax aparece un patrón reticulonodular sin signos de condensación. Ante la sospecha de neumonía varicelosa, a descartar sobreinfección respiratoria secundaria por otro agente, ingresa en el área de observación para aislamiento respiratorio e inicio de amoxicilina clavulánico y aciclovir. Posteriormente ingresa en planta de neumología durante 3 días, evolucionando favorablemente y completando tratamiento antiviral y antimicrobiano, dado de alta con jucio clínico de neumonía por varicela.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): la incidencia de varicela en adultos es baja (2-5%), pero es conveniente realizar un estrecho seguimiento para el diagnóstico precoz de las posibles complicaciones y su tratamiento.

Palabras clave: varicela, neumonía.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Alteración metabolismo del hierro en analítica de rutina

Vera Ledo M[1], Esteban Cruz I[2]

[1] *MIR 3er año de MFyC. CS Esperanza Macarena. Sevilla*
[2] *MIR 2º año de MFyC. CS Esperanza Macarena. Sevilla*

Ámbito del caso: mixto: comenzando en atencion primaria y realizando diagnostico definitivo en medio hospitalario. Intervención multidisciplinar.

Motivo de consulta: acude a consulta por episodio de vértigo periférico, solicitando analítica de rutina.

Historia Clínica: antecedentes personales: síndrome de Meniere diagnosticado en 2010. Hábitos tóxicos: bebedor y fumador importante.

Anamnesis: varón de 56 años que consulta por aumento de vértigos ya en tratamiento con Betahistina, solicitando analítica general de rutina.

Exploración: buen estado general. Buena coloración de piel y mucosas, con discreta coloración terrosa de la piel. Cardiopulmonar sin hallazgos. Abdomen: blando y depresible sin visceromegalias. Neurológica: sin hallazgos.

Pruebas complementarias: hemograma: hemoglobina 14g/dl, volumen corpuscular medio 100fL. Bioquimica: glucosa 109mg/dl, urea 76mg/dl, acido úrico 9,1mg/dl, GPT 51U/L, fosfatasa alcalina 465U/L. Metabolismo del hierro: Fe serico 200mcg/dl, ferritina 1458ng/ml, IST 94%. Se amplia estudio en medicina interna: estudio hormonal: FSH 1, LH 0,5, Hormonas tiroideas y ACTH normales. Radiografía torax y electrocardiograma normales. Test genético para hemocromatosis: mutacion C282Y (Gen HFE del cromosoma 6) con carácter homocigótico. Ecografia de abdomen: alteración ecogenicidad del parénquima hepático en relación a hepatopatía difusa crónica, no apreciándose lesiones focales en el mismo.

Enfoque familiar y comunitario: familia monoparental (padre no custodio), fase centrífuga del ciclo vital familiar. Acontecimientos vitales estresantes: separación hace 2 años, mala relación con sus dos hijos.

Juicio clínico, diagnostico diferencia e identificación de problemas: hemocromatosis hereditaria e hipogonadismo hipogonadotropo. Debido a sus hábitos tóxicos, planteamos diagnostico diferencial entre hemocromatosis y alteraciones analíticas debido al consumo crónico de alcohol. Recomendando abstinencia alcohólica que realizó tras 5 meses, dándonos el diagnóstico definitivo.

Tratamiento, planes de actuación: flebotomias 500cc cada 1-2 semanas durante 1-2 años, con el fin de conseguir IST menor del 50% y/o Ferritina menor de 50mcg/l.

Evolución: tras comenzar tratamiento, presenta buena respuesta con disminución de alteraciones analíticas. Aún en tratamiento.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): consideramos importante la necesidad de seguimiento a todos nuestros pacientes incluso sin antecedentes personales ni familiares conocidos.

Palabras clave: iron metabolism disorders, meniere disease, alcoholism.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

La anciana que vivía sola

Ureña Arjonilla MªE[1], Lendinez Duran I[1], Rodriguez Ortega CS[2]

[1] MIR 1er año de MFyC. CS Mancha Real (Jaén)
[2] Médico de Familia. CS Mancha Real (Jaén)

Ámbito del caso: atención primaria.

Motivo de consulta: familia solicita derivación a especialidad hospitalaria por deterioro del estado general.

Historia Clínica: mujer de 85 años, alérgica a AAS, HTA, diabetes tipo 2, hiportiroidismo, fibrilación auricular. En tratamiento con Digoxina 0.25 mg diario. Metformina 1/Sitagliptina 50mg, Delapril/Manidipino. Sintrom 4mg, Atenolol 50/12 horas diario, Furosemida 40mg, Optovite B12. Viuda, vive sola, dependiente actividades diarias. Dos hijas sanas que la visitan esporádicamente. No acude a controles en su centro de salud desde hace más de un año. Sus hijas comentan decaimiento, diarrea, astenia y anorexia desde hace semanas, no realiza correctamente el tratamiento ni dieta de diabetes. Se propone plan de cuidados y visitas domiciliarias programadas semanales. En la primera visita, la paciente está consciente, orientada en espacio-tiempo. Palidez y frialdad de piel y mucosas. Tonos arrítmicos a 51 lpm. Edemas maleolares congestivos. Signos de insuficiencia venosa crónica. TA: 100/70, Saturación: 96%, glucemia capilar: 235. Se decide realizar analítica, electrocardiograma y control de constantes. Se informa a familiares sobre situación clínica y se retiran betabloqueantes y digoxina progresivamente. Analítica: glucosa 247mg/dl, creatinina 1.33mg/dl, FG 40ml/min, colesterol 222mg, HDL 76, LDL 120, triglicéridos 128, HbA1c 9.4%. Orina: glucosuria, leucocituria y microalbuminuria 16mg/dl. ECG: Fibrilacion auricular con respuesta ventricular conservada. Presenta mal control metabólico y mala adherencia terapéutica (Test Morinsky-Green: 1). Se decide retirada de metformina, iniciando tratamiento con sitagliptina 50, insulina basal y enalapril 5 mg. En sucesivas visitas, nuestra paciente presenta mejoría clínica. Junto con enfermería se realizan visitas de educación diabetológica a paciente y familiares. Actualmente presenta buen control metabólico y ayuda de sus hijas para realización de dieta, tratamiento y resto de actividades de la vida diaria.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): según estudios previos existen diferencias significativas en la adherencia terapeútica entre pacientes ancianos que viven solos y los que viven acompañados. La intervención educativa al núcleo familiar es fundamental para el manejo, control y prevención de comorbilidades en ancianos pluripatológicos. Por ello el médico de familia es responsable de la detección y seguimiento de estos pacientes así como de apoyar a su red social y familiar en el cuidado del enfermo.

Palabras clave: aged, professional role, family caregiver.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Muerte subita en la familia: de la salud a la enfermedad

Lendinez Duran I[1], Ureña Arjonilla MªE[1], Atienza López SM[2]

[1] MIR 1er año de MFyC. CS Mancha Real (Jaén)
[2] MIR 4º año de MFyC. CS Mancha Real (Jaén)

Ámbito del caso: atención primaria y atención hospitalaria.

Motivo de consulta: tristeza por la muerte de un familiar cercano.

Historia Clínica: paciente de 51 años, sin antecedentes personales de interés. Casado, con dos hijas, de 21 y 11 años. Familia nuclear, normofuncional; APGAR: 9; Fase IV final de la extensión. Acontecimiento vital estresante (AVE) en 2010: fallece uno de sus cuatro hermanos de forma súbita. Acude a consulta con ánimo triste, comentando nuevo AVE: la muerte súbita de su sobrino de 36 años hace 7 meses lo que ha supuesto duelo patológico en la familia, su mujer e hijas se niegan a reunirse con el resto de la familia desde entonces. Dados los antecedentes familiares de muerte súbita se propone para estudio genético familiar e interconsulta a cardiología, siendo diagnosticado de miocardiopatía no compactada familiar por alteración del gen de la rianodina (N57-G91 del NG) y resultando afectos varios familiares con distinta penetrancia. Asintomático previo al estudio. Se procede a colocación de DAI bicameral por taquiarritmias ventriculares polimorfas no sostenidas y posterior ingreso en UCI por endocarditis sobre electrodo de ventrículo derecho que evoluciona favorablemente tras intervención. Tras diagnóstico de la enfermedad el paciente ha sido jubilado de su oficio de carpintería. Actualmente asintomático y en seguimiento por parte de su médico de familia que propone entrevistas conjuntas (paciente y familiares), para conocer las necesidades, carencias afectivas de la familia desde el diagnóstico de la enfermedad y derivación a salud mental para apoyo psicológico.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): la miocardiopatía no compactada se asocia a alta incidencia de complicaciones cardiovasculares y a muerte súbita. El diagnóstico se efectúa habitualmente en fases avanzadas, con una gran disfunción ventricular, debido a lo diverso de su presentación clínica y porque actualmente no existen criterios diagnósticos estandarizados. Parece existir un pronóstico más favorable en pacientes que se encuentran asintomáticos en el momento del diagnóstico por lo que es fundamental que el médico de familia indique la realización de screening con ecocardiografía en familiares directos en el caso de existir insuficiencia cardiaca sin causa aparente, ecocardiograma sugestivo de cardiopatía estructural e historia familiar de muerte súbita.

Palabras clave: isolated noncompaction, ventricular myocardium, nuclear family.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Doctor, ¿por qué no puedo andar?

Fuentes García V

MIR 4º año de MFyC. CS Salvador Caballero. Granada

Ámbito del caso: atención primaria, urgencias hospitalarias y medicina interna.

Motivo de consulta: debilidad de miembros inferiores.

Historia Clínica: antecedentes personales: infarto cerebeloso, hipertensión y dislipemia. Exfumador y bebedor ocasional. Independiente para las actividades básicas de la vida diaria, deambulaba sin dificultad hasta 5 días previos.

Anamnesis: varón de 79 años que consulta por debilidad en miembros inferiores desde hace 5 días, con dificultad para la deambulación de manera progresiva.

Exploración: tensión arterial: 170/86mmHg, frecuencia cardiaca: 83 lpm.

Exploración neurológica se constata fuerza conservada en las 4 extremidades, dismetría de hemicuerpo derecho, marcha imposible sin sujeción, con aumento de la base de sustentación. Reflejo cutáneo-plantar indiferente derecho y flexor izquierdo. Ante los hallazgos detectados en la exploración el paciente se deriva al servicio de urgencias.

Pruebas complementarias: analítica: hemograma, bioquímica y coagulación normales.

Radiografía de tórax: atelectasia lobar superior derecha por posible masa.

ECG: ritmo sinusal a 81lpm, sin alteraciones de la repolarización.

TC toracoabdominal: masa lobar superior derecha con atelectasia del mismo, situada a menos de 2 cm de carina, sin aparente invasión de vena cava superior, ni otras estructuras. Adenopatía paratraqueal derecha de 22mm.

RMN cráneo: dos lesiones, una en hemisferio cerebeloso izquierdo y otra occipital, sugerentes de metástasis.

FIbrobroncoscopia: lesión exofítica necrosada en bronquiolo de lóbulo superior derecho. La anatomía patológica confirma cáncer epidermoide.

Juicio clínico: carcinoma broncogénico (T3N2M0) con metástasis cerebrales.

Diagnóstico diferencial:

De origen periférico: compresión de la cola de caballo, síndrome de Guillain-Barré, poliomileitis aguda.

De origen central: traumatismos, síndrome de compresión medular aguda (tumor, absceso, herniación discal, hematoma), mielitis aguda transversa, mielinolisis central pontina.

Tratamiento: morfina y dexametasona.

Evolución: El paciente es derivado a cuidados paliativos.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): el cáncer pulmonar es la causa de muerte por cáncer más frecuente a nivel mundial. Tiene una elevada mortalidad, siendo diagnosticado en estadios avanzados. Se estima que 80 a 90% de las neoplasias pulmonares están relacionadas con el tabaquismo.

Palabras clave: lung diseases, neoplasm metastasis, neoplasms.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Síndrome de vena cava superior. A propósito de un caso

Fuentes García V

MIR 4º año de MFyC. CS Salvador Caballero. Granada

Ámbito del caso: atención primaria, urgencias hospitalarias y neumología.

Motivo de consulta: disnea y edematización de cara.

Historia Clínica: antecedentes personales: miomas uterinos. Fumadora de 10 cigarrillos/día desde hace 35 años.

Anamnesis: mujer de 51 años que consulta por disnea, edematización facial y eritema en tronco superior desde hace un mes. Había acudido al servicio de urgencias dos días antes y ante la sospecha de angioedema se trató con corticoides y antihistamínicos orales.

Exploración: tensión arterial: 140/70 mmHg, afebril, frecuencia cardíaca de 80 lpm, saturación de oxigeno del 98%. Edema en esclavina (eritema tronco y facial, edematización, disnea, red violácea).A la palpación cervical: adenopatía supraclavicular derecha y laterocervicales no dolorosas. Resto de exploración normal.

Ante los hallazgos de la exploración se deriva la paciente al servicio de urgencias.

Pruebas complementarias: analítica: normal.

TC torácico: masa mediastínica que se extiende por espacios paratraqueal derecho, precarinal, subcarinal e hiliar derecho, causando marcada compresión sobre vena cava superior y sobre arteria pulmonar derecha. Pérdida de volumen en lóbulo superior derecho con engrosamiento pleuropulmonar apical y lesión nodular con contornos parcialmente espiculados.

TC abdominal: lesiones blásticas nodulares en cuerpos vertebrales de D11, L2 y L3, hueso sacro y huesos iliacos compatibles con metástasis.

Juicio clínico: carcinoma broncogénico estadio IV. Síndrome de vena cava superior.

Diagnóstico diferencial: con otras patologías que cursan con edema o disnea: insuficiencia cardíaca congestiva, el síndrome de Cushing, la trombosis venosa profunda de extremidad superior, la obstrucción linfática, la distrofia simpático-refleja o el síndrome nefrótico.

Tratamiento: radioterapia y colocación de stent en vena cava superior.

Evolución: tras el tratamiento recibido la paciente mejoró de la disnea. Continúa con las sesiones de radioterapia.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): la instauración del cuadro clínico suele ser progresiva en unas semanas. Normalmente el síntoma más frecuente y precoz es la disnea, seguida de la tríada clásica: edema en esclavina, cianosis facial y circulación colateral. Siempre debemos realizar una correcta anamnesis y exploración física, aunque el paciente ya venga con un diagnóstico, ya que en este caso era erróneo.

Palabras clave: superior vena cava syndrome, lung diseases, neoplasms.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Síndrome cordonal posterior

Gómez Román L[1], Callejas Romero AB[2], Guillen Montero MªA[3]

[1] MIR 2º año de MFyC. CS La Cañada. Almería periférica (Almería)
[2] MIR 2º año de MFyC. CS Nueva Andalucía. Almería
[3] MIR 2º año de MFyC. CS de Abla (Almería)

Ámbito del caso: urgencias.

Motivo de consulta: dificultad para la deambulación.

Historia Clínica: enfoque individual: antecedentes personales: HTA, DM2, dislipemia, espondiloartrosis. Tratamiento habitual: metformina 850, eprosartán 600, atorvastatina 20.No alergias medicamentosas. Anamnesis: paciente de 67 años que consulta en el servicio de urgencias por empeoramiento progresivo de una clínica de, al menos, un año de evolución. Comenzó con sensación de hormigueo y adormecimiento en porción acra de las cuatro extremidades, predominante en miembros inferiores. La evolución del cuadro ha sido progresiva, añadiendo debilidad distal y trastorno del equilibrio, que en las últimas semanas le impedía la marcha autónoma. Niega contacto con tóxicos, ambientes epidemiológicos especiales o sintomatología digestiva. Exploración: obesidad troncular. Afebril. Discreta palidez de piel y mucosas. Neurológica: buen nivel de conciencia. Orientado en tiempo y espacio. Exploración cognitiva sin déficit groseros. Pares craneales sin hallazgos. Fondo de ojo normal. Romberg positivo. Discreto titubeo dismétrico en maniobras dedo-nariz bilateral. Severa hipoestesia para sensibilidad profunda y vibratoria bilateral. Asterognosia en miembro superior izquierdo. Maniobra de Barré con postura pseudoatetósica por desaferentación de miembro superior izquierdo. Ataxia sensitiva con imposibilidad para la marcha en tándem. A. Cardiaca: tonos rítmicos sin soplos. Resto de exploración anodina. Pruebas complementarias: hemograma: 2,16 millones de hematíes. Hb 9,3. Hematocrito 27 %. VCM 127,2 fl. reticulocitos 7,9 %. Frotis en sangre periférica: anoisocitosis, macrocitosis, policromasia e hipersegmentación de PMN. Vit. B 12 44,82. Ácido fólico 17,43. Test de Coombs directo negativo. Hemoglobina glicosilada 6,27. Serología virus negativas. Marcadores tumorales negativos. TAC abdominal y RMN encéfalo normales. Estudio neurofisiológico: polineuropatía axonal sistémica distal con desmielinización secundaria. EDA: atrofia y discromía de mucosa gástrica con pérdida de pliegues. AP: pérdida de glándulas oxifílicas.

Juicio clínico: polineuropatía y síndrome cordonal posterior por déficit de cianocobalaimina. Anemia megaloblástica.

Diagnóstico diferencial: polineuropatía diabética, mal absorción, neoplasia oculta.

Tratamiento: cianocobalamina 1000 gammas: 1 inyección intramuscular mensual indefinida.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): un adecuado control analítico del paciente permite prevenir o bien diagnosticar ciertos déficits que dan lugar a enfermedad como en nuestro caso.

Palabras clave: polineuropatía, anemia, vitamina B12.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

A propósito de un caso de Síndrome de Claude-Bernard-Horner (SCBH)

Carmona González P[1], Hinojosa Fuentes F[1], Gil Cañete A[2]

[1] MIR 4º año de MFyC. CS San José. Jaén

[2] Médico de Familia. CS San José. Jaén

Ámbito del caso: atención primaria.

Motivo de consulta: cefalea hemicraneal derecha con destellos y pupila miótica homolateral.

Historia Clínica:

Enfoque individual:

Antecedentes personales: no AMC, fumador de 17 paquetes/año, bebedor 60 gr/día, HTA, hernia de hiato y pérdida del 3º-4º dedo de la mano izquierda.

Anamnesis: mayor dolor de cabeza de su vida, de instauración brusca en hemicráneo derecho y posterior localización fija supraorbitaria y malestar continuo con cefalea intensa intermitente. Se acompaña de aumento de la temperatura en ojo afecto, inyección conjuntival y sudoración frontal.

Exploración: ACR: corazón arrítmico a 72 LPM sin soplos ni extratonos. BMV bilateral; exploración neurológica: miosis derecha con retraso en la dilatación pupilar, no heterocromía ni anhidrosis; inspección facial: ptosis palpebral homolateral predominante sobre el enoftalmo; resto normal.

Pruebas complementarias: Rx tórax A.P. y lateral sin sospecha de ocupación de vértices; ECG: arritmia sinusal a 70 LPM, eje izquierdo, HVI, sin alteraciones de la repolarización.

Enfoque familiar y comunitario: cuida de la madre, vive en un barrio de exclusión social y frecuenta bares.

Juicio clínico; diagnóstico diferencial: cefalea en racimos episódica que desencadena un SCBH.

Diagnóstico diferencial con cefalea tensional, migraña ± aura, tumor de Pancoast, SCBH congénito, ACV, espondilosis cervical, enfermedad de Lyme y tumores de cavum.

Tratamiento; plan de actuación: verapamilo clorhidrato 80 mg/12 horas; naproxeno 550 mg/a demanda si dolor; Sumatriptán 50 mg/ a demanda si dolor no cede con naproxeno; enalapril 10 mg/24 hs; omeprazol 20 mg/24 hs; continuará con el tratamiento de mantenimiento con verapamilo hasta la resolución de la cefalea en racimos y del SCBH.

Evolución: instaurado el tratamiento hace una semana refiere ausencia de cefalea sin necesidad de naproxeno ni triptán mientras que el SCBH continúa latente dado el poco tiempo de la terapia. Informa que ha vuelve a leer, actividad que no podía realizar durante el transcurso del cuadro.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): el tratamiento del SCBH no congénito está dirigido a la causa subyacente y la resolución del cuadro dependerá de una actitud diagnóstica y terapéutica activa por parte del MAP ante la larga espera en las derivaciones a especialistas hospitalarios.

Palabras clave: Claude Bernard-Horner Syndrome, cluster headache.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Penfigoide ampolloso en atención primaria, no siempre se trata de urticaria

Vázquez Alarcón RL, Pérez Gómez S, García Plaza NE

Médico de Familia. CS Vera (Almería)

Ámbito del caso: atención primaria.

Motivo de consulta: placas maculo-papulosas, eritematosas, de predominio en tronco y extremidades, pruriginosas, sin afección de mucosas con progresión hacia la formación de flictenas.

Historia Clínica: antecedentes personales: diabetes mellitus tipo II, HTA, deterioro cognitivo en estudio por posible demencia con cuerpos de Lewy.

Tratamiento: nemantina 20, quetiapina 25, clonazepam 0.5, alprazolam 0.5.

IQ: colecistectomía, histerectomía.

Enfermedad actual: paciente de 82 años que acude a consulta ante aparición de erupción pruriginosa en tronco y extremidades de 10 días de evolución.

Exploración física: erupción máculo-papulosa, de base eritematosa con ampollas en tronco y extremidades.

Pruebas complementarias: biopsia: ampolla subepidérmica con infiltrado inflamatorio compuesto de linfocitos y eosinófilos con depósitos lineales de Ig G y C3.

Diagnostico final: penfigoide ampolloso.

Juicio clínico: penfigoide ampolloso.

Diagnóstico diferenical: pénfigo vulgar, pénfigo foliáceo, penfigoide del embarazo, impétigo, epidermólisis distrófica ampollosa, dermatitis artefacta, eccema discoide, enfermedad por depósito lineal de Ig A, dermatitis herpetiforme, eritrodermia ictisioforme ampollar, lupus eritematoso, epidermólisis bullosa adquirida.

Tratamiento: curas con septomida sobres, metilprednisolona 1% crema una aplicación al día y prednisona 30mg/24h en pauta descendente.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): el pénfigo ampolloso pertenece a un grupo de enfermedades inflamatorias crónicas de naturaleza autoinmune que afectan a piel y/o mucosas y se caracterizan por la producción de anticuerpos contra la membrana basal produciendo ampollas subepidermicas, que histológicamente se sitúan en la unión dermoepidérmica. Es la causa más frecuente de flictenas en ancianos.

Suele comenzar como una erupción pruriginosa inespecífica que fácilmente se puede confundir inicialmente con eccema o urticaria, y que tras unas semanas o meses brotan las flictenas.

Nuestra paciente fue diagnosticada inicialmente como una urticaria, y tratada con antihistamínicos sin mejoría, hasta la aparición de las ampollas. Cabe destacar también que se trata de una paciente anciana y diabética en la que se inicia un tratamiento con esteroides orales con posibilidad de descompensación glucémica.

Las consultas dermatológicas son de elevada frecuencia en nuestra práctica diaria, y en muchas ocasiones de difícil interpretación, por ello el médico de familia debe apoyarse en la historia y exploración física, así como realizar un seguimiento evolutivo de las lesiones, siendo atención primaria, el nivel idóneo para ello.

Palabras clave: urticaria, flictemas, ancianos.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Hiponatremia convulsiva

García Hidalgo R[1], Vélez Medina JM[2], Flor Peña A[3]

[1] MIR 2º año de MFyC. CS Alamillo. Sevilla
[2] MIR 4º año de MFyC. CS Alamillo. Sevilla
[3] MIR de MFyC. CS Loreto- Puntales. Sevilla

Ámbito del caso: atención primaria y hospitalaria.

Motivo de consulta: malestar inespecífico con sensación de "pesadez de garganta y nariz" con febrícula y tos.

Historia Clínica:

Enfoque individual: RAMC: Ciprofloxacino. AP: HTA, DLP y sd. Depresivo. IQx: Colecistectomizada, faquectomía bilateral. Tratamiento habitual: clortalidona, clorazepato dipotásico, omeprazol y paracetamol.

Anamnesis: paciente consulta en AP por malestar inespecífico con sensación de "pesadez de garganta y nariz" junto con febrícula y tos, pautándose tratamiento con ambroxol y paracetamol. Días después, acude a urgencias hospitalarias tras sufrir episodio sincopal precedido de pródromos (nauseas, mareo, sudoración) con clonías durante el mismo y rápida recuperación sin estupor posterior.

Exploración: aceptable estado general. Consciente, orientada y colaboradora. Hemodinámicamente estable. Exploración neurológica normal. Corazón rítmico a buena frecuencia. Buen murmullo vesicular sin ruidos patológicos.

Pruebas complementarias: hemograma: normalidad de las tres series. Bioquímica: glucosa 109, Na 125. Resto de iones y función renal normales. Enzimas cardiacas normales. TAC cráneo: normal. EEG: normal. Ecocardiografía: normal.

Juicio clínico: hiponatremia con síncope convulsivo, probablemente secundaria a diuréticos (clortalidona).

Diagnóstico diferencial: síncope de origen vasovagal, cardiaco, vascular cerebral o psicógeno. Epilepsia.

Identificación de problemas: intolerancia a amlodipino.

Tratamiento: restricción hídrica. Suspender clortalidona. Amlodipino 5 mg/ 24 h.

Planes de actuación: paciente diagnosticada de hiponatremia con síncope convulsivo en el contexto de un proceso infeccioso de vías respiratorias altas en seguimiento por su médico de familia y consultas externas medicina interna.

Evolución: buena, corregida la hiponatremia la paciente no ha vuelto a presentar más episodios sincopales. Se cambió clortalidona por amlodipino aunque posteriormente la paciente presentó intolerancia al mismo (edemas en MMII) por lo que se cambió a losartán 50mg/ 24h.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): destacar La importancia de una buena historia clinica en AP ante sintomatologia inespecifica para poder descartar o diagnosticar alguna aptologia relacionada con las alteraciones metabolicas.

Conocer las distintas manifestaciones clínicas de la hiponatremia y pensar en ella cuando un paciente presente dicha sintomatología y más aún si ese paciente además realiza un tratamiento con diuréticos.

Tener presente los efectos secundarios de los diferentes fármacos y la importancia de conocer las diferentes alternativas terapéuticas.

Palabras clave: hyponatremia, syncope, convulsion.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Síndrome de depresivo en paciente con paraplejía

Ruiz Andrés C, Villarrubia B

Médico de Familia. CS de Huétor-Tájar. Huétor-Tájar (Granada)

Ámbito del caso: consulta de atención primaria.

Motivo de consulta: tristeza y desgana de dos meses de evolución.

Historia Clínica: AP (antecedentes personales): paraplejía secundaria a accidente de tráfico. Complicaciónes secundarias al accidente (quistes siringomiélicos, ITUS de repetición, espasticidad y fractura femoral secundaria a la misma y vejiga neurógena).

MC (Motivo de Consulta): el paciente acude por tristeza, anhedonia y apatía de dos meses de evolución. Expresa sentimiento de culpa por su limitación física y celos de la relación que mantiene su amigo con su mujer (teme perderla por su invalidez). Tendencia a ciclotimina. No tiene ideas estructuradas o sin estructurar de autolisis.

Enfoque familiar y comunitario: el paciente tiene una pequeña, pero muy consolidada, red familiar. Su mujer, la cuidadora principal del paciente, siempre está pendiente. Su hija, fue violada y tuvo problemas de drogadicción. Actualmente, es madre soltera de un niño y convive con sus padres.

Juicio clínico: episodio depresivo.

Tratamiento: se inicia tratamiento con fluoxetina 10mg al día y se propone al paciente volver la semana siguiente para reevaluar.

Durante un mes el paciente venía regularmente a visitas en las que manifestaba sus sentimientos y hablaba. Ésto, junto con la medicación, ha favorecido la pronta recuperación del paciente.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): queremos resaltar el papel de las medidas de soporte no farmacológico en el tratamiento de la depresión, que aceleran la recuperación del cuadro depresivo.

Por otro lado, estamos organizando charlas para concienciación sobre los efectos de los accidentes de tráfico junto a nuestro paciente. (Actividad a la que pertenece desde que tuvo su percance). Creemos que puede ser eficaz como medida de prevención primaria en la prevención de los accidentes de tráfico y el consumo de estupefaccientes.

Palabras clave: depresión en paciente con paraplejía.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Lo que la lumbalgia esconde? Sífilis

Peña Góngora M[1], Rivilla Doce C[2], Rueda Lozano D[3]

[1] MIR 4º año de MFyC. CS La Chana. Granada
[2] MIR 2º año de MFyC. Cs La Chana. Granada
[3] Médico de Familia. CS La Chana. Granada

Ámbito del caso: atención primaria y hospitalaria.

Motivo de consulta: dorsolumbalgia.

Historia Clínica: antecedentes personales: exantema fijo medicamentoso secundario a sulfamidas.

Anamnesis: varón de 43 años que desde hace unos días presenta dorsolumbalgia no irradiada de predominio nocturno, sin traumatismo ni sobreesfuerzo previo. Además, desde hace varios meses refiere sensación de acorchamiento en territorio de femoro-cutáneo de la pierna derecha.

Exploración: constantes: TA 120/80, FC 78lpm. Buen estado general, normohidratado, normocoloreado y sin lesiones cutáneas. Exploración neurológica: normal. Auscultación cardiorrespiratoria: normal. Abdomen: normal. Columna: leve escoliosis lumbar.

Pruebas complementarias: analítica: hemograma: leucocitos 7.800, Hb 14.6, plaquetas 535.000. Bioquímica: VSG 26, PCR 25, resto normal. Serología: Ac. reagínico de sífilis: negativo. T.Pallidum, Ac (CLIA): positivo. T.Pallidum, Ac (TPHA): positivo. HBsAg negativo, HBsAc positivo (>100.000). VIH1+2, Ac: negativo. Radiografía tórax y columna: normal.

Juicio clínico: ante un paciente con una lumbalgia con signos de alarma, homosexual y que ha mantenido relaciones sexuales de riesgo se solicita una analítica con serología. En ella destaca un aumento de los marcadores inflamatorios y una serología de sífilis con prueba treponémica positiva y reagínica negativa. Dados los hallazgos en la serología los diagnósticos posibles son: sífilis tratada, sífilis latente o sífilis terciaria. Sin embargo, teniendo en cuenta la anamnesis el diagnóstico más probable sería sífilis latente.

Plan de actuación: se solicita nueva serología y se consulta el caso con el servicio de infecciosas que recomienda no iniciar tratamiento hasta clasificar la etapa de la enfermedad. Unas semanas después, persiste el dolor dorsolumbar y aparece un exantema maculopapular eritematoso en tronco y extremidades, incluyendo palmas y plantas. Además, en la serología de control también se positiviza la prueba reagínica (título 1/128). Por tanto, ahora sí se puede clasificar como sífilis secundaria, por lo que se trata con penicilina benzatina 2.4MU i.m.

Evolución: tras el tratamiento con penicilina y antiinflamatorios remite el dolor dorsolumbar y desaparecen las lesiones cutáneas.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): se ha producido un cambio en el algoritmo diagnóstico de cribado de la sífilis. Actualmente el algoritmo comienza con una prueba treponémica automatizada (CLIA).

Las diferentes determinaciones serológicas no permanecen estáticas, sino que evolucionan en el tiempo a la vez que la enfermedad.

El diagnóstico serológico del estadio de la enfermedad es imposible hacerlo si no se dispone de información clínica.

Palabras clave: sífilis, dolor de espalda, serología.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Adivina adivinanza, ¿qué tiene el paciente del Box de Críticos? ¿Efecto extrapiramidal, meningitis o hiperglucemia?

Hamido Mohamed N[1], Ramírez Arriola MªG[2], Sandoval Codoni J[1]

[1] *MIR de MFyC. Hospital Poniente. El Ejido (Almería)*

[2] *MIR de MFyC. Hospital Torrecárdenas. Almería*

Ámbito del caso: urgencias hospitalarias.

Motivo de consulta: perdida de conocimiento.

Historia Clínica: paciente varón de 13 años sin antecedentes personales de interés, es traído por sus padres a urgencias hospitalarias tras haber consultado en urgencias de atención primaria por cuadro de ansiedad, vómitos y diarrea de 10 días de evolución. En atención primaria se le administra Primperan intramuscular y alprazolam 0,5 mg sublingual y se aconseja dieta astringente y toma de líquidos.

El paciente en urgencias hospitalarias en box de críticos tenía TA. 90/60 mmHg, Fc.:120 lpm. SO2 93,4%, afebril. Inconciente, desorientado, leve rigidez cervical, pupilas isocoricas y normoreactivas a la luz, restos de pares craneales no explorables, no responde a ordenes verbales, no apertura de los ojos, no responde a ordenes motores. No reflejo rotuliano ni pedio, no babinski, no respuesta a la sensibilidad del tacto y no respuesta al dolor.

Pruebas complementarias: ECG taquicardia sinusal sin alteración de la repolalarización, analítica de sangre: hemograma: leucocitosis: 32.73 10^37microl, Neutrófilos: 87,60%, hemoglobina 16.3, hematocrito: 51.3. Bioquímica: glucosa.1073 mg/dl, urea: 79mg/dl, creatinina: 2.11, sodio 134meq/L, potasio: 6,3meq/L, PCR: 0.09, calcio.10, 3 mg7dl, creatina kinasa: 57UI/L. Troponina: 0.03, mioglobina: 138.60.resto normal. Gasometría venosa: pH. 6.850, PCO2 15.0mmHg, PO2 117mmhg, HCO3 2.6mmol/Glucosa venosa >750mg/dl, calcio iónico (ph. 7.4) venoso 4.67, Lactato: 2.90mmol/L.

TAC Craneal que se informo como normal. El paciente ingreso en UCI con el diagnóstico de debut diabético & hiperglucemia hiperosmolar & cetoacidosis & coma diabético. Evolucionando favorablemente tras tratamiento con fluidoterapia, insulina.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): este caso nos alerta que desde atención primaria: 1º nunca debemos olvidar un buena historia clínica con una anamnesis detallada y una exploración física exhaustiva sin olvidar una toma de constantes y la glucemia. 2º al prescribir o administrar un fármaco debemos tener en cuenta la anamnesis y exploración física, pues en este caso al administrar primperan podemos provocar efecto extrapiramidales y al administrar benzodiacepinas podemos deprimir más el estado de conciencia de un paciente con hiperglucemia, sobre todo cuando se trata de niños o ancianos.

Palabras clave: debut diabético, cetoacidosis.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

La dificultad del diagnóstico clínico del síndrome de Gaistböck: caso clínico

Bellido Moyano C[1], Álvarez Limpo A[2]

[1] *MIR 1er año de MFyC. CS Lucena I. Lucena (Córdoba)*
[2] *Médico de Familia. CS Lucena I. Lucena (Córdoba)*

Ámbito del caso: atención primaria.

Motivo de consulta: desde hace tres semanas el paciente presenta molestias abdominales inespecíficas, cansancio generalizado y tensiones arteriales elevadas.

Historia Clínica: paciente varón de 18 años de edad, sin hábitos tóxicos ni tratamientos previos de interés. Presenta desde hace tres semanas molestias abdominales inespecíficas, sin alteración del apetito, ni vómitos, ni alteración del ritmo deposicional, siendo su exploración física totalmente anodina. Dos semanas más tarde, acude a la consulta por cansancio generalizado y tensiones arteriales elevadas de 155/85 mmHg.

Tras realizar una bioquímica sanguínea, hemograma y hormonas tiroideas, se aprecia una serie roja con poliglobulia microcítica e hipocroma con ferropenia leve y leucocitos, fórmula leucocitaria, y plaquetas normales. Además, se realiza una placa de tórax PA y L y un EKG, no encentrándose hallazgos de interés.

Se deriva al servicio medicina interna, y se amplía el estudio de la anemia, solicitando Hb A2 y fetales, siendo todas ellas normales; reticulocitos de 0.9% y Coombs directo negativo.

El paciente evoluciona favorablemente con Fe (II) Ferroglicina 567, de 70 mg, 1/24 horas.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): el síndrome de Gaistböck es un factor de riesgo conocido para enfermedades como la insuficiencia cardiaca o accidentes cerebrovasculares, por lo que pese a ser una enfermedad poco frecuente, bastaría con una analítica para poder sospechar el diagnóstico en pacientes con signos compatibles con dicho síndrome.

Palabras clave: hematología, poliglobulia, síndrome de Gaistböck.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Paciente con proteinuria: abordaje en urgencias

Rico Azuaga MªJ[1], Aguado Rivas R[2], Sánchez Durán M[3]

[1] *Médico de Familia. CS Poniente. La Línea de la Concepción (Cádiz)*

[2] *Médico de Familia. CS de Almuñécar (Granada)*

[3] *Médico de Familia. CS Ronda de Andalucía. Estepa (Sevilla)*

Ámbito del caso: urgencias hospitalarias.

Motivo de consulta: mujer de 56 años que acude por astenia, edemas en extremidades inferiores y orina espumosa desde hace dos semanas. Dolor articular en caderas y rodillas desde hace más de año.

Aporta analítica de días previos con elevación de VSG, PCR, fibrinógeno, trombocitosis reactiva, elevación de anticardiolipina IGG, dislipemia marcada reciente, proteinuria en 3.5 g/ 24 horas, hipoalbuminemia, creatinina y urea normales, déficit de VIT D.

Historia Clínica: antecedentes personales: alergia a enalapril, HTA desde hace 3-4 años en tratamiento con lobibón 5 MG 1/24 h. En seguimiento en reumatología desde hace 3-9 meses por poliartralgias, aporta estudio que es poco concluyente con diagnóstico de poliartritis reumática.

Exploracion fisica: la exploración por aparatos resulta normal, destacan los edemas en extremidades inferiores hasta tercio medio con fóvea.

Pruebas complementarias: HB 12.00, hematocrito 36.7, VMC 77.5, no leucocitosis, plaquetas 727, fibrinógeno 1389, no alteración de la función renal, proteínas totales 5.2, PCR 54.4. Sistemático de orina 500 proteínas. RX De tórax sin hallazgos patológicos. Ta 100/60. 105 lpm. Urocultivo negativo, serología HB, VHC VIH negativo, C ANA y P ANCA negativos.

Juicio clinico, diagnostico diferencial: tras el diagnóstico diferencial entre las posibles causas de proteinuria: aislada, glomerular, disminución de la absorción glomerular, por sobrecarga, se diagnostica de SD nefrótico y se realiza biopsia de renal siendo compatible con glomerulopatía de cambios mínimos.

Evolucion y tratamiento: se inicia tratamiento con dieta pobre en sal y grasas, simvastatina 40 mg, omeprazol 40 mg, prednisona 50 mg 1/24 H, furosemida 40 mg, losartan 25 mg que en las revisiones se van reduciendo.

En revisiones se inicia aas, carbonato cálcico 1.5 g/vit D 400 UI al día.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): la proteinuria severa y su asociación con hipoproteinemia, hiperlipemia, y edemas debe hacernos sospechar de un síndrome nefrótico, la albumina en electroforesis indica origen glomerular. El sd nefrótico es la forma de presentación más frecuente de las glomerulopatías, es importante un diagnostico precoz por parte del médico de familia para evitar complicaciones como la insuficiencia renal, tromboembolismo, tubulopatías, infecciones, insuficiencia renal, complicaciones por la dislipemia e hipoproteinemia.

Palabras clave: glomerulonephritis, nephrotic síndrome, albumins.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Simplificación diagnostica de una hernia hiatal

Rico López MªC[1], García Mártinez F[2], Guillen Montero MªA[3]

[1] *Médico de familia. CS de Abla (Almería)*
[2] *Médico de familia. CS de Nijar (Almería)*
[3] *MIR 2º año de MFyC. CS de Abla (Almería)*

Ámbito del caso: atención primaria, centro de salud de zona rural.

Motivo de consulta: dolor epigástrico y síntomas de pirosis ocasional.

Historia Clínica: enfoque individual: antecedentes personales: hipertensión, dislipemia, artrosis, carcinoma basocelular.

Anamnesis: paciente de 81 años, que vive en zona rural, con dificultades de movilidad, institucionalizado y sintomatología de dolor epigástrico con síntomas de pirosis ocasional, sin nauseas, ni vómitos, ni alteración del hábito intestinal, ni fiebre.

Exploración: abdomen blando depresible, dolor a la palpación epigástrica, timpanizado en la zona, resto normal, no masas, no signos de irritación peritoneal.

Pruebas complementarias: radiografía de tórax PA: ocupación retrocardiaca de densidad agua, homogénea, no visualizándose niveles en radiografía de tórax lateral, superponiéndose en posteroanterior. ECG: ritmo sinusal a 70 latidos por minuto, sin signos de isquemia aguda.

Enfoque familiar y comunitario: resolución de un problema diagnóstico que puede ser frecuente en una población, la cual posee unas características específicas: rural, envejecida, con mínima movilidad y frágil.

Juicio clínico: hernia hiatal.

Diagnóstico diferencial: neoplasia, metástasis, hernia hiatal, aneurisma de aorta, adenopatía, absceso.

Identificación de problemas: para resolver la duda de los posibles diagnósticos diferenciales, se podría realizar esofagograma con contraste, endoscopia alta o TAC, pero en una zona rural, con paciente añoso y de poca movilidad, implicaría un traslado hospitalario, pruebas más agresivas o ciertos riesgos, por lo que plantearse la resolución diagnostica evitando estos factores es importante y necesario.

Planes de actuación: evaluar los posibles diagnósticos diferenciales, las pruebas necesarias y riesgos de cada una, eligiendo la más adecuada para el paciente.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): se puede simplificar el procedimiento diagnóstico de masa retrocardiaca, volviendo a repetir la radiografía de tórax posteroanterior y lateral, tras ingerir líquido minutos antes, por vía oral.

Si es hernia hiatal, aparecerá un nivel visible en la zona a estudiar que dará la clave diagnóstica, sin precisar otros métodos de mayor agresividad.

Palabras clave: hernia hiatal, retrocardiaco, radiografía.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Eritema nodoso, cuando una tumoración hiperémica y dolorosa en un miembro inferior no es proceso de tromboflebitis

Winkler G[1], Vargas Iglesias S[2], Liñán Cáceres AM[a1]

[1] *MIR 3er año de MFyC. CS El Juncal. Sevilla*

[2] *MIR 2º año de de MFyC. CS El Juncal. Sevilla*

Ámbito del caso: atención primaria, urgencias hospitalarias, medicina interna.

Motivo de consulta: bulto doloroso en miembro inferior derecho.

Historia Clínica: antecedentes: no alergias medicamentosas, fumador (18paq/año), bebedor ocasional, no otros tóxicos. Intervenciones quirúrgicas: colecistectomía, apendectomía.

Hombre de 38 años que acude a su médico de familia por notarse un "bulto" enrojecido y doloroso en la zona gemelar derecha con tumefacción local y dolor en el tobillo derecho. A la exploración se observa una lesión cutánea ovalada, caliento, con tumefacción local, hiperemia cutánea. A parte presenta leve tumefacción del tobillo, pero sin dolor asociado. No se observan signos de TVP (trombosis venosa profunda) y ante la sospecha de flebitis se inicia tratamiento con AINEs y amoxicilina/clavulánico durante 10 días. El paciente no mejora, por lo que se prolonga el tratamiento antibiótico y se añade heparina de bajo peso molecular a dosis profiláctica. Pero dado que el paciente no presenta mejoría su médico le deriva a las urgencias hospitalarias. En urgencias no se observan signos de TVP y se realiza una analítica sanguínea que lo descarta (Dimeros- D normales), sin observar otras alteraciones analíticas.

Desde urgencias se remite a las consultas de medicina interna, manteniendo tratamiento con AINES, ante sospecha de un posible eritema nodoso.

Se solicita una radiografía de tórax, un cultivo de orina y una analítica con perfiles y serología (enfocada en enfermedades infecciosas, como sífilis o también hepatitis como posible etiología del eritema nodoso o para descartarlo).

El paciente sigue en tratamiento con AINES mejorando favorablemente y las pruebas complementarias resultan normales, incluyendo el perfil hepático, renal y lipídico tanto como el proteinograma. La serología descarta sífilis, VIH, hepatitis B y C y otras infecciones víricas como parvovirus B19, brucela melitensis, cloxiella burnetti, resultando únicamente positivo los anticuerpos Ig del Virus Ebstein Barr.

Tras la mejora del paciente y con las pruebas complementarias negativas se precede al alta con diagnóstico: eritema nodoso idiopático.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): el eritema nodoso no es la primera patología en la que pensamos cuando nos encontramos ante un caso como este, pero es importante tenerlo en cuenta, ya que puede ser la manifestación de otras enfermedades que precisan atención médica.

Palabras clave: erythema nodosum, thrombophlebitis, panniculitis.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Alta resolución en atención primaria

Hernández Labrot B, García Hidalgo R, Garcia Jimenez A

MIR 2º año de MFyC. CS Alamillo. Sevilla

Ámbito del caso: atención primaria, consultas externas de medicina interna

Motivo de consulta: malestar general, intensa astenia y mialgias

Historia Clínica: enfoque individual: antecedentes personales: varón de 52 años fumador de 1paquete/dia, hipertenso, hipertrigliceridemia, orquitis.

Anamnesis: acude por astenia, disnea, debilidad muscular con dificultad para la marcha y parestesias en miembros inferiores.

Exploración: palidez mucocutanea, taquipneico, afebril. Corazón rítmico con soplo sistólico aórtico. Buen murmullo vesicular.

Pruebas complementarias: hemograma con anemia macrocítica en rango transfusional, con hipovitaminosis B12 y Ac anti-células parietales. Junto con plaquetopenia e hipotiroidismo autoinmune con anti-TPO positivos.

Ecografía de cuello con adenopatía de carácter inflamatorio. Ecocardiografía normal.

Enfoque familiar y comunitario: familia nuclear, unida, con buena relación entre sus miembros, de clase social media. Padre con los los antecedentes ya descritos y madre con esclerosis múltiple con buen control. Hijo estudiante sin antecedentes de interés.

Juicio clínico: anemia perniciosa.

Diagnóstico diferencial: neoplasias, insuficiencia cardiaca, hipotiroidismo, hepatopatia, fármacos y abuso de alcohol

Identificación de problemas: posible incumplimiento terapeútico.

Tratamiento: eutirox 100mcgr /24horas, vitamina B12 1000mcgr / 30 días.

Planes de actuación: paciente diagnosticado en consulta de atención primaria de anemia macrocítica y se deriva a hospital de dia para valorar transfusión y completar estudio y tratamiento.

Evolución: muy buena al inicio del tratamiento y posteriormente ligero empeoramiento analítico lo que nos hizo sospechar incumplimiento terapéutico.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): destacar el poder resolutivo que existe en atención primaria evitando ingresos innecesarios y las repercusiones de éstos.

Importancia de la continuidad asistencial para el buen funcionamiento del sistema.

Capacidad de mejorar la resolución de los problemas de los pacientes gracias al conocimiento de la cartera de servicios y unidades de referencia. En este caso, se contacta directamente con internista realizándose la transfusión en unidad de día evitando derivaciones a urgencias e ingresos innecesarios.

Palabras clave: anemia, astenia, vitamin B-12.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Abordaje de Parkinsonismo en contexto familiar de síndrome X frágil

Lorenzo Peláez C[1], Atienza López SM[2], Lendinez Duran I[3]

[1] *MIR de 3er año de MFyC. CS Mancha Real (Jaén)*
[2] *MIR 4º año de MFyC. CS Mancha Real (Jaén)*
[3] *MIR 1er año de MFyC. CS Mancha Real (Jaén)*

Ámbito del caso: mixto: atención primaria, especializada (neurología, neurocirugía, neuropediatría).

Motivo de consulta: inicial: cuadro vertiginoso. Posteriores: dificultad marcha y cuadro depresivo, seguidos de freezing e hipomimia facial, hipocinesia, rigidez derecha y marcha cautelosa.

Historia Clínica: enfoque individual: antecedentes personales: enfermedad Foriester Querol.

Antecedentes familiares: hermano fallecido por Parkinsonismo Plus, dos hijas portadoras Síndrome X Frágil, tres nietos con retraso desarrollo psicomotor.

Anamnesis: paciente 66 años. Consulta inicial por síndrome vertiginoso con hallazgo de hidrocefalia sin criterios de actividad (posterior colocación válvula ventrículo-peritoneal). En siguientes visitas dificultad para caminar y tristeza, inatención, negativismo, anhedonia diagnosticándose Deterioro cognitivo asociado a depresión, pautando antidepresivo y empíricamente levodopa que retiramos por ineficacia. Posteriormente aparece freezing aislado reintroduciendo Levodopa/Carbidopa. Finalmente hipomimia facial, hipocinesia, marcha cautelosa con buen braceo, rigidez derecha, sin temblor.

Exploración: física (general, por aparatos) normal. Neurológica: inicialmente normal. Posteriormente tándem inestable. Finalmente: hipomimia facial, hipocinesia, marcha cautelosa, rigidez derecha.

Pruebas Complementarias: analítica y Eco-Doppler normales. TAC y RM craneal: hidrocefalia biventricular (tercer y laterales) con válvula de derivación, cambios involutivos. DATASCAN: síndrome Rigido-Acinetico asimétrico con afectación de la marcha. Estudio genético: portador de premutación del gen FMR-1 asociado a Sd. X Frágil, pudiendo transmitir la lesión molecular a su descendencia femenina.

Enfoque familiar y comunitario: estudio de la familia y la comunidad: familia nuclear etapa V (final contracción), fase centrípeta del ciclo vital familiar (familia normofuncional). Red social: alto apoyo emocional e interacción social limitada. Acontecimientos vitales estresantes: fallecimiento hermano y enfermedad nietos.

Esposa: cuidadora del paciente. Dos hijas: cuidadoras de respectivos hijos.

Juicio clínico: síndrome Rígido-Acinético con afectación de la marcha en paciente portador de Sd. X Frágil.

Diagnóstico diferencial: deterioro cognitivo con depresión asociada.

Tratamiento, plan de actuación: levodopa/carbidopa, escitalopram, tocoferol.

Control y seguimiento de patología orgánica y apoyo personal y familiar interrelacionando los casos, ofreciendo soporte emocional (abordaje familiar) por gran impacto y repercusión del síndrome en sus vidas.

Evolución: estable. Aceptación del síndrome a nivel familiar como unidad. Mayor cohesión familiar desde sucesivos diagnósticos.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): medicina familiar interviniendo en diagnóstico, seguimiento y soporte emocional individual e interrelacionado con entorno (familiar).

Palabras clave: Parkinson, síndrome X Frágil, depresión.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Anisocoria, a propósito de un caso

Padial Baone A[1], Rivas Roman A[2], Bajo Escudero MªM[2]

[1] MIR 4º año de MFyC. CS Ribera del Muelle. Puerto Real (Cádiz)
[2] MIR 3er año de MFyC. CS Ribera del Muelle. Puerto Real (Cádiz)

Ámbito del caso: servicio de urgencias.

Motivo de consulta: el paciente acude a urgencias por cefalea y anisocoria.

Historia Clínica:

Antecedentes personales: No RAMc. Alergia a ácaros. Fumador de 1paq/día. Bebedor de fin de semana. Niega otros tóxicos. Pancreatitis que requirió ingreso. Intervenciones quirúrgicas: adenoidectomía. Quiste óseo a los 11 años.

Anamnesis: varón, 23 años, acude al servicio de urgencias por cefalea de 12 horas de evolución con predominio parietoccipital, constante que comienza mientras trabajaba en el campo. Sin otra sintomatología asociada. Posteriormente al llegar al domicilio descubre anisocoria, con ojo izquierdo midriático y visión borrosa.

Exploración: buen estado general. Eupneico. Consciente, orientado y colaborador. ACP: normal. Neurológico: anisociria con midriasis ojo izquierdo, ojo derecho normal, consensuado derecho conservado, izquierdo abolido. Motilidad ocular conservada. Fuerza y sensibilidad normales. No meningismo.

EEII. Normal.

Pruebas complementarias: analítica completa. TAC urgente. RMN programada.

El paciente es recibido en el SCCU donde se realiza una analítica completa con bioquímica, hemograma y coagulación sin hallazgos relevantes. TA: 130/84 FC: 77lpm SatO2: 98%. Se solicita TAC craneal urgente informado como estudio dentro de la normalidad. Se cursa ingreso a cargo de neurología, donde realizan nueva analítica dentro de la normalidad y RMN cráneo informada como estudio dentro de la normalidad con variante de la normalidad de ausencia de arteria comunicante posterior izquierda.

Diagnóstico diferencial: neoplasia, ACVA, hemorragia subaracnoidea, síndrome Eaton-Lambert, difteria, malformación arteriovenosa, glaucoma de ángulo cerrado, botulismo.

Juicio clínico: midriasis del jardinero (por datura de estramonio)

Tratamiento, planes de actuación: analgésicos para la cefalea que continuó durante unas horas y la midriasis unos días.

Evolución: buena evolución sin necesidad de ningún otro tratamiento.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): la aplicabilidad de este caso para la Medicina Familiar se basa en la correcta atención desde el servicio de urgencias a un signo infrecuente como es la anisocoria.

Palabras clave: anisocoria, midriasis, cefalea.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Angioedema heriditario

Madeira Martins JM[1], Lopez Moreno J[2], Cuevas Cruces J[1]

[1] *MIR 2º año de MFyC. CS de la Fuensanta. Córdoba*

[2] *MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Aeropuerto. Córdoba*

Ámbito del caso: atención primaria.

Motivo de consulta: edema palpebral.

Historia Clínica: antecedentes personales: nada a destacar.

Enfermedad actual: paciente mujer de 16 años que acude a consulta acompañada por su madre por cuadro de edema periorbitario bilateral no pruriginoso de aparición brusca que cede espontáneamente a las 24-48 horas y que se acompaña de mal estado general y episodios esporádicos autolimitados de dolor abdominal cólico sin diarrea sin fiebre y sin factores desencadenantes ni atenuantes.

Indica haber sido valorada por oftalmología habiéndose descartado patología de su especialidad y haber acudido a urgencias por cuadro de dolor abdominal, habiendo sido dada de alta tras haberse descartado patología urgente con la normalidad de las exploraciones complementarias realizadas.

Se cuestiona a la madre sobre la existencia de antecedentes familiares con clínica similar comentando ésta la existencia de dos casos por parte de la familia paterna.

Exploración física: a destacar la presencia de edema periorbitario bilateral blando, discretamente doloroso a la palpación, algo más intenso en ojo izquierdo sin signos inflamatorios, con vía aérea permeable, resto anodino.

Tras valoración se decide derivación al servicio de medicina interna para estudio, donde se solicita: resonancia magnética nuclear y analítica con hemograma, coagulación y bioquímica con estudio hormonal, metabolismo de hierro, determinación de inmunoglobulinas, C3, C4 y factor C1 inhibidor obteniéndose los siguientes resultados patológicos: C1 inhibidor: 4 mg/dl.

Se vuelve a citar a la paciente a los 6 meses habiendo presentado ésta dos episodios de la misma clínica y habiéndose repetido las mismas exploraciones complementarias con cifras de factor C1 inhibidor disminuidas (2,7mg/dl), resto anodino.

La paciente fue diagnosticada de angioedema hereditario y derivada al servicio de alergología para valoración habiéndose iniciado tratamiento profiláctico con ácido tranexámico 500mg 1/8horas con control posterior a los 6 meses de la función renal, CPK, aldolasa y enzimas hepáticas.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): conclusiones: teniendo en cuenta la clínica de la paciente y al indagar sobre su antecedentes familiares se pudo llegar a un diagnóstico de sospecha que se confirmó posteriormente, por lo que, en el ámbito de la atención primaria es importante, a pesar del tiempo limitado, una valoración global del paciente, su clínica, su entorno sociofamiliar y de sus antecedentes personales y familiares.

Palabras clave: angioedema, hereditario y dolor abdominal.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Desnutrición en personas mayores: buscar la causa

Alarcón Pariente E[1], Zarco Manjavacas J[2], Cervilla Suárez FJ[2]

[1] MIR 1er año de MFyC. CS de El Palo. Málaga
[2] MIR 3er año de MFyC. CS de El Palo. Málaga

Ámbito del caso: paciente varón de 85 años de edad. Vive solo con su esposa enferma de Alzheimer, colabora en tareas del hogar, con apoyo de su hija que vive cerca. Mantiene actividades de ocio y ocupaciones.

Motivo de consulta: consulta por pérdida de peso sin otros síntomas acompañantes.

Historia Clínica: Sin alergias. Exfumador desde hace 35 años, sin hábitos tóxicos actuales.

Antecedentes: colecistectomía, apendicectomía, intervenido de cáncer esofágico hace más de 10 años, y fractura de la cadera izquierda, hipertensión, hiperplasia prostática y EPOC fenotipo no agudizador enfisema. En tratamiento con tamsulosina, tiotropio 18mcg, paracetamol 1g, omeprazol e hidroclorotiacida. Exploración normal.

En analítica: plaquetopenia (133/mcL), hipocolesterolemia (colesterol total: 120, LDL: 50) y hipoalbuminemia (3'4g/dL). Valoración nutricional: IMC (Indice de Masa Corporal) 21'5. PT (Pliegue tricipital) 8mm p25-p50 (desnutrición leve), %PT 76'92% (desnutrición moderada), PB (perímetro braquial) 23cm p25-p50 (desnutrición leve), CMB (circunferencia muscular del brazo) 20'5 p25-p50 (desnutrición leve) y %CMB 94'85 normal. Índice de Barthel 85 (dependiente moderado).

Conclusión: desnutrición leve mixta. Se dieron recomendaciones nutricionales.

Segunda valoración nutricional a los 6 meses, exploración sin hallazgos, peso 58'8kg, talla 167cm, IMC 20'97 (normal) PT 8mm p25-p50 (desnutrición leve) %PT 76'92 (desnutrición moderada), PB 22'5cm p25-p50 (desnutrición leve), CMB19'98 p10-p25 (desnutrición moderada) y %CMB 92'53% (normal) y PP 32 (normal).

Conclusión: desnutrición mixta moderada.

Ante el avance de la desnutrición se solicita analítica heces: SOH negativos, abundantes grasas neutras, elastasa pancreática 104, y calprocectina 201, H pylori negativo. Derivamos al paciente al servicio de digestivo con juicio clínico insuficiencia de páncreas exocrino. Inicia tratamiento con enzimas pancreáticas, pendiente de RMN.

Plan de actuación: información sobre el trastorno, pautas de alimentación. Seguimiento nutricional.

Juicio clínico: desnutrición mixta grado moderado en el contexto de una insuficiencia pancreática.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): incluir la sospecha de insuficiencia pancreática en pacientes con pérdida de peso injustificada. Necesidad de seguimiento continuo de los pacientes desnutridos sin causa filiada.

Palabras clave: insuficiencia pancreática exocrina, desnutrición, perdida de peso en anciano.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Neumatocele complicado con neumonía

Moreno Quirós JA[1], Martínez López M[2], Vinuesa Acosta FJ[3]

[1] *MIR 4º año de MFyC. CS de Baza (Granada)*

[2] *MIR 3er año de MFyC. Consultorio Exfiliana y la Estación (Granada)*

[3] *MIR 3er año de MFyC. Consultorio de La Calahorra (Granada)*

Ámbito del caso: atención en urgencias.

Motivo de consulta: tos y expectoración con fiebre y dolor costal derecho.

Historia Clínica: paciente mujer de 34 años, fumadora activa de 3-4 cigarrilos/día y antecedentes de neumonía en 2003. Acude a urgencias por llevar 15 días con tos y expectoración verdosa junto a fiebre de 38,5 y dolor costal derecho y murmullo vesicular disminuido a ese nivel. Analítica con leucocitosis y desviación izquierda e imagen radiológica con gran nivel hidroaereo a nivel de lóbulo inferior y medio derecho. Tras resolución de neumonía con tratamiento antibiótico se deriva a servicio de neumología donde se realiza TAC que concluye neumatocele y estudio de enfermedades reumáticas y fibrosis quística que queda descartada. Debido al tamaño de la lesión se recomienda a la paciente derivación a cirugía torácica para valorar extirpación.

Si el estudio de fibrosis quística hubiera sido positivo se tendría que haber realizado estudio genético a sus dos hijas pequeñas.

El juicio clínico fue de neumatocele y el diagnóstico diferencial de esta entidad debe realizarse con el quiste broncogénico, la malformación quística adenomatoide, el secuestro pulmonar y el absceso pulmonar. La paciente por las característica de la lesión tiene una mayor prevalencia a sufrir neumonía complicada que la población normal motivo por lo que se le recomendó acudir a cirugía torácica.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): presentamos este caso porque a pesar de ser el neumatocele una complicación frecuente de la neumonía estafilocóccica no lo vemos habitualmente en nuestro medio, debido a que las mayorías de las neumonías no son causadas por este agente etiológico, por lo que hay que tenerlo en cuenta en una neumonía que no evolucione de forma habitual. Mientras más temprano hagamos el diagnóstico, el seguimiento y la conducta a tomar se realizarán más precozmente y se podrá evitar desenlaces fatales.

Palabras clave: pneumonia, pneumatocele, complication.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Dolor torácico punzante en varón joven

Roman Hernández J[1], González Álvarez MªT[2], Saldarreaga Marín JA[2]

[1] *Médico de Familia. CS Paterna de Rivera. Cádiz*

[2] *Médico de Familia. UCCU. Cádiz*

Ámbito del caso: mixto.

Motivo de consulta: dolor torácico punzante.

Historia Clínica: enfoque individual: antecedentes personales: no fumador, consumidor ocasional de alcohol y cocaína (no lo reconoció hasta su llegada al hospital), albañil.

Anamnesis: varón de 23 años que acude a urgencias hospitalarias por dolor torácico punzante de dos días de evolución, a veces opresivo y que se reproduce con los movimientos del tronco, del brazo izquierdo y la inspiración profunda. No clínica catarral ni fiebre previa. No mejoría con ibuprofeno y calor seco recomendado en primaria al inicio del cuadro, por comenzar por cervicalgia y omalgia que ahora no presenta.

Exploración: no aspecto de enfermedad, eupneico, auscultación cardiopulmonar normal, limitación de inspiración forzada por dolor, reproduce el dolor la abducción y rotación de brazo izquierdo, no cambios con la inclinación del tronco. Constantes conservadas y saturación 97%.

Pruebas complementarias: electrocardiograma con elevación de ST en silla de montar en cara inferior y V3-6. Elevación de troponinas, de creatinquinasa y proteína C reactiva. Radiografía de tórax normal y ecocardiografía con discreta dilatación de pared posterior de ventrículo izquierdo.

Enfoque familiar y comunitario: acudió a urgencias acompañado de sus padres, añadiéndole "gravedad", ya que no es frecuente en varones de sus características y aumentando las posibilidades sin limitarnos a la asociación dolor muscular-albañil.

Juicio clínico: miopericarditis aguda.

Diagnostico diferencial: pericarditis, angina vasoespastica por drogas, dolor musculoesqueletico.

Tratamiento: tanto en la unidad de cuidados intensivos como en cardiología, basado en dexketoprofeno y ranitidina. Evolución: sin secuelas.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): algunos antecedentes personales y una anamnesis incompleta pueden inducirnos a errores e infradiagnosticar patologías de presentación atípica o infrecuente como en nuestro caso.

Palabras clave: pericarditis, troponinas, dolor torácico.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Síndrome febril de una semana de evolución sin foco evidente e inestabilidad

Pedrosa del Pino M[1], Serrano Baena M[2], Moreno Pérez I[3]

[1] *MIR 3er año de MFyC. CS Portada Alta. Málaga*

[2] *MIR 4º año de MFyC. CS Delicias. Málaga*

[3] *MIR 3er año de Oncología Médica. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria. Málaga*

Ámbito del caso: atención hospitalaria.

Motivo de consulta: fiebre, parestesias en miembros inferiores y oliguria.

Historia Clínica: antecedentes personales: mujer de 41 años, sin alergias medicamentosas conocidas ni antecedentes de interés, que trabaja como auxiliar de veterinario en un ámbito rural.

Anamnesis: acude a urgencias por presentar fiebre termometrada de hasta 39,5ºC de una semana de evolución, que cede con antitérmicos, y mialgias y artralgias generalizadas. Niega semiología de infección respiratoria. Deposiciones de características normales sin productos patológicos. El día que acude a urgencias comienza con parestesias en miembros inferiores e inestabilidad en la marcha, tenesmo urinario y oliguria.

Exploración física: se objetiva globo vesical. Exploración neurológica: pares craneales normales. Debilidad generalizada pero sin focalidad. Fuerza simétrica en las cuatro extremidades. Reflejos exaltados con aumento de área de provocación. Reflejo cutáneo plantar flexor bilateral. No dismetría. Romberg positivo. Inestabilidad en la marcha sin clara lateropulsión. No signos meníngeos. Resto de exploración anodina. Pruebas complementarias: analítica de sangre con hemograma, coagulación, gasometría venosa y bioquímica, y analítica de orina con parámetros dentro de la normalidad. Radiografía de tórax sin alteraciones radiológicas. TC de cráneo: imagen localizada entre el lóbulo frontal y la región insular derecha, que podría estar en relación con pequeña malformación venosa. Resto sin alteraciones radiológicas significativas. Punción lumbar: líquido cefalorraquídeo sugestivo de meningitis linfocitaria.

Enfoque familiar y comunitario: sin interés.

Juicio clínico: meningitis linfocitaria.

Diagnóstico diferencial: romboencefalitis viral, polirradiculoneuropatías, esclerosis múltiple, lesiones medulares estructurales o vasculares.

Tratamiento y planes de actuación: se realiza sondaje vesical y se decide ingreso en neurología para estudio y tratamiento con corticoides.

Evolución: durante el ingreso evoluciona de forma favorable, desapareciendo la sintomatología tras el inicio del tratamiento con corticoides. Se le realiza una RM de columna completa apreciándose hallazgos sugestivos de mielitis inflamatoria/infecciosa, siendo dada de alta con diagnóstico de mielitis aguda difusa de origen indeterminado.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): este caso clínico pone de manifiesto la importancia de realizar un correcto diagnóstico diferencial ante un síndrome febril sin foco tras haber realizado una historia clínica detallada y exploración física completa.

Palabras clave: fever, oliguria, instability.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

A un paso de la muerte...

Hernández Donoso MªC, Calahorro Puerto MªJ, Saldarreaga Marín JA

Médico de Familia. ZBS Medina Sidonia. Distrito Cádiz Bahía-La Janda (Cádiz)

Ámbito del caso: urgencias de atención primaria (AP) y hospitalaria.

Motivo de consulta: mujer que acude por primera vez a urgencias de AP porque se "asfixia al caminar".

Historia Clínica: enfoque individual: antecedentes personales: mujer, 71 años, hipertensión, insuficiencia venosa. Tratamiento: enalapril, diosmina/hesperidina.

Anamnesis: acude acompañada por sus dos hijas, caminando. Refiere tener que parar porque "se ahoga" y no poder continuar. Es la primera que vez que le sucede y está muy preocupada.

Exploración física: buen estado general, disneica al entrar, eupneica en reposo. Palidez cutánea. Auscultación cardiopulmonar: sin ruidos patológicos. Edemas maleolares. Pruebas complementarias: constantes: tensión arterial 145/93, frecuencia cardiaca: 48 lpm, saturación oxígeno 97%. Electrocardiograma: bloqueo auriculoventricular (BAV) de 3º grado.

Enfoque Familiar y Comunitario: alto apoyo familiar. No acontecimientos vitales estresantes. Relación empática en la consulta.

Juicio clínico: BAV de 3º grado. Disnea a mínimos esfuerzos.

Diagnóstico diferencial: la muerte súbita de causa cardiaca representa el 50% de las muertes cardiovasculares, la mayoría secundarias a arritmias. Como alteración del ritmo representan un problema de salud pública debido a las complicaciones embólicas que alcanzan y otras veces son un descubrimiento común en la exploración. Se realiza el diagnóstico diferencial con otras bradiarritmias, síndrome coronario agudo, insuficiencia cardiaca y enfermedades pulmonares.

Identificación de problemas:

Tratamiento, planes de actuación: reconocimiento de la secuencia diagnóstica y terapéutica dirigida a confirmar la causa de los síntomas, reconocer el tipo de ritmo que presenta. Monitorización de la paciente, controlando constantes y situación clínica. Administración de suero fisiológico por vía periférica y oxígeno mediante gafas nasales. Derivación a urgencias del hospital en UVI móvil para valoración y colocación de marcapasos definitivo.

Revisiones por Cardiología.

Evolución: favorable. Alta al día siguiente por cardiología tras colocación de marcapasos definitivo.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): ante este motivo de consulta tan habitual en urgencias, debemos poner especial interés en reconocer la etiología, ya que ante pacientes aparentemente sanos, podemos objetivar causas potencialmente graves que pueden producir la muerte en cuestión de minutos. Por tanto debemos mejorar la capacidad de respuesta del médico en urgencias ante ritmos cardíacos potencialmente letales.

Palabras clave: arritmia, disnea, muerte.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Distimia como síntoma guía de patología orgánica grave

Valotta Ullrich C[1], Rodriguez Ortega CS[2], Mendaro Díaz JA[3]

[1] *Médico de Familia. Servicio Provincial 061. Jaén*

[2] *Médico de Familia. CS Mancha Real (Jaén)*

[3] *Medico Familia. SCCU Hospital San Juán de la Cruz de Úbeda (Jaén)*

Ámbito del caso: urgencias.

Motivo de consulta: cefalea occipital, pérdida de fuerza en miembros inferiores, astenia y anorexia.

Historia Clínica: mujer de 65 años con antecedentes de hipertesión arterial, diabetes, artritis reumatoide, colitis ulcerosa y depresión reactiva. En tratamiento con metrotrexate, mesalazina, amlodipino, saxagliptina, citalopram y lorazepam. Familia nuclear normofuncional hasta hace 7 meses que fallece uno de sus dos hijos en accidente de tráfico, desde entonces en tratamiento con citalopram por duelo patológico. Acude a urgencias de hospital por empeoramiento de su sintomatología donde se revisa tratamiento y se aumenta dosis antidepresivo y ansiolitico. A la semana acude a urgencias por dificultad para concentrarse, realizar las actividades de la vida diaria, cefalea y pérdida de fuerza. Valorada por psiquiatría que decide suspender citalopram y lorazepam, añadiendo sertralina, dando el alta con diagnóstico de posible deterioro cognitivo vs pseudodemencia depresiva y derivación a neurologia. A los 20 días recurre a urgencias por cefalea occipital intensa y pérdida de peso que se suman a la clínica anterior por lo que ingresa en unidad de observación.

Exploración física: regular estado general, somnolienta, hemiparesia 4/5 miembro superior izquierdo y 3/5 en miembro inferior izquierdo, marcha abolida. Resto de exploración sin hallazgos. Pruebas de laboratorio normales. Tac Craneal sin contraste: gran masa intraaxial hemisférica derecha, de 5,6 cm que comprime al lenticular derecho con marcado edema que afecta a talamo y caudado derecho. Desviación de línea media, herniación subfalciana, uncal y borramiento de cisternas de la base. Sugestiva de Glioblastoma Multiforme. Se ingresa en neurocirugía para completar estudio y posterior decisión quirúrgica.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): el 50% de pacientes con tumores cerebrales pueden presentar gran variedad de síntomas psiquiátricos, pudiendo constituirse como única manifestación del tumor, pudiendo asociar síntomas neurológicos. Estos síndromes psiquiátricos aparecen como consecuencia de la lesión tumoral, efecto masa, la hipertensión intracraneal o el proceso inflamatorio. El diagnóstico se basa en la anamnesis y exploración neurológica. Es importante sospechar un tumor cerebral en pacientes con síntomas psiquiátricos de aparición tardía, inicio brusco, alteraciones sensoriales, presentaciones atípicas, resistencia al tratamiento y, en consecuencia, valorar la necesidad de pruebas de neuroimagen.

Palabras clave: adjustment disorders, paresis, glioblastoma.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Tumoración inusual en la mama: mixofibrosarcoma de bajo grado

Cañadas López P[1], Tejera Puente H[2], Hernández Aliaga MA[3]

[1] MIR 4º año de MFyC. CS Plaza de Toros. Almería
[2] MIR 4º año de MFyC. CS Virgen del Mar. Almería
[3] MIR de Medicina del Trabajo. Distrito Almeria

Ámbito del caso: consulta de medicina de familia.

Motivo de consulta: tumoración en mama izquierda de rápido crecimiento.

Historia Clínica: paciente de 44 años sin antecedentes de interés. Presenta desde hace menos de un mes una gran tumoración. Su localización es en cuadrante superoexterno de la mama izquierda, de consistencia sólida y adherida a planos profundos, sin palparse adenopatías en la exploración axilar. Se pidió una mamografía y se derivó con carácter urgente al servicio de cirugía. La mamografía, RNM y biopsia de PAAF mostraban patrones mixtos pero con mayor carácter de benignidad. Se decidió tumorectomía cuyo estudio de AP estableció el diagnóstico de mixofibrosarcoma de bajo grado de mama.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): siempre se piensa que una tumoración de rápido crecimiento en una mujer joven posee más posibilidad de ser benigna. En este caso se remarca la importancia de una exploración y orientación diagnóstica correcta. Los sarcomas primarios son muy raros entre los tumores de mama (menos del 1%) y el mixofibrosarcoma de bajo grado es el subtipo histológico con menor incidencia. El rango de edad en el que aparece es entre 25 y 64 años. Se caracteriza por ser un tumor silente con un rápido crecimiento, gran capacidad de recidiva local y largo tiempo de evolución hasta el desarrollo de metástasis, siendo su localización más frecuente a nivel pulmonar.

Palabras clave: mama, mixofibrosarcoma, prevención cáncer mama.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

No todo dolor torácico es un síndrome coronario agudo

Urbano Olmo B, Baena Martín F, León Pérez M

MIR 2º año de MFyC. CS Los Carteros. San José de la Rinconada (Sevilla)

Ámbito del caso: urgencias hospitalarias.

Motivo de consulta: dolor torácico de dos semanas de evolución.

Historia Clínica: AP: No RAMCS, HTA, dislipemia, anemia megaloblástica.

Historia clínica: paciente de 61 años, que reconsulta derivada de su centro de salud por el mismo motivo. Acudió por primera vez 5 días antes con motivo de consulta dolor centrotorácico opresivo, de dos semanas de evolución, irradiado a miembro superior izquierdo y espalda, acompañado de nauseas, que aumenta con movimientos respiratorios y no se relaciona con el esfuerzo. En esta ocasión se realizó despistaje de síndrome coronario agudo, siendo dada de alta con normalidad de las pruebas y tratamiento con cafinitrina sublingual en caso de dolor y antiagregación.

Cuando vuelve a consultar, se rehistoria a la paciente y se detecta que el dolor es epigástrico irradiado a hipocondrio derecho y que no cede con analgesia habitual ni nitritos.

Exploración: TA 170/80, FC: 62 lpm, Sat. O2 98%, Tª 35ºc. Buen estado general, consciente, orientada y colaboradora. Eupneica. Cardiorrespiratorio normal. Abdomen blando, depresible, doloroso en epigastrio e hipocondrio derecho. No signos de peritonismo. Murphy negativo. Blumberg negativo.

Diagnostico diferencial: SCA de presentación atípica, patología biliar aguda, pancreatitis aguda, apendicitis aguda, úlcera péptica.

Pruebas complementarias: hemograma: leucocitosis con neutrofilia. Series roja y plaquetaria normales. Bioquimica: funcion renal e iones normales. Transaminasas elevadas (GOT 82, GPT 77), enzimas cardíacas normales. PCR 236.

EKG: ritmo sinusal, a 80 lpm, sin signos de isquemia aguda. Rx torax: sin hallazgos.

Dados los resultados analíticos y la refractariedad del dolor a analgesia, se solicita ecografía abdominal en la que se detecta una dilatación del colédoco sin imagen de litiasis ni masa a nivel de cabeza de páncreas.

Se decide ingreso para continuar estudio, llegando al diagnóstico de colangitis aguda con coledocolitiasis y evolucionando la paciente a shock séptico de origen biliar que requirió su ingreso en UCI.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): importancia de una correcta anamnesis y exploración física minuciosa a la hora de orientar un diagnostico, previo a la derivación hospitalaria y solicitud de pruebas complementarias para evitar retraso diagnóstico.

Palabras clave: dolor torácico, epigastralgia, colangitis aguda.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Adenopatía de origen incierto

Moya Jimenez MªC[1], Aparicio Martínez MªJ[2], Navarro Aparicio N[3]

[1] *MIR 4º año de MFyC. CS de Roquetas Sur (Almería)*
[2] *Médico de Familia. CS de Roquetas Sur (Almería)*
[3] *MIR 1er año de MFyC. CS de La Mojonera (Almería)*

Ámbito del caso: atención primaria.

Motivo de consulta: adenopatía laterocervical.

Historia Clínica: paciente mujer de 42 años, natural de Holanda, en España desde hace 15 años. Antecedente de depresión. Consulta en atención primaria por adenopatía laterocervical izquierda dolorosa de una semana de evolución con sensación distérmica. No clínica respiratoria. Buen estado general con ligera hiperemia orofaringea sin exudados. Auscultación cardiopulmonar normal. No signos meníngeos. Temperatura axilar 37.1ºC. Tras 48 horas, empeoramiento de su estado general acudiendo a urgencias hospitalarias siendo ingresada por Otorrinolaringología para estudio.Analítica: leucocitosis 13200 (Neutrofilia 79%), PCR 3,1mg/dl y resto anodino. Ecografía y TAC de cuello: conglomerados adenopáticos de predominio laterocervical izquierdo más evidente a nivel de región submandibular. Se pauta tratamiento antibiótico intravenoso con ciprofloxacino durante 3 días con mejoría clínica procediéndose al alta hospitalaria para estudio ambulatorio. Se realiza PAAF concluyente de linfadenitis granulomatosa.Se realiza nueva anamnesis dirigida manifestándose el antecedente de arañazo de gato en la semana previa a la aparición de adenopatía. Tras este hallazgo desde atención primaria se solicita serología de sospecha y Mantoux de 0 mm. Serología: IgG e IgM de toxoplasma y citomegalovirus fue negativo, VIH negativo, virus de Epstein Barr IgM negativo e IgG positivo, Bartonella henselae IgG 1:320 y Bartonella quintana IgG negativo.

Juicio clínico: adenopatía laterocervical de carácter inflamatorio a estudio.

Diagnóstico diferencial: tuberculosis, brucelosis, histoplasmosis, blastomicosis, criptococosis, micobacteriosis atípica, linfogranuloma venéreo, tularemia, linfadenitis mesentérica, chancroide, sarcoidosis, enfermedad por arañazo de gato, Leishmaniasis y linfomas.

Diagnóstico: enfermedad por arañazo de gato. Tras el diagnóstico se trata con azitromicina 500 mg 5 días con disminución de títulos de IgG para Bartonella Henselae, normalidad en el tamaño de adenopatías y mejoría del estado general.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): la enfermedad por arañazo de gato (EAG) es un proceso infeccioso autolimitado que cursa con linfadenopatía regional asociada a una lesión causada por un arañazo de un gato. Bartonella Henselae es la única especie del género relacionada actualmente con la EAG. Habitualmente la inflamación de los ganglios linfáticos suele remitir al cabo de 2 a 4 meses de manera espontánea, llegando a veces a no precisar tratamiento farmacológico.

Palabras clave: bartonella henselae, enfermedad por arañazo de gato, adenopatías.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Síndrome de dolor vesical

Berenguer Callejón M[1], Sandoval Codoni J[2], Maadi Ahmed S[3]

[1] *MIR 3er año de MFyC. CS Puebla de Vícar (Almería)*
[2] *MIR 3er año de MFyC. CS La Mojonera (Almería)*
[3] *MIR 2º año de MFyC. CS La Mojonera (Almería)*

Ámbito del caso: atención primaria y hospitalaria.

Motivo de consulta: dolor hipogástrico y polaquiuria.

Historia Clínica: antecedentes: intolerancia a tramadol; enfermedades previas: migraña, rinitis alérgica; intervenciones quirúrgicas: rinoplastia y 2 abortos; tratamiento actual: Nasonex, Ebastina y AINEs.

Anamnesis: mujer de 44 años que consulta por dolor en hipogastrio, polaquiuria, disuria, nocturia y urgencia miccional de meses de evolución. No presenta incontinencia urinaria. No hematuria.

Exploración: ACP: sin hallazgos relevantes. Abdomen blando y depresible, doloroso a la palpación en hipogastrio. No se palpan masas ni organomegalias. Meato normal. Cistocele de grado I. No fuga urinaria con valsalva.

Pruebas complementarias: hemograma, bioquímica y coagulación sin alteraciones. Sistemático de orina y urocultivo negativos en varias ocasiones. Flujometría: volumen miccional 199ml, flujo miccional máximo: 13ml/seg. Escaso residuo. Cistomanometría: vejiga con buena compliance. No se detectan ondas de actividad del detrusor. Deseos miccionales precoces. Cistoscopia: vejiga con efecto masa extravesical en fondo. Resto normal. Volumen infundido de unos 300cc con importantes deseos miccionales. Residuo postmiccional escaso. (Se realiza estudio ginecológico por posible mioma uterino, siendo normal). Ecografía pelviana: sin hallazgos. Biopsia vesical: mucosa vesical con congestión vascular y ligera inflamación crónica inespecífica.

Diagnóstico diferencial: ITU, cánceres del tracto urinario y del tracto genital, masas pélvicas benignas, litiasis, divertículo uretral, síndrome de vejiga hiperactiva, erosión de material de sutura o malla quirúrgica en pacientes con cirugía pélvica previa.

Juicio clínico: síndrome de vejiga dolorosa/cistitis intersticial.

Tratamiento y evolución: Rizatriptán 10mg (1-0-0) e hidroxizina 25mg (1-0-1). No mejoría clínica de la paciente, se cambia a Solifenacina 5mg (1-0-0). Infectividad del tratamiento, se cambia por Fesoterodina 4 mg (1-0-1). Continúa sin mejorar, se indican instilaciones intravesicales de ácido hialurónico semanales. El tratamiento es inefectivo. Se pauta Amitriptilina 50mg (1-0-0) + Instilaciones intravesicales con una fórmula sedante (Tetracaína 0.1% en 50ml de suero fisiológico + Urbasón 8ml) mensuales. Mejora mientras se administran instilaciones intravesicales con fórmula sedante, pero tras terminar el tratamiento comienza nuevamente con los síntomas. Se planteará en sesión clínica para valorar tratamiento con toxina botulínica.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): ante una paciente con clínica de cistitis, tratada con antibioterapia sin mejoría y urocultivos negativos se debe de pensar en este diagnóstico diferencial.

Palabras clave: dolor pélvico, vejiga dolorosa, cistitis intersticial.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Mareo y palpitaciones en verano... nada bueno

Calahorro Puerto MªJ, Saldarreaga Marín JA, Hernández Donoso MªC

Médico de Familia. ZBS Medina Sidonia. Distrito Cádiz Bahía-La Janda. Cádiz

Ámbito del caso: atención primaria (AP) y hospitalaria.

Motivo de consulta: palpitaciones, mareo y debilidad de miembros inferiores.

Historia Clínica: enfoque individual: sin antecedentes patológicos ni tratamiento actualmente. No hábitos tóxicos. Anamnesis: varón, 48 años. Acude a nuestro centro por palpitaciones, mareo y debilidad de miembros inferiores tras la realización de ejercicio físico intenso durante una hora con una temperatura ambiental de 40ºC. Exploración física: consciente y orientado. Eupneico, piel seca y caliente. Auscultación cardiopulmonar: destacan tonos rítmicos taquicárdicos sin soplos. Exploración neurológica: sin hallazgos. Pruebas complementarias: (En centro de salud): Tensión: 135/95 mmHg; FC: 210 lpm; Sat O2 100%; Tª: 39ºC; glucemia: 150mg/dl. Electrocardiograma: taquicardia supraventricular a 210 latidos por minuto. (En urgencias hospitalarias): destaca urea 60 mg/, glucosa 265mg/dl, mioglobina 175 ng/mL, troponina T 140 ng/L. Hemoglobina 15.8 g/dL, hematocrito 47%, proteína C reactiva 1mg/L. Gasometría arterial: pH 7.3mmHg, presión parcial de dióxido de carbono 41mmHg, exceso de bases 4.1mmol/L. Drogas de abuso negativas. Radiografía de tórax sin hallazgos. TAC abdominal normal.

Enfoque familiar y comunitario: familia nuclear en la etapa IV (contracción), red social con alto apoyo emocional e interacción social positiva. No acontecimientos vitales.

Juicio clínico: golpe de calor complicado con taquicardia supraventricular.

Diagnóstico diferencial: cuadros que cursen con hipertermia como procesos infecciosos (meningitis, sepsis), epilepsia, endocrinopatías (crisis tiroideas) o síndromes hipertérmicos (hipertermia inducida por drogas).

Identificación de problemas: existen tres formas clínicas por orden de gravedad: calambres por calor, agotamiento por calor y golpe de calor. En todas ellas se producen alteraciones metabólicas y posible fallo multiorgánico.

Tratamiento: oxigenoterapia (gafas nasales a 2 litros); maniobras de Valsalva y masaje del seno carotideo que resultan efectivas. Traslado a urgencias hospitalarias.

Evolución: favorable tras fluidoterapia para eliminación de mioglobina y prevención de fallo renal agudo.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): el golpe de calor es una emergencia médica y es causa de fracaso multiorgánico. El diagnóstico se fundamenta en una correcta anamnesis y exploración así como la confirmación de una temperatura corporal de unos 40ºC. Es obligatorio considerarlo en pacientes predispuestos (ancianos, niños, embarazadas, pacientes con patología de base). Es fundamental el diagnóstico precoz en AP, pues presenta elevada mortalidad, hasta el 70%.

Palabras clave: patología del calor, taquicardia supraventricular, insuficiencia renal agua.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Disnea de 3 meses de evolución en varón de 25 años de edad

Benabdellah Abouhammadi S[1], de la Torre Marín AJ[2], Barragán Alarcón R[3]

[1] *MIR 4º año de MFyC. CS Almanjáyar. Granada*
[2] *MIR 4º año de MFyC. CS Zaidín Sur. Granada*
[3] *MIR 4º año de MFyC. CS San Diego. Lorca (Murcia)*

Ámbito del caso: mixto: atención primaria, urgencias hospitalarias y consulta especializada.

Motivo de consulta: varón de 25 años con disnea de 3 meses de evolución.

Historia Clínica: anamnesis: varón de 25 años, deportista, sin hábitos tóxicos, que consulta por disnea de 3 meses de evolución, inicialmente sin limitación para la actividad física pero que en las últimas semanas le limita de forma moderada, asociando tos sin expectoración, dolor costal izquierdo tipo pleurítico y sensación distérmica.

Exploración: 1ª visita normal, con auscultación cardiorrespiratoria normal, eupneico y saturación de oxígeno aire ambiente: 99%. 2ª visita tras realizar radiografía de tórax se objetiva abolición del murmullo vesicular de base derecha, resto de la exploración normal.

Pruebas complementarias: radiografía de tórax: derrame pleural derecho sin condensaciones. Analítica completa normal salvo reactantes de fase aguda. Mantoux (PPD): 20mm de induración. TAC-tórax: derrame pleural derecho encapsulado de moderada cuantía. Baciloscopia negativa. Toracocentesis: exudado linfocitariorio con adenosindesaminasa 98U/L (>45U/L indicativo de TBC). Biopsia pleural: áreas de necrosis y reacción granulomatosa con células gigantes relacionadas con infección por micobacterias.

Juicio clínico: tras solicitar la radiografía, reevaluar al paciente y objetivar derrame pleural, se deriva a urgencias hospitalarias donde se cursa ingreso en medicina interna en aislamiento respiratorio para completar estudio con diagnóstico definitivo de pleuritis tuberculosa.

tratamiento/evolución: se inicia pauta estándar antituberculosa: 2HRZE/4HR (isoniazida, rifampizina, pirazinamida los dos primeros meses: fase de inducción; isoniazida y rifampizina fase de consolidación durante 4 meses más). Adherencia y eficacia del tratamiento con remisión de la sintomatología y derrame pleural sin reacciones adversas medicamentosas.

Enfoque familiar/comunitario: estudio de cadena epidemiológica para inicio de quimioprofilaxisis primaria ó secundaria según algoritmo diagnóstico y pautas estándar de tratamiento: 2 hermanos adolescentes con PPD y radiografía torácica negativa: isoniazida 300mg/24h/2meses. A los dos meses, PPD y radiografía continúan siendo negativas: indicado suspender tratamiento.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): acotar el amplio diagnóstico diferencial que supone la disnea con apoyo de una correcta anamnesis.

La TBC como una de las enfermedades contagiosas más prevalentes del mundo, suponiendo una gran morbi-mortalidad de origen infeccioso; de ahí la importancia del estudio socioepidemiológico y la quimioprofilaxis.

Palabras clave: disnea, tuberculosis, pleuritis.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Síndrome de Tako-Tsubo, cada día más frecuente

Martos Sánchez PM[a1], García Olivares G[2], Cañadas López P[3]

[1] *MIR 3er año de MFyC. CS La Cañada. Almería*
[2] *MIR 3er año de MFyC. CS Virgen del Mar. Almería*
[3] *MIR 4º año de MFyC. CS Plaza de Toros. Almería*

Ámbito del caso: atención hospitalaria (urgencias).

Motivo de consulta: mareo.

Historia Clínica: paciente mujer de 78 años de edad sin alergias medicamentosas conocidas con antecedentes personales de Diabetes Mellitus tipo II, dislipemia e hipertensión en tratamiento con Enalapril 20mg/ Hidroclorotiazida 12.5 mg, Metformina 850mg, Simvastatina 20mg, Omeprazol 40mg.

Anamnesis: paciente traída por sus familiares tras encontrarla en el suelo de su vivienda, dónde vive sola. La paciente refiere que encontrándose sentada se ha sentido mareada acompañado de sudoración profusa y al levantarse ha caído al suelo. Niega traumatismo craneoencefálico o pérdida de consciencia, manifestando dolor en ambos codos y ambas rodillas.

Vida previa: independiente para ABVD.

Exploración: buen estado general, normohidratada y normoperfundida, consciente y orientada en tiempo y espacio, eupneica en reposo. A la inspección lesiones erosivas en ambos codos y rodillas. Neurológico: pupilas normales, no nistagmo, pares craneales normales, no alteración de sensibilidad, fuerza o coordinación, auscultación cardiopulmonar: normal. Abdominal: normal.

Pruebas complementarias: EKG: ritmo sinusal a 80lpm, eje normal, supradesnivelación del ST de 2mm en II, 5mm en I, aVL y 6mm en V5, V6. Infradesnivelación de 2mm en aVR, II y V1.

Juicio Clínico: SCASEST.

Plan de actuación: se interconsulta con el servicio de UCI que tras valorar a la paciente recomienda ingreso a su cargo para realización de angioplastia primaria.

Evolución: tras realización de cateterismo cardíaco que resultó normal, resultados analíticos con troponina T de pico máximo 4254 pg/ml y evolución favorable se ingresa en planta a cargo de cardiología donde fue dada de alta por probable síndrome de Tako-Tsubo añadiendo a su tratamiento habitual bisoprolol 2.5mg en el desayuno y amlodipino 5mg por la noche, suspendiendo IECA.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): el síndrome de Tako-Tsubo o disfunción ventricular transitoria en la práctica clínica es indistinguible de un SCA, por lo que el diagnóstico es a posteriori de pruebas complementaria normales junto con la elevación de enzimas de daño miocárdico. Éste síndrome se relaciona con estrés emocional, afectando a mujeres en torno a los 60-80 años. Y se tratará como un SCA hasta que se demuestre lo contrario.

Palabras clave: SCASEST, síndrome de Takotsubo.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Las acropaquias señalan el camino

Ámez Rafael D[1], Guerrero Barranco B[2], Rivera Rodríguez N[3]

[1] MIR 2º año de MFyC. Consultorio La Gangosa (Almería)
[2] MIR 2º año de MFyC. CS Roquetas Sur (Almería)
[3] MIR 2º año de MFyC. CS de La Mojonera (Almería)

Ámbito del caso: mujer de 51 años que acude a consulta de su centro de salud.

Motivo de consulta: sensación distérmica con sudoración profusa nocturna que interfiere en el mantenimiento del sueño, sensación de dolorimiento articular generalizado y pérdida ponderal de 6 kilogramos en los últimos 3 meses.

Historia Clínica: presenta como único antecedente de interés tabaquismo de 10 cigarrillos diarios desde hace 17 años. Durante la exploración no se objetivan signos inflamatorios en las regiones que refiere como dolorosas, siendo la exploración física rigurosamente normal, salvo la presencia de acropaquias no dolorosas en ambas manos y pies que la paciente no presentaba antes del inicio de los síntomas y a las que no había dado importancia.

Se solicitan como pruebas complementarias una analítica y una radiografía de tórax, dando la primera resultados anodinos y observándose en la segunda una imagen nodular de 30 mm de diámetro en LSD y un discreto aumento de hilio derecho.

Ante estos hallazgos, es ingresada en el hospital, donde se realizan, entre otras pruebas, un TAC tóraco-abdómino-pélvico con contraste, donde se objetiva un nódulo pulmonar sugestivo de malignidad de localización subpleural junto a una lesión nodular en el mismo lóbulo compatible con adenopatía metastásica (adenocarcinoma escasamente diferenciado, estadío IIA), tras lo cual fue intervenida, realizándose una lobectomía superior derecha y estando pendiente en la actualidad de tratamiento oncológico.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): las acropaquias o "dedos en palillo de tambor" son el engrosamiento de falanges distales en dedos de manos y pies, que puede pasar desapercibido para el paciente y cuyo diagnóstico debe basarse en un correcto examen físico. Su presencia nos obliga a buscar una enfermedad subyacente.

En el caso que nos ocupa, su hallazgo y diagnóstico a raíz del mismo, ha permitido variar el pronóstico de la enfermedad en esta paciente, que hubiera sido significativamente peor si se hubiera retrasado en el tiempo.

Palabras clave: acropaquias, cáncer de pulmón, pronóstico.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Doctora, ¿por qué tengo estos nódulos en las piernas?

Benítez Rodríguez MªD[1], Valls Perez B[2], García Lopez E[2]

[1] MIR 4º año de MFyC. CS Albaycín. Granada
[2] MIR 2º año de MFyC. CS Albaycín. Granada

Ámbito del caso: atención primaria y atención hospitalaria.

Motivo de consulta: mujer que acude por presentar nódulos eritematovioláceos en ambas piernas de 3 semanas de evolución.

Historia Clínica: antecedentes personales: cáncer de mama, cólicos nefríticos.

Anamnesis: mujer de 54 años que acude por presentar en región maleolar interna de pierna izquierda nódulo subcutáneo eritematovioláceo de 5x5cm doloroso y 2 nódulos de las mismas características en región posterior de miembro contralateral sin otra sintomatología. El resto de la exploración física fue normal.

Pruebas complementarias: analítica con hemograma, bioquímica, hormonas tiroideas todo normal, anticuerpos anti-ANA y anti-ENA negativos, ECA normal, serologías negativas VHB, VHC, VIH, sífilis, clamydia, mycoplasma y yersinia, Rx de torax sin alteraciones, Mantoux positivo, baciloscopias y cultivo en esputo negativos, baciloscopia en orina negativa y biopsia cutánea con hallazgos morfológicos compatibles con eritema nodoso (EN) cuyo cultivo fue negativo.

Enfoque familiar y comunitario: sin historia de contactos con enfermedad infectocontagiosa.

Juicio clínico: eritema nodoso por infección tuberculosa latente.

Diagnóstico diferencial de las lesiones cutáneas diferenciar de paniculitis, vasculitis nodular (eritema indurado de Bazin), infecciones subcutáneas por bacterias u hongos, tromboflebitis superficial, granuloma anular subcutáneo… En cuanto a las causas del EN: la mayoría son idiopáticos, el 15-40% de los casos signo temprano de diversas infecciones (faringitis estreptocócica, TBC, yersiniosis…), enfermedades sistémicas (sarcoidosis, E. de Behcet), enfermedad inflamatoria intestinal, neoplasias, embarazo, toma de anticonceptivos orales y diversos medicamentos entre otras.

Identificación de problemas: múltiples causas de EN, faltó por pedir prueba complementaria ASLO.

Tratamiento: el EN es una enfermedad autolimitada o se resuelve con tratamiento de la causa subyacente. En nuestro caso se trató con AINEs y la infección tuberculosa latente con Isoniacida.

Evolución: las lesiones casi desaparecieron por completo tras 8 semanas.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): el EN tiene múltiples causas, el médico de familia debe saber realizar un buen diagnóstico diferencial. En España la principal causa de EN es idiopática seguida de sarcoidosis y otras enfermedades infecciosas. La incidencia del EN es de 1 a 5 /100000 personas en su mayoría mujeres de 15-40 años.

Palabras clave: erythema, nodosum, tuberculosis.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Hipocalcemia severa: a propósito de un caso

López Torres G[1], Rodríguez Delgado MªE[2], Martín López JI[2]

[1] *Médico de Familia. Dispositivo de Apoyo Distrito Sanitario Granada-Metropolitano. CS Gran Capitán. Granada*

[2] *UGC Cuidados críticos y urgencias, AGS sur de Granada. Hospital Santa Ana. Motril (Granada)*

Ámbito del caso: urgencias extrahospitalarias y hospitalarias.

Motivo de consulta: vómitos y dolor abdominal.

Historia Clínica: antecedentes personales: paciente de 60 años con carcinoma papilar de tiroides intervenida en 2013, hipoparatiroidismo secundario, cirugía bariátrica (1994), anemia crónica multifactorial, hipertensión arterial y diabetes tipo 2. Tratamiento actual: Levotiroxina, carbonato cálcico, calcitriol, metformina y atenolol.

Anamnesis: acude al dispositivo de cuidados críticos y urgencias (DCCU) por cuadro de vómitos y dolor hipogástrico de una semana de evolución (valorada 72 horas antes en urgencias donde se pauta tratamiento antiemético). Persisten los vómitos, y en las últimas 48 horas presenta fiebre 38´5ºC, calambres y parestesias en miembros superiores.

Exploración: tensión arterial: 87/61 mmHg, frecuencia cardíaca: 116lpm, saturación oxígeno: 93%, frecuencia respiratoria: 22 rpm, temperatura: 38ºC. Mal estado general, bradipsíquica. Coloración corporal cetrina, deshidratada. Chvostek y Trousseau negativos. Auscultación cardiorespiratoria: tonos rítmicos, no soplos, murmullo vesicular conservado. Abdomen: globuloso, no doloroso a la palpación no signos de peritonismo, ruidos abdominales conservados.

Tras iniciar tratamiento antiemético, antitérmico e hidratación intravenosa trasladamos al hospital de referencia.

Pruebas complementarias: hemograma: 17.390 leucocitos (89´9% neutrófilos), hemoglobina: 9´7. Bioquímica: Glucosa: 145, urea: 12, creatinina: 1.06, sodio: 135´7, potasio: 5,2, cloro: 81, calcio: 5´7 (calcio corregido: 6,17), LDH: 938.

ECG: Rítmo sinusal 120 lpm, prolongación QT.

Ecografia- Tac abdominal: cambios postquirúrgicos cirugía bariátrica (1994). Anterior al lóbulo hepático izquierdo observan una colección de morfología irregular, que se acompaña de hipodensidad de la grasa adyacente y que presenta burbujas aéreas en su interior, con unas dimensiones aproximadas de 9x3x8 cm.

Juicio clínico: sepsis de origen abdominal (absceso-flemón abdominal). Hipocalcemia severa sintomática.

Diagnóstico diferencial: absceso abdominal, complicación cirugía bariátrica, proceso tumoral abdominal.

Tratamiento, planes de actuación: se administra gluconato cálcico intravenoso y pasa a observación. Posteriormente ingresa en medicina interna. Tratamiento al alta: tepiparatida 20 mcg (una inyección subcutánea diaria), carbonato de calcio 2.5 g (5 sobres cada 8 horas).

Evolución: favorable, pendiente de intervención quirúrgica de forma preferente.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): las manifestaciones clínicas de la hipocalcemia aguda pueden ir desde parestesias, reflejos hiperactivos, espasmo carpopedal, irritabilidad, hasta la aparición en los casos más graves de epistótonos, tetania y convulsiones. En paciente con antecedente de hipoparatiodismo que acude a urgencias por vómitos debemos estar atentos ante esta posible complicación.

Palabras clave: urgencias, hipocalcemia, sepsis.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Fiebre de duración intermedia (FDI) sin foco aparente

Gallardo Barranco S[1], Castro Planet E[1], Alcántara Armenteros S[2]

[1] MIR 4º año de MFyC. CS Alameda-Perchel. Málaga
[2] MIR 3er año de MFyC. CS Alameda-Perchel. Málaga

Ámbito del caso: centro de salud urbano.

Motivo de consulta: fiebre de 7 días de evolución.

Historia Clínica: varón de 65 años, con antecedentes personales de alergia a betalactámicos y sulfamidas, DM tipo 2, HTA, IAM hace 15 años, ACV isquémico hace 2 años, colecistectomizado. Consulta por fiebre de 7 días de evolución de hasta 39ºC, escalofríos y sudoración sin foco aparente (tos, molestias urinarias, trastornos GI, etc). En la exploración destaca crepitantes discretos en base derecha, resto anodino. Pruebas complementarias: comburt test negativo, radiografía de tórax normal. Se inicia tratamiento empírico con levofloxacino 500mg/24 horas con la recomendación de volver a consulta si en 3 días con cede fiebre. Cinco días más tarde continúa con febrícula de hasta 37,9ºC, astenia, disnea de moderados esfuerzos y lesiones habonosas pruriginosas de menos de 24 horas de evolución, autolimitadas y migratorias.

Niega contacto con animales o viajes a otros países en los últimos meses. A la exploración destaca discreto tinte ictérico de la piel y mucosas, lesiones habonosas en codos, con resto de exploración anodina.

Ante esta evolución, se decide derivación a urgencias hospitalarias para estudio y valoración.

El paciente ingresa, siendo alta con el diagnóstico de Fiebre Q, aporta analítica con serologia positiva para Coxiella Burnetti (IgG+ e IgM+) y con tratamiento doxiciclina 100mg cada 12 horas durante 21 días.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): la FDI, término acuñado en España, es un proceso clínico frecuente que se define como: fiebre de > 38ºC durante más de 7 dias y menos de 28 y sin una focalidad que oriente el diagnostico. Las causas infecciosas son las más frecuentes, siendo la coxiella burnetti de las más frecuente en nuestro medio.

Palabras clave: Q fever, primary healt care, fever of unknown origin.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Diagnóstico diferencial en trombopenia persistente

Álvarez Villegas ML[1], Bejarano Benítez M[1], Moreno Rubiales A[2]

[1] MIR 1er año de MFyC. CS Alamillo. Sevilla
[2] MIR 1er año de MFyC. CS Ronda Histórica. Sevilla

Ámbito del caso: atención primaria y atención especializada.

Motivo de consulta: disnea de esfuerzo.

Historia Clínica: varón, 61 años.

Antecedentes: cardiopatía isquémica e hiperplasia benigna de próstata.

Anamnesis: (1) Al inicio del cuadro el paciente acude por disnea y dolor precordial ante mínimos esfuerzos, sin otros síntomas ni signos. (2) Meses después aparece un cuadro diarreico con náuseas, vómitos, deposiciones melénicas y cansancio mayor al habitual. (3) Posteriormente aparecen hematomas en brazos y abdomen, petequias en miembros inferiores. (4) Más adelante inicia episodios de epistaxis de repetición.

Exploración: (1) sin alteraciones al inicio. (2) Seguida de signos de alteración digestiva con abdomen doloroso a la palpación generalizada y tacto rectal con dedil limpio. (3) Hematomas en ambos miembros superiores y abdomen, así como petequias en miembros inferiores.

Pruebas complementarias: por parte del médico de familia y del servicio de hematología se llevan a cabo (1) hemograma: anemia microcítica hipocrómica, trombopenia mantenida. (2) Bioquímica: dentro de la normalidad. (3) EKG: ritmo sinusal; onda Q antigua en DII, DIII y aVF. (4) Sangre oculta en heces: negativa; el Servicio de digestivo completa el estudio con (5) ecografía: hernia de hiato, litiasis renal, hipertrofia de próstata. (6) Colonoscopia: pólipo plano en colon. (7) Gastroscopia: gastritis crónica antral; finalmente el servicio de hematología opta por realizar (7) aspirado de médula ósea: hiperplasia de serie roja megaloblástica con disminución de depósitos de hierro, serie megacariocítica deplecionada que no justifica la plaquetopenia. (8) Biopsia y genética de médula ósea: depleción CD16, CD59. Diagnósticos diferenciales: (1) anemia ferropénica. (2) Anemia perniciosa. (3) Trombopenia asociada a fármacos. (3) Síndrome mielodisplásico. (4) Trombopenia periférica. (5) Hemoglobinuria paroxística nocturna.

Plan de actuación: (1) derivación a hematología y a aigestivo. (2) Tratamiento con Hierro. (3) Tratamiento con Vitamina B12. (4) Tratamiento con Corticoides. (5) Tratamiento con Gammaglobulinas. (6) Transfusión de plaquetas.

Evolución: actualmente el paciente se encuentra en tratamiento con prednisona 20 mg cada 24 horas y vitamina B12; y bajo seguimiento por hematología y por su médico de familia.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): importancia del seguimiento del paciente y valor de la detección temprana de anomalía por parte del médico de familia.

Palabras clave: hemoglobinuria, paroxysmal, hemolysis.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Osteomielitis aguda

Navarro Aparicio N[1], López Puerta L[2], Fernández López M[3]

[1] MIR 1er año de MFyC. CS La Mojonera (Almería)
[2] MIR 1er año de MFyC. CS de Roquetas Sur (Almería)
[3] MIR 3er año de MFyC. CS de Roquetas Norte (Almería)

Ámbito del caso: atención primaria y urgencias.

Motivo de consulta: tumefacción y dolor local en mano de 10 días de evolución.

Historia Clínica: varón de 55 años. NAMC. Antecedentes personales de esteatosis hepática, HTA y DM tipo II. Tratamiento habitual: enalapril 20 mg/24 horas y metformina 850 mg/8 horas. Habitos tóxicos: fumador de 10 cig/dia. Profesión: carpintero metálico. En la primera consulta el paciente refiere dolor en segundo y tercer dedo de mano izquierda de aparición espontánea y progresiva en los últimos 10 días. Niega traumatismo. A la EF destaca eritema cutáneo en segundo y tercer dedo con aumento de temperatura local e inflamación de partes blandas y sensación distérmica. Impotencia funcional con dolor a la flexoextensión de interfalángicas. Se pauta tratamiento con diclofenaco 50 mg y amoxicilina-clavulánico 875 mg/8 horas y frío local. Tras 5 días reconsulta por no mejoría del cuadro. Se solicita radiografía de mano izquierda y se observa desaparición total de tercer metacarpiano con disminución de densidad ósea generalizada, además de cuerpo extraño metálico de unos 2 mm en cara externa de falange proximal de 2º dedo. Reevaluando al paciente, éste refiere punción con material metálico en el trabajo.

Juicio clínico: osteomielitis aguda en paciente diabético.

Diagnóstico diferencial: panadizo periungueal, celulitis de mano izquierda, flebitis, artritis séptica o tóxica, infarto óseo secundario a drepanocitosis, osteomielitis aguda, neoplasias.

Tratamiento y planes de actuación: se deriva a urgencias hospitalarias para valoración por traumatología realizándose analítica: leucocitosis de 19*103 con neutrofilia de 90%, PCR 15 mg/dl. Se aisla S. Aureus en hemocultivo. Se pauta antibioterapia sistémica empírica con vancomicina y ciprofloxacino además de desbridamiento quirúrgico con realización de injerto óseo y buena evolución del cuadro.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): la osteomielitis en la mano suele aparecer especialmente tras traumatismos penetrantes, infecciones de tejidos blandos próximos y postquirúrcias...El microorganismo más frecuentemente aislado es staphylococcus aureus aunque la etiología polimicrobiana está presente en un alto porcentaje de los cultivos. En Atención primaria es fundamental realizar una correcta anamnesis para poder realizar un diagnóstico precoz y más conservador, así como mantener control exhaustivo en pacientes diabéticos.

Palabras clave: osteomielitis, diabetes mellitus.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Espondilodiscitis tuberculosa

Guerrero Barranco B[1], Ámez Rafael D[2], Rivera Rodríguez N[3]

[1] MIR 2º año de MFyc. CS Roquetas Sur (Almería)
[2] MIR 2º año de MFyc. CS La Gangosa (Almería)
[3] MIR 2º año de MFyc. CS La Mojonera (Almeria)

Ámbito del caso: paciente que acude a urgencias.

Motivo de consulta: varón de 28 años en estudio por servicio de rehabilitación por cuadro de lumbalgia progresiva, al recoger resultados de resonancia magnética es derivado a urgencias.

Historia Clínica: antecedentes personales: natural de Mali, residencia en España desde hace 7 años sin visitas recientes a su país. No alergias medicamentosas. Sin factores de riesgo cardiovascular, ni hábitos tóxicos conocidos. Refiere lumbalgia desde hace 6 meses, con irradiación a miembro inferior derecho que limita su actividad física. Presenta buen estado general, constantes normales y exploración general sin alteraciones salvo dolor a la palpación de columna lumbar en región paravertebral y apófisis espinosas de L4 a L5. Lassegué Izquierdo. Hiporreflexia aquilea y rotuliana derecha. Atrofia muscular de cuádriceps derecho, sin alteraciones de la sensibilidad.

Analitica: leucocitos 3720 con fórmula normal, haptoglobina 252 mg/dL, ferritina 825ng/ml, transferrina 137mg/dL, IST 9%. VSG 120, FA: 528, PCR 4,34. Resto sin alteraciones.

Rx de tórax: sin infiltrados.

RMN lumbar: afectación difusa del espacio discal L4-L5 con licuefacción parcial del disco. Destrucción ósea parcial de las vértebras adyacentes con edema óseo difuso y destrucción del muro anterior de L5. Extensión caudal con ocupación a nivel S5-L1, conducto sacro y anterior a través del foramen derecho ocupando el espacio prevertebal y extendiéndose en el psoas iliaco. Al administrar CIV se aprecia absceso tanto a nivel prevetebral en L5, epidural y a nivel de psoas iliaco.

Tras informar del diagnóstico de espondilodiscitis de origen tuberculoso y la necesidad de realizar drenaje para confirmación del diagnóstico mediante estudio microbiológico así como intervención quirúrgica para la estabilización vertebral, el paciente ante cualquier procedimiento invasivo, a pesar de estar totalmente informado del riesgo de paraplejía si progresión de la infección, solicita el alta voluntaria.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): siguiendo el aforismo médico "si puedes curar, cura; si no puedes curar, alivia; si no puedes aliviar, consuela" y tras explicar al paciente la gravedad de la situación se procedió a dar de alta con tratamiento antituberculoso, control del dolor con analgésicos de segundo escalón, prescripción de ortesis lumbar y cita para seguimiento en consultas externas de medicina tropical y rehabilitación.

Palabras clave: espondilodiscitis, tuberculosis, óseo.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Celulitis en glúteo tras inyectable intramuscular

Pérez Rama EM[a1], Arias de Saavedra Criado MªI[2], López Ruiz EI[3]

[1] *MIR 4º año de MFyC. CS de Jaén*

[2] *MIR 2º año de MFyC. CS de Jaén*

[3] *Médico de Familia. CS de Móstoles (Madrid)*

Ámbito del caso: atención primaria y urgencias (ámbito rural).

Motivo de consulta: paciente que acude a urgencias de su centro de salud, por dolor en glúteo y pierna derecha de 2 días de evolución, que le dificulta la sedestación y deambulación. No fiebre.

Historia Clínica: enfoque individual:

Antecedentes personales: no alergias medicamentosas conocidas. Ansiedad en tratamiento con Venlafaxina 150 mg y Zopiclona 7'5 mg. Hernia de hiato.

Anamnesis: varón de 56 años. En tratamiento con analgésicos y antiinflamatorios por un episodio agudo de hombro doloroso (diagnóstico desde hace meses). 2 días antes, acudió a urgencias por dolor intenso que no cedía con medicación oral, por lo que le inyectaron medicación vía intramuscular (Voltarén® y Nolotil®) en glúteo derecho.

Exploración: a la inspección, glúteo eritematoso casi en su totalidad, con inflamación, calor y dolor, a la palpación, no tejido circunscrito.

Pruebas complementarias: urgencias de ámbito rural en las que no se dispone de medios técnicos para la realización de pruebas complementarias.

Enfoque familiar y comunitario: estudio de la familia y la comunidad.

Antecedentes familiares: casado con 2 hijos mayores de edad, independientes y fuera del domicilio familiar. El paciente reside en un municipio situado en zona de serranía.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial e identificación de problemas: teniendo en cuenta la clínica y antecedentes previos, se sospecha de celulitis.

Diagnóstico diferencial: erisipela, mionecrosis, trombosis venosa profunda y dermatitis por estasis.

Tratamiento y planes de actuación: ante la rápida evolución del cuadro, se decide instaurar tratamiento antibiótico de amplio espectro de forma empírica (Amoxicilina 1000 mg/Ácido clavulánico 62'5 mg, 2 comprimidos cada 12 horas, durante 10 días).

Plan de actuación: revisión a las 24-48 horas por su médico de atención primaria.

Evolución: pendiente evolución tras completar el tratamiento

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): a la hora de elegir un tratamiento, además de tener en cuenta sus indicaciones, contraindicaciones y reacciones adversas, también valorar las posibles complicaciones derivadas por la vía de administración.

Palabras clave: inyectable, complicacion, celulitis.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Taponamiento cardiaco

Cintado Sillero MªC[1], García Vertedor CB[2], Vázquez González N[3]

[1] *Médico de Familia. Hospital de Alta Resolución de Benalmádena (Málaga)*

[2] *Médico de Familia. Hospital Costa del sol. Marbella (Málaga)*

[3] *MIR 3er año de MFyC. CS San Andrés Torcal. Málaga*

Ámbito del caso: atención hospitalaria.

Motivo de consulta: disnea de mínimos esfuerzos.

Historia Clínica: enfoque individual:

Antecedentes personales: NAMC. HTA, DMID, dislipemia, C. isquémica, insuficiencia cardiaca, marcapasos, insuficiencia renal crónica. IQ: cataratas. Exfumador desde hace 10 años. Tratamiento habitual: AAS, carvedilol, amlodipino, valsartán, furosemida, repaglinida, rosuvastatina, parches NTG.

Anamnesis: paciente de 74 años que refiere desde hace cinco días disnea de mínimos esfuerzos, aumento de perímetro abdominal y edemas MMII. No presenta ortopnea ni DPN. Nicturia habitual de dos veces / noche. Tos y expectoración sin fiebre.

Exploración: COC, BEG, eupneico en reposo, leve taquipnea a mínimos esfuerzos. ACP: tonos rítmicos y apagados, sin soplos. MVC: crepitantes bibasales. Abdomen: anodino. MMII: edemas con fóveas hasta rodillas.

Pruebas complementarias:

-ECG: RS a 60 lpm, T negativa en V5-V6, bajo voltaje.

-Analítica: 6580 leuc, Hb 10,2, VCM 76, HAC 24,8, plaq 230000. Coagulación normal. Urea 1,73, creat 2,41, Na+ 120, k+ 5,1, PCR 76 mg/l, troponina negativa. pH 7,31, pCO2 48, pO2, 28, HCO3 23,8, satO2 47.

-R x Tórax: ICT < 55%, derrame pleural bilateral.

-EcoFAST médico urgencias: línea anecoica pericárdica compatible con derrame pericárdico de cuantía media y movimiento paradójico de VD, derrame pleural bilateral moderado.

Juicio clínico: taponamiento cardiaco.

Diagnóstico diferencial: insuficiencia cardiaca, valvulopatía, taquiarritmia, TEP, neumotórax, pericarditis constrictiva, miocardiopatía restrictiva…

Tratamiento: ingreso hospitalario con monitorización cardiaca y oxigenoterapia. Pericardiocentesis.

Evolución: normotenso, buena diuresis y satO2 87%. Ingresa en observación para tratamiento deplectivo, mejora función renal y edemas y persiste disnea a mínimos esfuerzos. Se remite a hospital de mayor nivel siendo valorado por cardiología evidenciándose en ecocardio derrame pericárdico severo con depósitos fibrinoides y signos de taponamiento. En UCI se realiza pericardiocentesis. Evoluciona favorablemente. Sube a planta de cardiología siendo dado de alta tres semanas después de su ingreso.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): en el diagnóstico diferencial de la disnea debemos pensar en el taponamiento cardíaco. En este caso, la auscultación cardiaca, la taquipnea a mínimos esfuerzos y el bajo voltaje electrocardiográfico, hacen al médico de urgencias realizar EcoFast detectándose derrame pericárdico y taponamiento cardíaco.

Resaltar la importancia de manejo de EcoFAST por médicos de atención primaria y urgencias.

Palabras clave: disnea, taponamiento cardiaco, derrrame pericárdico.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

A propósito de un caso de anemia grave en varón joven

Cintado Sillero MªC[1], Leiva Pino JI[2], Vázquez González N[3]

[1] *Médico de Familia. Hospital de Alta Resolución de Benalmádena (Málaga)*

[2] *Médico de Familia. Hospital Clínico Virgen de la Victoria. Málaga*

[3] *MIR 3er año de MFyC. CS San Andrés Torcal. Málaga*

Ámbito del caso: atención primaria, atención hospitalaria.

Motivo de consulta: palpitaciones y palidez cutánea.

Historia Clínica: enfoque individual:

Antecedentes personales: NAMC. No AP de interés. No hábitos tóxicos. No tratamiento habitual.

Anamnesis: paciente de 19 años que consulta por palpitaciones, astenia, malestar general y palidez cutánea de varios días de evolución. Tratado por amigdalitis con tres ATB dos semanas antes; reacción cutánea tras uno de ellos, tomó corticoterapia oral. Tras ellos tuvo una deposición oscura. No otros síntomas asociados.

Exploración: BEG, BHyP, palidez cutánea. No adenopatías. Faringe normal. ACP: rítmico, taquicárdico. MVC. Abdomen sin megalias ni masas. Tacto rectal negativo. EE normales.

Pruebas complementarias: ECG: RS a 115 lpm. Sin alteraciones de la repolarización.

Analítica: leucocitos 13400, Hb 5.6, Hto 19.1, VCM 84.2, HCM 28, plaquetas 345000. Coagulación normal. Iones, transaminasas, urea, LDH, fólico, B12 y haptoglobinas normales. IST 12.5, ferritina 22, Coombs directo negativo, ADE normal. Rx tórax: normal.

Enfoque familiar y comunitario: padres y una hermana sin enfermedades conocidas.

Juicio clínico: probable amigdalitis viral. Anemia ferropénica grave probablemente secundaria a pérdidas digestivas altas en contexto de toma de fármacos gastroerosivos.

Diagnóstico diferencial: taquiarritmias, anemia por trastornos crónicos, anemia por pérdidas, anemia secundaria a infecciones.

Identificación de problemas: antibioterapia en probable amigdalitis viral. Anemia grave. Efectos secundarios AINES.

Tratamiento: transfusión sanguínea en urgencias. Estudio en consulta de digestivo. Inicio de hierro oral y seguimiento de Hb en atención primaria tras haber completado estudio, mejorado clínicamente y normalizado niveles de Hb.

Evolución: se solicita ECG y analítica de sangre. Al recibir resultados, se remite a urgencias. Se coloca SNG sin evidenciarse sangrado. Se transfunden tres concentrados de hematíes. Se realiza endoscopia: esofagitis grado I y colonoscopia normal. Tras transfusión, mejora clínicamente y se remite a estudio a consulta de digestivo. Ecografía abdomen: normal. SOH negativo. Serología a toxoplasma, VEB y erytrovirus negativa, positiva IgG a CMV.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): en ocasiones, se prescriben antibióticos en amigdalitis de origen viral; en este caso, hasta tres (centro de salud y urgencias). Además, se trató con corticoides orales. Aunque no es lo habitual, también en personas jóvenes debemos tener en cuenta efectos gastroerosivos.

Palabras clave: anemia, antiinflamatorios, palpitaciones.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Un caso de disnea a grandes esfuerzos

Cañete Vargas MªI[1], Cintado Sillero MªC[2], Vázquez González N[3]

[1] *Médico de Familia. Hospital Clínico Virgen de la Victoria. Málaga*

[2] *Médico de Familia. Hospital de Alta Resolución de Benalmádena (Málaga)*

[3] *MIR 3er año de MFyC. CS San Andrés Torcal. Málaga*

Ámbito del caso: atención primaria, atención hospitalaria, cardiología.

Motivo de consulta: disnea a grandes esfuerzos.

Historia Clínica: enfoque individual:

Antecedentes personales: NAMC. No hábitos tóxicos. Apendicectomía. Repartidor de grandes almacenes.

Anamnesis: paciente de 35 años que consulta por aparición de disnea al descargar mercancías pesadas. Cede en reposo. No dolor torácico ni otros síntomas acompañantes.

Exploración física: BEG, COC, BHyP. Eupneico en reposo. Normotenso, Fc 63 lpm. ACP: tonos rítmicos, sin soplos. MVC sin ruidos patológicos. Abdomen: blando, depresible, no doloroso a la palpación. No edemas MMII.

Pruebas complementarias: ECG: RS a 65 lpm sin alteraciones de la reporalización.

Analítica: hemograma, bioquímica, coagulación y TSH normales. RX tórax: ICT límite alto de la normalidad. Resto sin hallazgos de interes. Ecocardiografía: ventrículo izquierdo con hipertrofia asimétrica severa, aurícula izquierda moderadamente dilatada. Función sistólica conservada. Sin otras alteraciones de interés.

Enfoque familiar y comunitario: menor de tres hermanos. Padre fallecido por insuficiencia cardiaca a los 33 años. Cinco tíos paternos fallecidos por muerte súbita o insuficiencia cardiaca.

Juicio clínico: miocardiopatía hipertrófica.

Diagnóstico diferencial: asma bronquial, EPOC, enfermedad intersticial pulmonar o cardiopatía.

Identificación de problemas: abordaje psicosocial tras diagnóstico de la enfermedad para adaptación a nueva situación vital (incapacidad absoluta).

Tratamiento, planes de actuación: evitar esfuerzos, AAS 100 mg, Bisoprolol 2,5 mg. Implante DAI. Se da incapacidad absoluta.

Evolución: se derivó a cardiología para estudio diagnosticándose de miocardiopatía hipertófica. Se aconsejó dado carácter hereditario estudio familiar. Un hermano se negó a estudio y su hermana fue diagnosticada del mismo cuadro. No presentó afectación psicológica, el paciente refirió "esto llegaría en algún momento" (por ese motivo, no había consultado antes).

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): importancia que tiene dentro de la historia clínica la indagación sobre antecedentes familiares que nos ofrecen, en muchos casos, pistas relevantes para llegar al diagnóstico de la enfermedad.

Palabras clave: miocardiopatía hipertrófica, disnea, antecedentes familiares.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Escitalopram, ¿vigilamos suficientemente su prescripción en el anciano?

Ferreiro Sal L, Tejera Nevado A, Marín Paniagua C

Médico de Familia. CS P. Laín Entralgo. Alcorcón (Madrid)

Ámbito del caso: atención primaria y atención hospitalaria.

Motivo de consulta: mujer de 84 años que consulta por pérdida de memoria.

Historia Clínica: antecedentes personales: hipertensión arterial, hipercolesterolemia, fibrilación auricular, bocio multinodular normofuncionante, enfermedad renal crónica estadio 3a y tuberculosis pulmonar antigua con hipoxemia.

Tratamiento actual: amiloride, acenocumarolol, atenolol, betametasona y formoterol.

La anamnesis a la paciente y familiares, reveló olvido de objetos con pérdida de concentración, astenia y anhedonia de tres semanas. La exploración física, neurológica y test psicométricos fueron normales salvo el test de Yessavage alterado. Analítica con iones previa a la sintomatología era normal. Con todo ello sospechamos probable cuadro depresivo.

Solicitamos nueva analítica y pautamos escitalopram 5 mg diarios con revisión en 10 días para resultados y comprobar tolerancia al antidepresivo.

Al acudir a consulta, objetivamos hiponatremia moderada asintomática y remitimos al hospital, confirmándose hiponatremia euvolémica con osmolalidad disminuida; natriuria y radiografía de tórax normales. Se ingresó con sueroterapia.

Como diagnóstico diferencial se plantearon el SIADH, insuficiencia suprarrenal y alteración tiroidea, descartando estos dos últimos por cifras de cortisol y hormonas tiroideas normales.

Concluyeron SIADH secundario a tratamiento con escitalopram.

La suspensión del antidepresivo llevó a la normalización analítica y permitió el alta hospitalaria.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): deberíamos pensar en la hiponatremia como efecto secundario en pacientes tratados con escitalopram u otros antidepresivos, ya que, aunque poco frecuente, es un efecto adverso potencialmente mortal.

Probablemente sería inviable una monitorización estrecha de electrolitos tras iniciar tratamiento con antidepresivos en todos los pacientes, pero al menos deberíamos valorarlo en pacientes con factores de riesgo asociados (ancianos, mujeres y/o tratamiento con diuréticos).

Palabras clave: hyponatremia, inappropriate ADH syndrome, depression/drug therapy.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Alteraciones de la repolarización en mujer joven y aparentemente sana

Rodriguez Ortega CS[1], Salas Cardenas MªJ[2], Mendaro Díaz JA[2]

[1] *Medico de Familia. CS de Mancha Real (Jaén)*

[2] *Médico de Familia. SCCU. Hospital San Juan de la Cruz. Úbeda (Jaén)*

Ámbito del caso: urgencias.

Motivo de consulta: presíncope en contexto de gastroenteritis aguda.

Historia Clínica: mujer de 24 años, con antecedentes familiares de probable cardiopatía arritmogénica. Acude a su médico por episodio presincopal en el contexto de gastroenteritis. A la exploración presenta buen estado general, constantes normales, abdomen normal. Electrocardiograma: ritmo sinusal, bloqueo incompleto de rama derecha, inversión de T de V1 a V3, así como en II, III y avF, no onda delta, no hipertrofia, intervalos normales. Se decide derivación a Urgencias hospitalarias. A la llegada asintomática, con exploración física normal, entre la pruebas destacan una analítica con troponina normal, y radiografía de tórax normal. En urgencias se propone diagnóstico de cardiopatía arritmogénica y se deriva para valoración por Cardiología. El ecocardiograma no evidencia cardiopatía estructural, Ergometría sin eventos arrítmicos, Resonancia Magnética Cardiaca normal y Holter sin eventos arrítmicos, tras estos hallazgos se propone diagnostico de displasia arritmogénica de ventrículo derecho (cumple 2 mayores y 1 menor de los criterios diagnósticos Task Force 2010).

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): la displasia arritmogénica del ventrículo derecho es una enfermedad caracterizada por la presencia de atrofia muscular y reemplazo del miocardio ventricular por tejido fibroadiposo. La enfermedad destaca por episodios de taquicardia ventricular refractaria en pacientes sin cardiopatía aparente. El inicio suele darse en torno a los 30 años, siendo la presentación habitual la presencia de taquicardia ventricular sostenida pudiendo provocar síncope o incluso fibrilación ventricular, también se han descrito casos de pacientes asintomáticos en quienes se manifiesta en forma de muerte súbita. También puede presentarse como insuficiencia ventricular derecha progresiva sin taquicardia ventricular. Dentro de las pruebas para establecer los criterios diagnósticos destaca el electrocardiograma por ser accesible en atención primaria, y puede hacernos sospechar dicha patología en pacientes con síncope, taquiarritmia, o hallazgo casual, estando descritos un patrón de bloqueo incompleto de rama derecha con negativización de la onda T en precordiales derechas (V1 a V3), también se puede observar una pequeña onda después del QRS, especialmente en V1 y V2, llamada onda épsilon, así como Fontaine et al también hallaron una prolongación del QRS más evidente de V1 a V3 que en DI y V6.

Palabras clave: arrhythmogenic right ventricular dysplasia, syncope, diagnosis.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Agranulocitosis en relación a toma de metamizol

Cañete Vargas MªI[1], García Vertedor CB[2], Vázquez González N[3]

[1] *Médico de Familia. Hospital Clínico Virgen de la Victoria. Málaga*
[2] *Médico de Familia. Hospital Costa del Sol. Marbella (Málaga)*
[3] *MIR 3er año de MFyC. CS San Andrés Torcal. Málaga*

Ámbito del caso: atención primaria, atención hospitalaria.

Motivo de consulta: síndrome febril.

Historia Clínica: enfoque individual:

Antecedentes personales: NAMC: HTA, dislipemia, hiperuricemia, hipotiroidismo. Tratamiento: eutirox, simvastatina, halopurinol, loracepam, paracetamol, metamizol, eprosartán/HCTZ, amoxicilina 1g.

Anamnesis: paciente de 83 años que acude por cuadro febril de hasta 38,5º de 6 dias de evolución, asociado a malestar general, odinofagia, lesiones en mucosa oral y lesión eritematosa inguinal. Su médico receta antibioterapia empírica y paracetamol. Así mismo, la paciente refiere trauma costal tres semanas antes y estuvo tomando metamizol que suspendió hace una semana. No otra clínica acompañante.

Exploración: BEG; algo deshidratada. ORL: placas blanquecinas sobre base eritematosa en lengua que se despegan con el roce, dolorosas. Otras en paladar blando que recuerdan a herpangina. ACP: ritmica sin soplos MVC sin ruidos patológicos. Extremidades: en raíz de muslo de MII placa eritematosa de 5 cm fluctuante.

Pruebas complementarias: analitica: leuc 900 (neut 0, linf 500, monocitos 280). HB 11,3, VCM 89, plaq 150000. Coagulación normal. Bioquímica normal, salvo PCR 343.

Frotis sangre periférica: no se observan neutrófilos, monocitos con vacuolización, no se observan células de hábito blástico.

Rx tórax: ateromatosis callado aórtico, sin otras alteraciones.

ECG: RS a 77 lpm, eje normal, sin alteraciones de la reporalizacion.

Enfoque familiar y comunitario: vive con su esposo. Independiente ABVD.

Juicio clínico: agranulocitosis en relación a toma de metamizol. Celulitis en pliegue inguinal derecho. Muguet oral.

Diagnóstico diferencial: síndrome febril por infecciones varias, efectos secundarios de medicación.

Identificación de problemas: avanzada edad y cuidador de avanzada edad. Toma de metamizol prolongada en paciente de avanzada edad.

Tratamiento, planes de actuación: ingreso y tratamiento con Meronem, cloxacilina, linezolid y G-CSF.

Evolución: tras valoración por Hematología, se cursa ingreso y se inicia tratamiento. El absceso inguinal comienza a supurar precisando curas locales. A la semana, recuperación de la neutropenia y sólo leves molestias por el muguet. Tras recuperación hemoperiférica se decide alta a domicilio con tratamiento antibiótico y contraindicación para toma de metamizol.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): la incidencia de agranulocitosis por metamizol está entre 0.2 y 2 casos por millón, con aproximadamente un 7% de casos mortales. No debemos olvidar efectos secundarios de los tratamientos y, sobre todo, en ancianos

Palabras clave: metamizol, agranulocitosis, anciano.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Vaya bulto me ha salido en el cuello

Calahorro Puerto MªJ, Saldarreaga Marín JA, Hernández Donoso MªC

Médico de Familia. ZBS Medina Sidonia. Distrito Cádiz Bahía-La Janda. Cádiz

Ámbito del caso: atención primaria (AP) y hospitalaria.

Motivo de consulta: adenopatía laterocervical izquierda.

Historia Clínica: enfoque individual: antecedentes personales: 16 años, varón. Sin antecedentes de interés personales ni familiares. No alergias conocidas. No viajes recientes al extranjero.

Anamnesis: aparición de adenopatía laterocervical izquierda hace unas 3 semanas que ha ido aumentando de tamaño. No fiebre.

Exploración física: adenopatía palpable de unos 5 cm de diámetro en región lateral izquierda cervical, consistencia pétrea y empastada, adherida a planos profundos. No otras adenopatías. Auscultación cardiopulmonar y abdomen sin hallazgos. Resto de exploración normal.

Pruebas complementarias: desde AP: analítica: leucocitos 5.750(45,3% linfocitos, 6,6% monocitos, 38.2% granulocitos, 8.4%eosinófilos, 1.5% basófilos). Hb 11.5g/dl. Plaquetas 414.000. VSG: 12. Serologías negativas para Brucella, fiebre tifoidea, sífilis, citomegalovirus, herpes, Epstein-Barr, VIH, hepatitis, rubeola y toxoplasma. Mantoux negativo. Rx tórax y cervical sin alteraciones. Ecografía cervical: conglomerado adenopático en cadena ganglionar laterocervical izquierda con ganglio de 3.1 x 2.5 cm de diámetro. Vascularización aumentada con más ganglios en cadena cervical contralateral. Hospitalarias: biopsia: linfoma de Hodgkin de predominio linfocítico.

TAC cervical: conglomerado adenopático en las cadenas yugular y accesoria espinal izquierdas de 80x45x30 mm. Ganglios de pequeño tamaño contralaterales, menores de 1 cm inespecíficos. Resto de estudio de extensión normal.

Enfoque Familiar y Comunitario: red social con alto apoyo emocional e interacción social positiva. No acontecimientos vitales.

Juicio clínico: linfoma de Hodgkin de predominio linfocítico.

Diagnóstico diferencial: adenopatías de etiología infecciosa.

Identificación de problemas: es frecuente la palpación de tumoraciones <1 cm en edad pediátrica y adolescencia (casi el 50% son normales). Considerar patológicas en recién nacidos, supraclaviculares, abdominales o poplíteas, >3 cm en cualquier localización o si existen signos inflamatorios.

Tratamiento: derivación urgente para biopsia. Recibió 2 ciclos de quimioterapia y radioterapia local posterior.

Evolución: buena.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): no todas las adenopatías son patológicas. Hay que conocer los signos de alarma según sus características y junto con una buena anamnesis y exploración hacer un diagnóstico precoz. No olvidar que la adenopatía cervical es una forma frecuente de presentación del linfoma de Hodgkin en la infancia y que es uno de los tumores malignos con mayor índice de curación.

Palabras clave: adenopatías, niños, linfoma de Hodgkin.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

TCE en paciente con FA no conocida

Cañete Vargas MªI[1], Leiva Pino JI[1], Vázquez González N[2]

[1] *Médico de Familia. Hospital Clínico Virgen de la Victoria. Málaga*
[2] *MIR 3er año de MFyC. CS San Andrés Torcal. Málaga*

Ámbito del caso: atención primaria (DCCU), atención hospitalaria.

Motivo de consulta: traumatismo craneoencefálico.

Historia Clínica: enfoque individual: antecedentes personales: NAMC. HTA, DM-2, nefropatía diabética, retinopatía diabética. Tratamiento: AAS, metformina, insulina, atorvastativa, irbesartán, amlodipino.

Anamnesis: paciente de 78 años estando asintomático y en reposo comienza con malestar general y avisa su mujer que lo encuentra inconsciente en el suelo. A la llegada de la ambulancia, el paciente se había recuperado, detectándose FA de novo.

Exploración: COC, regular estado general, mareado. Eupneico. Hematoma frontal. ACP: taquiarrítmico, sin soplos. MVC sin ruidos patológicos. Abdomen: anodino. MMII sin edemas ni trastornos tróficos. E. Neurológica: Glasgow 15, PINR, PC normales, F y S conservada en extremidades.

Pruebas complementarias: ECG: FA a 90 lpm sin alteraciones de la reporalización. Analítica: hemograma normal. Destaca glucosa 220 y creatinina de 2, resto normal. Rx tórax: cambios degenerativos sin otras alteraciones.

TAC cráneo: en surcos parieto-frontales derechos se observa foco de hemorragia subaracnoidea asociado a hematoma de partes blandas extracraneal frontoparietal derecho.

Enfoque familiar y comunitario: vive sólo con su mujer en un domicilio con escaleras, ambos independientes ABVD.

Juicio clínico: FA de novo, TCE con pérdida de conocimiento, hemorragia subaracnoidea.

Diagnóstico diferencial: taquiarritmias, cardiopatía isquémica, ACV, TEP, alteraciones glucémicas…

Identificación de problemas: problema de anticoagular-antiagregar FA de novo por HSA. Cuidadora de avanzada edad. Domicilio con barreras arquitectónicas.

Tratamiento, planes de actuación: observación durante 24 horas y repetición de TAC de cráneo. Alta a domicilio con bisoprolol y derivación a consulta de arritmias.

Evolución: En TAC de cráneo a las 24 horas, se aprecia de la HSA que actualmente es mínima. Se comenta con neurocirugía que indica alta domiciliaria con retirada de AAS al menos tres semanas.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): valorar riesgo/ beneficio de tratamiento necesarios.

Palabras clave: anticoagulación, fibrilación auricular, hemorragia subaracnoidea.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Síncope no presentido

Cañete Vargas MªI[1], Leiva Pino JI[1], Vázquez González N[2]

[1] Médico de Familia. Hospital Clínico Virgen de la Victoria. Málaga

[2] MIR 3er año de MFyC. CS San Andrés Torcal. Málaga

Ámbito del caso: atención hospitalaria.

Motivo de consulta: traumatismo pie derecho.

Historia Clínica: enfoque individual: antecedentes personales: NAMC. HTA, DM-2, hipotiroidismo, síndrome ansioso-depresivo. Tratamiento habitual: enalapril, metformina, eutirox, citalopram.

Anamnesis: paciente de 63 años que acude por traumatismo en pie derecho secundario a síncope de características cardiogénicas mientras caminaba. No dolor torácico ni palpitaciones ni otra sintomatología asociada.

Exploración: COC; BEG, eupneica en reposo, BHyP. ACP: rítmico, soplo sistólico aórtico no irradiado. MVC sin ruidos patológicos. Abdomen anodino. Tumefacción a nivel de maléolo externo en tobillo derecho.

Pruebas complementarias: ECG: RS a 66 lpm, PR normal, patrón S1Q3. Analítica: hemograma, bioquímica y coagulación sin alteraciones. Troponina normal, dímero D elevado. Rx tórax: cardiomegalia, sin otras alteraciones.

Angio-TAC: imágenes de defecto de repleción compatible con TEP en arteria lobar superior derecha a nivel del tronco anterior y de la arteria segmentaria del segmento posterior de LSD. Atelectasias laminares en lóbulo medio, língula y ambos lóbulos inferiores.

Juicio clínico: tromboembolismo pulmonar. Síncope de características cardiogénicas.

Diagnóstico diferencial: síncope vasovagal, síncope cardiogénico, infarto agudo de miocardio, arritmia cardiaca, tromboembolismo pulmonar, hemorragia cerebral.

Identificación de problemas: el motivo de consulta sin anamnesis adecuada hace pasar desapercibida patología causal.

Tratamiento, planes de actuación: se realiza tratamiento fibrinolítico y anticoagulación.

Evolución: inicialmente, la paciente acude a urgencias de traumatología por dolor e impotencia funcional en el pie derecho; desde allí se remite a urgencias generales para estudio de síncope. Tras los hallazgos, es valorada por Neumología que cursa ingreso e inica tratamiento anticoagulante. Durante su ingreso evoluciona favorablemente.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): importancia de realizar una anamnesis adecuada. En este caso, de no haberse hecho así, hubiera pasado desapercibido el síncope retrasando el diagnóstico y tratamiento del TEP.

Palabras clave: síncope, tromboembolismo pulmonar.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Trastorno de conducta, a propósito de un caso

Risueño Bonilla L[1], Chacón Reche F[2]

[1] *MIR 2º año de MFyC. CS Cuevas de Almanzora (Almería)*
[2] *MIR 4º año de MFyC. CS Cuevas de Almanzora (Almería)*

Ámbito del caso: atención primaria y urgencias

Motivo de consulta: trastorno de conducta.

Historia Clínica: antecedentes personales: NAMC. IAM en 2001 en tratamiento con AAS 300.

Anamnesis: varón de 74 años que acude por cuadro de trastorno de conducta, pérdida de control de esfínteres y perdida de memoria desde hace 4 días. La familia refiere anorexia y astenia desde hace 3 semanas. No presenta clínica respiratoria, ni urinaria, no nauseas ni vomitos.

Exploración física: TA: 100/89 Tº: 36,5 SatO2:94% REG, palidez cutáneo-mucoso, Glasgow 15/15, A la exploración neurológica: pupilas normoreactivas, pares craneales conservados, no dismetrías, no perdida de fuerza ni sensibilidad en extremidades.

Pruebas complementarias: analítica: hemograma: HB 4,7 con hematocrito de 14%, resto normal. Bioquímica: dentro de la normalidad. Cobalamina: 89 pg/ml. RX tórax: no se observan infiltrados ni condensaciones, no derrames. TAC craneal: no se observan lesiones hemorrágicas ni de efecto masa. No desviación de la linea media.

Diagnóstico diferencial: ACV, anemia macrocítica por déficit de acido fólico.

Juicio clínico: anemia macrocítica por déficit de vit B12.

Tratamiento: dieta absoluta, transfusión de 3 concentrados de hematíes y optovite b12. Se realiza interconsulta con hematología con el cual se decide transfusión de 3 concentrados de hematíes y tratamiento ambulatorio con Vitamina B12 im. EL paciente deberá acudir a revisiones con hematologia y digestivo para descartar distintas causas de esta patologia.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): el papel del médico de familia en este caso es fundamental tanto en el diagnóstico de la patología como en el seguimiento de ésta, ya que deberá realizar tratamiento ambulatorio y seguir controles por su médico. En este tipo de patologías en las que el paciente debe acudir a diversos especialistas es muy importante el papel del médico de familia para aclarar al paciente dudas que le puedan surgir y revisarlo cada cierto periodo de tiempo para asegurar el bienestar del paciente.

Palabras clave: anemia, conducta, malabsorcion.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Una analítica digna de estudio

Pérez Eslava M[1], Mazón Ouviña EA[2], Flores Cebada EM[a3]

[1] MIR 4º año de MFyC. CS Loreto-Puntales. Cádiz

[2] MIR 3er año de MFyC. CS Loreto-Puntales. Cádiz

[3] MIR 4º año de MFyC. CS La Laguna. Cádiz

Ámbito del caso: atención primaria y atención hospitalaria.

Motivo de consulta: pérdida de peso y alteración del hábito intestinal.

Historia Clínica: varón, 62 años, con antecedentes personales de haber trabajado expuesto a amianto, exfumador desde hace 4 meses (ICAT 30) y bebedor moderado, así como diabético tipo 2 en tratamiento con glicazida y metformina, acude a la consulta de su médico de familia por referir pérdida de seis kg de peso en cuatro meses y estreñimiento desde hace ocho meses. Exploración física normal salvo leve ictericia conjuntival. No adenopatías ni visceromegalias y tacto rectal negativo. Su médico solicita analítica en la que destaca una marcada elevación de las enzimas hepáticas (GGT 224, GOT 743, GPT 723, FA normal) e hiperbilirrubinemia, no conocido previamente. Dado la clínica del paciente acompañado de la hipertransaminasemia, se deriva a urgencias hospitalarias siendo ingresado en el servicio de digestivo. Ampliaron estudio con analítica con serología, ecografía y TAC abdominal, hallando colección perihepática de 77 x 16 mm, colonoscopia normal, endoscopia oral con esofagitis grado B y ecografía endoscópica con adenopatías subcarinales de aspecto reactivo y paracardial de un cm hipoeocoica que fue punzada.

Diagnóstico diferencial: hepatitis aguda viral, isquemia/hipoxia hepática, hepatitis tóxica (no fármacos que en él lo justifiquen), obstrucción biliar (cálculos biliares, tumores de las vías biliares o del páncreas, tumores que se han diseminado al sistema biliar), hepatitis autoinmune, hepatopatía alcohólica.

Juicio clínico: hipertransaminasemia, ictericia y colección abdominal perihepática sin datos de malignidad pero de etiología no aclarada.

Tratamiento y evolución: durante su ingreso evolucionó favorablemente, disminuyendo la hipertransaminasemia y desapareciendo la ictericia. La anatomía patológica fue negativa. Se recomendó abandono inmediato de alcohol y revisiones periódicas por su médico de familia y digestivo.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): ante una hipertransaminasemia marcada (más de diez veces el límite superior) se debe sospechar hepatopatía aguda e iniciar el tratamiento etiológico lo antes posible. Para ello es necesario seguir un procedimiento ordenado y sistemático en función de la prevalencia y el contexto clínico del paciente. El diagnóstico etiológico se realiza en la mayoría de las veces a través de la anamnesis y analíticas con serología.

Palabras clave: transaminases, jaundice, constipation.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Ingesta medicamentosa en adolescente

Cintado Sillero MªC[1], García Vertedor CB[2], Vázquez González N[3]

[1] *Médico de Familia. Hospital Alta Resolución de Benalmádena (Málaga)*

[2] *Médico de Familia. Hospital Costa del Sol. Marbella (Málaga)*

[3] *MIR 3er año de MFyC. Cs San Andrés Torcal. Málaga*

Ámbito del caso: atención hospitalaria, atención primaria.

Motivo de consulta: ingesta medicamentosa.

Historia Clínica: enfoque individual: antecedentes personales: ingresos previos en hospital psiquiátrico por intento de autolisis. Tratamiento habitual: Abilify. Amonerrea de tres meses, niega embarazo.

Anamnesis: paciente de 14 años llevada por su padre a centro hospitalario a petición de la misma. El padre suponía necesitaba hablar con alguien fuera del entorno familiar, en la semana previa había realizado gestos de autolesión (cortes en brazos). El padre deja sola a la paciente en sala de espera y se va al trabajo. Durante la entrevista la paciente manifiesta ingesta medicamentosa voluntaria de 50 comprimidos de Betahistina una hora antes. Se encuentra asintomática.

Exploración física: bradipsíquica, tendente al llanto. No manifiesta ideas de autolisis. Eupneica. ACR: normal. Abdomen: anodino. Exploración neurológica: sin alteraciones. No se aprecian heridas en antebrazos.

Pruebas complementarias: analítica: leucos 11.600, Hb 14.5, plaq 206.000, K 3.3, función renal normal, PCR 1.9, Tóxicos negativos todos. Test gestación positivo.

Enfoque familiar y comunitario: huérfana de madre desde los 6 años. Menor de dos hermanas, la mayor de 15 años tiene retraso mental. Vive con sus abuelos maternos (tienen su custodia) en Madrid. El padre vive en Benalmádena, con quien estaba de vacaciones de verano. Homosexual, ruptura sentimental hace una semana.

Juicio clínico: ingesta medicamentosa voluntaria. Gestación de tiempo indeterminado.

Identificación de problemas: familia desestructurada, adolescente, homosexual. Ruptura de la relación sentimental. Antecedentes psiquiátricos.

Tratamiento: lavado gástrico más carbón activado. Traslado a hospital de referencia para valoración por psiquiatría y ginecología.

Evolución: el padre telefónicamente manifiesta imposibilidad de acudir, autoriza tratamiento oportuno, cree imposible la ingesta porque estaba con ella a esa hora. Se notifica a juzgado de guardia. Psiquiatria da alta hospitalaria.

Acude al centro de salud para solicitar IVE.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): los múltiples gestos autolíticos se pueden considerar como llamadas de atención en relación a la desestructuración del núcleo familiar.

Importancia del abordaje biopsicosocial en atención primaria. Se resalta la necesidad de la atención conjunta con salud mental.

Palabras clave: ingesta medicamentosa, desestructuración familiar, adolescente.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

No todas las dispepsias son iguales

Pérez Eslava M[1], Mazón Ouviña EA[2], Flores Cebada EM[a3]

[1] *MIR 4º año de MFyC. CS Loreto-Puntales. Cádiz*

[2] *MIR 3er año de MFyC. CS Loreto-Puntales. Cádiz*

[3] *MIR 4º año de MFyC La Laguna. Cádiz*

Ámbito del caso: atención primaria y atención hospitalaria.

Motivo de consulta: dispepsia y epigastralgia.

Historia Clínica: mujer, 48 años, sin antecedentes personales de interés, acude a la consulta de su médico de familia por referir dispepsia y epigastralgia de días de evolución sin clara relación con la ingesta de alimentos, pautándole, tras realizar exploración física sin hallazgos de interés, omeprazol y medidas higiénico-dietéticas. Por mismo motivo acudió a su médico de familia en cinco ocasiones más reforzándole el tratamiento sintomático con mejoría parcial hasta que tras transcurrir cuarenta semanas, solicita cita urgente por intensa epigastralgia y nauseas sin vómitos ni fiebre. A la exploración presentó abdomen en tabla, doloroso a la palpación y con aumento del mismo en región epigastral. Dada la clínica y exploración de la paciente, se remitió de manera urgente al servicio de urgencias, en el que realizan analítica con moderada leucocitosis y ecografía abdominal que es informada como probable úlcera gástrica perforada, siendo confirmada con TAC abdominal urgente. Tras conocer el diagnóstico inicial se procedió a realizar laparotomía exploradora urgente con resección en cuña y cierre del orificio ulceroso gástrico por ulcus prepilorico perforado, enviando la pieza a anatomía patológica.

Diagnóstico diferencial: perforación de ulcera péptica, colecistitis aguda, vólvulo gástrico, esofagitis, IAM, obstrucción intestinal alta, peritonitis.

Juicio clínico: peritonitis por perforación de ulcera péptica. Adenocarcinoma de células en anillo de sello en región antropilórica.

Tratamiento y evolución: tras confirmar diagnóstico se amplio estudio de extensión y se reintervino quirúrgicamente a la paciente, hallándose en un estadio muy inicial del adenocarcinoma (pT1b N0 M0), por lo que hasta el momento no ha precisado de tratamiento quimioterápico ni radioterápico, siendo revisada periódicamente por su oncóloga y médico de familia.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): la dispepsia es un motivo de consulta habitual para el MFyC, por ello es esencial realizar un abordaje adecuado del mismo. En el caso de nuestra paciente hubiera estado indicado dado la edad y cronología, estudio con endoscopia oral previo al episodio de urgencias. La prevalencia de la dispepsia se ordenan en funcional (60%), úlcera péptica (15-25%), esofagitis por reflujo (5-15%) y cáncer de esófago/estómago (<2%).

Palabras clave: dyspepsia, abdominal pain, stomach ulcer.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Cuidado con los raticidas!

Guerrero Barranco B[1], Ámez Rafael D[2], Rivera Rodríguez N[3]

[1] MIR 2º año de MFyC. CS Roquetas Sur (Almería)
[2] MIR 2º año de MFyC. CS La Gangosa (Almería)
[3] MIR 2º año de MFyC. Cs La Mojonera (Almeria)

Ámbito del caso: paciente que vemos en urgencias.

Motivo de consulta: mujer de 75 años, consulta por traumatismo craneoencefálico, con herida contusa occipital y KO posterior de duración indeterminada, con recuperación espontánea.

Historia Clínica: antecedentes: no alergias médicas conocidas. Hipertensión arterial, DM tipo 2 y dislipemia. Niega hábitos toxicos. IQ: cataratas ambos ojos. Tratamiento habitual: no lo recuerda, aunque sólo toma antidiabético oral y "una pastilla para el ánimo". Exploración física: buen estado general, consciente y colaboradora. Constantes normales, exploración general sin alteraciones, salvo hematoma occipital superior de 4x5cm, doloroso a la palpación que requiere sutura. Sin crepitantes.

Se procede a administración de analgesia intravenosa en área de sillones, tras lo cual un familiar acude a la consulta para contarnos que realmente están muy preocupados ya que la paciente presenta una gran depresión debido a la reciente viudedad, que incluso ayer la llevó a ingerir raticida con intención de quitarse la vida, tras la cual presentó un vómito espontáneo y dijo estar arrepentida por lo que no acudieron a urgencias, pero que les gustaría valoración psiquiátrica.

Ante los datos de reciente ingesta de raticida y a pesar de la ausencia de clínica se procede a solicitar analítica con datos de INR: 9 y PTTa indosificable y TAC craneal con diagnóstico de hematoma agudo de 20x15 mm de apariencia extraaxial frontal con hematoma de partes blandas parietooccipitalderecho. Precisando tratamiento urgente con protomplex, vitamina K, plasma fresco y derivación a servicio de neurocirugía para realización de drenaje ventricular externo y seguimiento.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): algunos de los raticidas son inhibidores de vitamina K como warfarínicos y superwarfarínicos, actuando como anticoagulantes retardados. Estos a parte de su efecto tóxico pueden producir graves complicaciones como resultado de hemorragias internas hasta varias semanas después de la intoxicación.

Ante cualquier ingesta de raticida, aunque se tomen medidas para eliminar la sustancia como lavados gástricos y se objetiven cifras de coagulación normal en el momento agudo, es imprescindible una inyección inicial de vitamina K, seguida de la administración oral durante meses, para de esta forma tratar de minimizar las posibles complicaciones y controlar las cifras de coagulación del paciente.

Palabras clave: raticida, ingesta, sangrado.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Varicela y ¿mancha negra?

Elorza Maza B, Ramos Muñoz JA, Guirado Sánchez MªI

Médico de Familia. Consultorio Local Balanegra (Almería)

Ámbito del caso: atención primaria. Consultorio local rural.

Motivo de consulta: erupción corporal.

Historia Clínica: antecedentes personales: paciente varón de 53 años, viudo, sin pareja estable actualmente, barrendero de profesión y con antecedentes de IAM en 2009. STENT posterior. Dislipemia. No fumador.

Acude sin número y a última hora, por exantema que se inició hace un mes acompañado de malestar y febrícula. Consulta porque no han desaparecido las lesiones.

Exploración Física: exantema eritematopapuloso en tronco y miembros superiores y máculas en palmas. Lesión en flanco derecho de unos 3 cm de diámetro más oscura (que el paciente comenta "ha mejorado", desde que apareció).

Ante la sospecha de Rickettsiosis Variceliforme se inicia tratamiento con doxiciclina y se solicita serología de Rickettsias que confirma finalmente la infección.

Diagnóstico: Rickettsiosis Variceliforme por Rickettsia Akari.

Evolución: el exantema ha desaparecido progresivamente manteniéndose únicamente una pigmentación residual en el lugar de la escara.

Diagnóstico diferencial: varicela: exantema máculo-papuloso sin mancha negra. Sífilis: exantema máculo-papuloso con afectación palmo plantar.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): la Rickettsiosis Variceliforme es una entidad infrecuente, producida por la Rickettsia Akari que es trasmitida por el ácaro del ratón y no por la garrapata, con síntomas clínicos más leves que la variedad mediterránea. El diagnóstico diferencial se establece principalmente con la varicela.

Palabras clave: exantema variceliforme, mancha negra, Rickettsia Akari.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Emergencia hipertensica como primera manifestación hipertensión primaria

Macías Beltrán I, Medero Canela R, Domínguez Teba AJ

MIR 4º año de MFyC. CS El Torrejón. Huelva

Ámbito del caso: atención primaria y hospitalaria.

Motivo de consulta: mareos y cefalea.

Historia Clínica: enfoque individual: varón, 46 años, fumador de 40 cigarrillos/día, obeso. Presenta hace 3-4 días cefalea occipital, cervicalgia e inestabilidad. Náuseas, no vómitos, no sensación de giro de objetos. La cefalea es pulsátil y cede parcialmente con analgésicos. No desorientación ni pérdida de conciencia. No fiebre.

Exploración: BEG, COC, BHYP, eupneico, obeso. TA210/110, FC 86 lpm, SATO2 98%. Exploración neurológica: sin focalidad. AC: rítmico, sin soplos. AR: BMV, sin ruidos patológicos. Otoscopia normal. Abdomen: normal. MMII: no edemas, pulsos conservados.

Enfoque familiar y comunitario: marinero, casado, padre de 2 hijos.

Juicio clínico: emergencia hipertensiva asociada a insuficiencia renal aguda.

Diagnóstico diferencial: inicialmente diagnóstico diferencial de mareos y cefaleas, valorando causas neurológicas, otorrinolaringológicas, alteraciones metabólicas y patología cervical. Posteriormente diagnóstico diferencial de hipertensión arterial (primaria o secundaria).

Tratamiento: en consulta se administraron 100 mg de captopril y furosemida 20 mg intramuscular. Tras ello derivación a urgencias hospitalarias por persistir cifras de tensión elevadas (190/106). Inicialmente ingresó en servicio de observación realizándose tratamiento con Labetalol y Solinitrina y tras control de tensión arterial, ingresó en medicina interna.

Pruebas complementarias: en urgencias: hemograma, coagulación, radiografía de tórax y electrocardiograma normales. Bioquímica: creatinina 1.59, urea 87.2, potasio 5.6, osmolaridad 310, glucosa, iones, enzimas cardiacas, hormonas tiroideas y gasometría venosa normales. Orina: sodio 39, resto normal.

Durante el ingreso: destacar en bioquímica general: creatinina 1.41, urea 68.1, potasio 5.8, LDL 159, aldosterona y metanefrinas normales. Resto de estudios analíticos sin hallazgos. TAC craneal sin contraste, ecocardiografía, ecografía abdominal y angioTAC abdominal sin hallazgos significativos.

Evolución: el paciente precisó tratamiento de hiperpotasemia e hipertensión intensivo con difícil control inicial. Se normalizaron valores de función renal. Fue dado de alta con tratamiento antihipertensivo (IECA, diurético, betabloqueante, antagonista del calcio) e hipolipemiante, diagnosticado de hipertensión primaria.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): la hipertensión arterial es un importante factor de riesgo cardiovascular y una patología muy frecuente en atención primaria. Ante su presencia debemos siempre descartar que sea secundaria y posteriormente realizar un tratamiento y seguimiento estricto del paciente, para así prevenir complicaciones futuras.

Palabras clave: malignant hypertension, dizziness, headache.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Un dolor abdominal realmente urgente

Jimenez Ruiz J, Merino De Haro I, Alberdi Martín L

MIR 4º año de MFyC. CS La Zubia (Granada)

Ámbito del caso: urgencias hospitalarias.

Motivo de consulta: dolor abdominal progresivo desde hace 15 días acompañado de tinte ictérico.

Historia Clínica: antecedentes personales: fumador de 1 paquete de cigarrillos al día, bebedor ocasional. Tratamiento habitual con omeprazol. No alergias medicamentosas conocidas.

El paciente acude a urgencias, valorado en consulta de atención primaria hace tres días, refiriendo dolor abdominal progresivo localizado en epigastrio e irradiación hacia espalda que se acompaña de pérdida de peso, anorexia y astenia progresivas, no refiere fiebre ni otra sintomatología. Cuatro días antes de acudir al servicio de urgencias refiere además diarrea con la aparición de tinte ictérico, por ello decide acudir.

En la exploración destaca tinte ictérico en piel y conjuntivas, dolor en abdomen localizado en epigastrio, aunque no se palpan masas ni megalias.

Pruebas complementarias: destaca en la bioquímica la alteración del perfil hepático con valores de 24 de bilirrubina total, con directa de 14.5, GOT 122, GPT 173, GGT 552 y fosfatasa alcalina de 619.

Diagnóstico diferencial: coledocolitiasis, colangitis esclerosante primaria, quiste de colédoco, cáncer de páncreas, ampuloma, cáncer de vesícula biliar.

Con estos datos decidimos realizar una prueba de imagen, en este caso TAC abdominal donde nos informan de existencia de lesión en cabeza pancreática sugerente de tumor (probable adenocarcinoma) con obstrucción biliar secundaria e hidrops vesicular.

Tratamiento en observación: dieta absoluta, suero fisiológico alternando con suero glucosalino 1500 cc cada 24 horas, pantoprazol IV cada 24 horas, metamizol IV cada 8 horas y si náuseas o vómitos metoclopramida IV cada 8 horas.

Evolución: se decide su ingreso en plata de aparato digestivo para su estudio multidisciplinar con servicios de cirugía y oncología.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): debemos de tener máxima precaución con este tipo de pacientes y realizar una buena historia clínica, y en el caso de ser necesario, derivar a urgencias hospitalarias para su estudio lo más pronto posible.

Palabras clave: hipertransaminemia, ictericia, urgencias.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Un atragantamiento complicado. A propósito de Boerhaave

Olmedo Fuentes IMª[1], Saldarreaga Marín JA[2], Calahorro Puerto MªJ[2]

[1] *Enfermera. DCCU Chiclana (Cádiz)*

[2] *Médico de Familia. ZBS Medina Sidonia. Distrito Cádiz Bahía-La Janda. Cádiz*

Ámbito del caso: mixto, atención primaria (AP) y urgencias.

Motivo de consulta: primera visita en urgencias de AP por disnea de reposo, tos persistente, disfonía y disfagia por atragantamiento.

Historia Clínica: enfoque individual: antecedentes personales: asma, obesidad y amigdalectomizado.

Anamnesis: varón, 38 años, presenta atragantamiento con cuerpo extraño alimentario que induce tos persistente, acudiendo al servicio de urgencias.

Exploración física: enfisema subcutáneo cervical palpable desde zona submandibular hasta huecos supraclaviculares. Auscultación pulmonar: hipoventilación en tercio inferior de ambos hemitórax. Pulsioximetría del 92%.

Pruebas complementarias (hospitalarias): radiografía tórax/cervical: enfisema subcutáneo cervical y derrame pleural bilateral. Analítica: proteína C reactiva 10,80 mg/dl. Leucocitosis con neutrofilia. Fibrinógeno 578 mg%. Tras endoscopia flexible no se aprecia patología. Tomografía torácica: derrame pleural bilateral con atelectasias basales.

Enfoque familiar y comunitario: familia nuclear en la etapa IV (contracción), red social con alto apoyo emocional e interacción social positiva. No acontecimientos vitales.

Juicio Clínico: mediastinitis aguda tras perforación esofágica (síndrome de Boerhaave).

Diagnóstico Diferencial: el síndrome de Boerhaave se define por una perforación transmural de la pared del esófago, a diferencia del desgarro de Mallory-Weiss, que es una laceración no transmural, ambos asociados con el vómito.

Identificación de problemas: se asocia a bulimia y tiene una mortalidad cercana al 35%.

Tratamiento y plan de actuación: en urgencias se canaliza vía venosa periférica (sueroterapia, cobertura antibiótica) y posterior cirugía.

Evolución: mala. En hospitalización debutó con neumonía (pseudomona aeruginosa y enterobacter cloacae); posterior shock séptico que precisó ventilación mecánica y traqueotomía e ingreso en UCI. Actualmente nuestro paciente evoluciona favorablemente.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): es de crucial importancia estar familiarizados desde AP con estos síndromes y sus posibles manifestaciones clínicas para un diagnóstico precoz y derivación urgente, asegurando un tratamiento adecuado y evitando así complicaciones posteriores, dada la relación frecuente de esta patología con el atragantamiento y procesos como la bulimia y su elevada mortalidad.

Palabras clave: atragantamiento, Boerhaave, mediastinitis.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Intoxicación por metanol con graves secuelas

Collado Lamarca L[1], Martinez Martínez LM[2]

[1] MIR 2º año de MFyC. CS de Vera. Hospital la Inmaculada. Huércal-Overa (Almería)

[2] MIR 2º año de MFyC. CS de Cuevas del Almanzora. Hospital la Inmaculada. Huércal-Overa (Almería)

Ámbito del caso: urgencias atención primaria, urgencias hospitalarias.

Motivo de consulta: deterioro neurológico/ intoxicación.

Historia Clínica: varón de 49 años de edad, de origen francés que reside en España desde hace 15 años ejerciendo como jardinero, trastorno ansioso-depresivo como antecedentes personales. Los vecinos avisan al servicio de emergencias ya que el paciente alerta por encontrarse mal y haber ingerido "alcohol de quemar". Es trasladado por equipo médico de atención primaria al servicio de urgencias hospitalarias en estado de coma, con Glasgow de 4 puntos presentando anisocoria, pupilas arreactivas y pronación de extremidades superiores por lo que se procedió a intubación y conexión a ventilación mecánica. En pruebas complementarias se detecta fibrilación auricular con respuesta ventricular rápida, infección por stapilococcus hominis, acidosis metabólica, hipopotasemia, hipernatremia. Se realizó TC de cráneo que descartó hemorragia intracraneal, repitiéndose al tercer día el cual presenta hipodensidad subcortical de la sustancia blanca de predominio frontoparietal compatible con lesiones necróticas secuelares en paciente con intoxicación con etanol que se confirman con RMN de cráneo. Ante la sospecha de intoxicación por metanol se inició tratamiento con etanol y antibioterapia.

Juicio clínico: trastorno cognitivo de características frontales secundario a intoxicación por metanol con graves secuelas. Neuropatía óptica bilateral de origen tóxico.

Tratamiento: ácido fólico, haloperidol, fluoxetina, alprazolam, rivastigmina, rehabilitación.

Evolución: el paciente permaneció en UCI durante el periodo agudo, despierta, es extubado, pasa a planta comenzando tolerancia oral y mejorando analíticamente. Consciente con periodos de agitación de predominio nocturno que requieren contención mecánica, movimientos no propositivos estereotipados, actitud frontalizada con desinhibición y reflejos de liberación frontal positivos, no comprende órdenes, atiende a estímulos auditivos, es capaz de decir su nombre y edad, lenguaje hipofónico y monosílabo, deterioro cognitivo severo que impide valoración psicométrica, astasia, abasia y ceguera con exploración oftalmológica normal aunque PEV con inexcitabilidad completa de ambas vías visuales al estímulo flash.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): existen numerosas sustancias al alcance de carácter tóxico, la alerta precoz y rapidez de actuación son determinantes para pronóstico. Deberemos contactar con centro de toxicología legal y actuar de forma activa y eficaz antes de la confirmación diagnóstica.

Palabras clave: intoxicación, ceguera, demencia.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Diagnóstico diferencial de pubalgia en paciente deportista

Gómez García S[1], Ortega Jiménez AM[a2], Serrano Aguilar FJ[3]

[1] *Médico de Familia/Médico Rehabilitador. Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Almería*

[2] *Médico de Familia. CS de Olula del Río (Almería)*

[3] *DUE. Hospital La Inmaculada. Huércal-Overa (Almería)*

Ámbito del caso: mixto (atención primaria y atención especializada).

Motivo de consulta: pubalgia.

Historia Clínica: enfoque individual: varón de 64 años, con antecedentes personales de hipertrofia benigna de próstata (en tratamiento con tamsulosina), discartrosis y protusión discal. Realiza deporte de forma habitual (corredor y nadador).

Anamnesis: dolor a nivel de sínfisis del pubis de varios meses de evolución, irradiado a ingle izquierda, sin antecedente traumático asociado, pero que se desencadena con la carrera y cuando camina rápido, mejorando en reposo. No aparece el dolor al nadar (500 metros 2 veces a la semana).

Exploración: dolor a la palpación en sínfisis del pubis, con la abducción pasiva de cadera izquierda y aducción contrarresistencia.

Pruebas complementarias: radiografía anteroposterior y axial de ambas caderas muestra exostosis en rama iliopubiana derecha y borramiento sacroiliaco.

Juicio clínico: pubalgia de probable origen osteomuscular.

Diagnóstico diferencial: lesiones del aparato locomotor (localizadas en pelvis, cadera, muslo y columna), enfermedades reumáticas, patologías del sistema nervioso periférico, genitourinario y digestivo.

Tratamiento y plan de actuación: tras varias consultas en atención primaria y ante la leve mejoría con el cese de la actividad deportiva y el tratamiento con anitinflamatorio oral, se deriva para valoración por servicio de rehabilitación.

Evolución: diagnosticado de tendinitis de aductores, se observa además punto de dolor a nivel abdominal inferior izquierdo, con dudosa reproducción del dolor con la contracción abdominal, solicitándose ecografía abdominal y de partes blandas a nivel inguinal, donde se aprecian signos de pequeña herniación inguinal izquierda, por lo que se deriva a cirugía general para valoración de intervención quirúrgica.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): muchos de los pacientes con dolor púbico e inguinal presentan dos o más patologías coexistiendo a la vez, por lo que es necesario un buen diagnóstico diferencial para elegir el tratamiento adecuado. En pacientes deportistas con pubalgia, se debe de incluir en dicho diagnóstico, a parte de las patologías osteomusculares que son las de mayor prevalencia, otras patologías de tipo visceral o autoinmune.

Palabras clave: pubic symphysis, pain, sport, diferential diagnosis.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Disnea, sibilantes y tos como manifestación de linfoma. A propósito de un caso

Díaz Saborido A[1], Salguero de la Haya S[2], Membrillo Contioso E[3]

[1] MIR 2º año de MFyC. CS Valverde del Camino (Huelva)
[2] MIR de MFyC. CS San Benito. Jerez de la Frontera (Cádiz)
[3] MIR de 4º año de MFyC. CS Valverde del Camino (Huelva)

Ámbito del caso: atención primaria. Urgencias hospitalarias. Medicina Interna.

Motivo de consulta: disnea, sibilantes y tos de un mes de evolución.

Historia Clínica: enfoque individual. Anamnesis y antecedentes personales: mujer 75 años alérgica al olivo y polvo doméstico con neumonía basal derecha previa que consulta a su médico de atención primaria por disnea lentamente progresiva y tos no productiva, sin fiebre, que se trata con broncodilatadores inhalados y corticoides orales atribuyéndosele a su proceso alérgico y tras persistencia se revisa.

Exploración: aceptable estado general. No disnea en reposo. No cianosis. Sibilantes bilaterales sin diferencias en la ventilación de ambos campos pulmonares que evolucionan en un mes a abolición de ventilación en todo hemitorax izquierdo. Pruebas complementarias: radiografía tórax en centro salud derrame pleural izquierdo masivo que desplaza línea media, es enviada al servicio de urgencias de hospital: toracocentesis diagnóstica y evacuadora, emana líquido blanquecino compatible con quilotorax (triglicéridos 1758). Ingresa en servicio medicina interna: fibrobroncoscopia anodina; TAC tórax derrame pleural masivo y atelectasia pasiva del pulmón izquierdo; TAC abdomen masa en retroperitoneo que infiltra psoas, en contacto con aorta, arteria y pelvis renal izquierda y masa intraabdominal mesentérica, múltiples adenopatías; punción biopsia de masa retroperitoneal con diagnóstico definitivo linfoma células B tipo folicular grado 1-2.

Enfoque familiar y comunitario: sus dos hermanas tienen un papel fundamental en el apoyo emocional durante su proceso diagnóstico en el que manifiesta ansiedad y en el acompañamiento en el tratamiento. Juicio clínico: quilotórax es neoplásico en 50%, primera causa a descartar y es un linfoma en el 75% de los mismos. Diagnóstico diferencial: quilotorax traumático espontáneo o quirúrgico (25%) (Descartando no antecedentes traumáticos ni de cirugía), quilotórax idiopático (15%), quilotórax por defecto congénito de linfáticos (10%).

Tratamientos, planes de actuación, evolución: se deriva a servicio hematología para tratamiento quimioterápico y control sintomatología por su médico de atención primaria.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): se trata de un caso interesante para el médico de atención primaria porque el principal papel lo ha aportado el seguimiento en consulta de su centro de salud que ha permitido valorar de cerca la evolución clínica y auscultatoria, clave en el diagnóstico precoz de la enfermedad.

Palabras clave: dyspnea, chylothorax, lymphoma.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Adenitis tuberculosa en mujer lactante

Maadi Ahmed S[1], Berenguer Callejón M[2], Sandoval Codoni J[3]

[1] MIR 2º año de MFyC. CS de La Mojonera (Almería)
[2] MIR 3er año de MFyC. CS de Vicar (Almería)
[3] MIR 3er año de MFyC. CS de La Mojonera (Almería)

Ámbito del caso: hospitalario y atención primaria.

Motivo de consulta: adenopatia cervical.

Historia Clínica: antecedentes personales: parto hace 6 meses. No alergias medicamentosas conocidas.

Anamnesis: mujer lactante de 35 años, inmigrante que acude a consulta por dolor y nódulo laterocervical derecho, sobre cicatriz que tiene tras intervención a los 10 años de patología que no sabe precisarnos y por la que estuvo en tratamiento durante 3 meses con unos fármacos que tampoco recuerda. Niega tos, disnea, o sensación distérmica. No pérdida de peso ni astenia. Tras valoración inicial y pruebas complementarias desde atención primaria se deriva al servicio de medicina interna para completar estudio.

Exploración física: adenopatía dolorosa en ángulo mandibular derecho, sobre cicatriz retráctil no fistulizada. En auscultación cardio-respiratoria tonos puros y rítmicos, sin soplos. Buen murmullo vesicular. Abdomen blando y depresible, no masas ni megalias, no hernias ni adenopatías abdominales. No adenopatías axilares, supraclaviculares ni inguinales.

Pruebas complementarias: radiografía de tórax sin hallazgos. Analítica sin alteraciones. Mantoux de 15mm. En TAC de cuello varias adenopatías laterocervicales derechas con calcificaciones y áreas internas necróticas en espacio yugulocarotídeo de 2cm subyacentes a la cicatriz, sugerentes de adenitis tuberculosa, que es confirmada mediante punción aspiración con aguja fina.

Juicio clínico: adenitis tuberculosa.

Estrategia de actuación. Tras confirmación diagnóstica, se contacta con equipo de tuberculosis y se inicia tratamiento con RIMSTAR ® 5-0-0 durante 2meses y ETAMBUTOL 400mg 0-1-0. Cuatro meses después se pasa a RIFINAH a 2-0-0. Al tratarse de TBC extrapulmonar y no ser VIH, niño o clínica de infección reciente como eritema o meningitis no es necesario control de contactos. Se suspende la lactancia.

Evolución: la paciente tiene una buena adherencia al tratamiento con disminución del tamaño de las adenopatías y negativización de la microbiología de la adenopatía cervical para micobacterias.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): la población inmigrante proveniente de lugares endémicos es uno de los colectivos a tener en cuenta ante sospecha de tuberculosis (TBC). El médico de familia debe tener presente la TBC pulmonar y la extrapulmonar. La TBC se puede tratar y curar siempre y cuando exista una correcta adherencia al tratamiento.

Palabras clave: tuberculosis, inmigración, escrófula.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Hiperandrogenismo ovárico en niña de 14 años

Calderón Nieto R, Manzanares Rodríguez LM, Moral Moya MªT

MIR 4º año de MFyC. CS Palma Palmilla. Málaga

Ámbito del caso: atención primaria.

Motivo de consulta: amenorrea de tres meses de evolución.

Historia Clínica: enfermedad actual: niña de 14 años que acude a consulta por amenorrea de casi tres meses de evolución. Desde que tuvo la menarquia en abril de 2011 ha tenido desarreglos habituales, pero en momento actual lleva tres meses sin menstruación. Nota en este tiempo aumento del vello corporal sobre todo en cara, mejillas y mentón. No dolor abdominal, no otra sintomatología asociada.

Se descarta posibilidad de embarazo.

Exploración general: buen estado general, bien hidratada y perfundida. Obesidad generalizada.

Vello abundante en piernas, abdomen, región lumbar y cara. No acné.

ACP: rítmica sin soplos, MVC. Abdomen: blando, depresible sin masas ni megalias. Exploración genitales externo: no hipertrofia clítoris.

Diagnóstico diferencial: déficit de 21 hidroxilasa atípica, síndrome de ovario poliquístico.

Pruebas complementarias: ecografía abdominal: ambos ovarios son de aspecto ecográfico normal, con varios folículos sin evidencia de lesiones nodulares ni solidas ni quísticas. El volumen de ambos ovarios esta algo aumentado para la edad de la paciente.

Los diámetros de ambos ovario son: ovario derecho 2'1x2'9x4'4cm; ovario izquierdo: 2x2'8x5'2cm.

Útero de aspecto ecográfico normal. Hígado, vesícula, vía biliar, páncreas, bazo y riñones sin alteraciones. Leve ectasia pélvica renal izquierda con diámetro AP de la pelvis de 11'5mm. Vejiga bien replecionada sin alteraciones en su pared ni contenido. No hay líquido libre intraabdominal.

Analítica de sangre: hormonas: insulina 25'37, androstendiona 5'73, 17-hidroxiprogesterona 1'65, dehidro epiandrostendiona 5042.

Juicio clínico: hiperandrogenismo ovárico, sindrome metabolico, hirsustismo, diabetes mellitus tipo II.

Tratamiento: metformina 850MG 1 compr cada 24H, flutamida 250 0'25 cada 24H.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): la importancia de hacer un correcto diagnostico diferencial ante un caso de estas características, solicitando las pruebas complementarias que sean necesarias.

Palabras clave: hiperandrogenismo, hirsutismo.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Strongyloides stercoralis, la importancia del diagnóstico

Iglesias Rodríguez IMª[1], Cortes Espejo R[2], López Ruiz MªV[1]

[1] *Médico de Familia. Distrito Metropolitano Granada*

[2] *Médico de Familia. CS de Orgiva (Granada)*

Ámbito del caso: atención primaria.

Motivo de consulta: mujer de 42 años, acude refieriendo prurito localizado en tronco, principalmente en cintura de meses de evolución. Lo describe como serpenginoso, con carácter intermitente del mismo y alternancia de lesiones urticariales.

Historia Clínica: antecedentes personales: originaria de Ecuador, zona rural. Vive en España desde hace 7 años.

Anamnesis dirigida: refiere síntomas gastrointestinales desde hace años, episodios de diarrea que alterna con estreñimiento, sensación de plenitud abdominal postpandrial, sin otros síntomas a destacar. Estudiada por digestivo con el diagnóstico de dispepsia crónica que trató con omeprazol 20mg., ante la no mejoría de los síntomas actualmente no toma ningún fármaco.

Exploración: apreciamos lesiones de rascado a nivel de tronco, sobretodo en zona anterior de cintura. Resto de exploración normal. Solicitamos analítica destacando leucocitosis y eosinofilia moderada con 2900/ml. Se revisan analíticas anteriores y observamos un carácter oscilante de la eosinofilia en los últimos 4 años.

Se solicitan determinación de huevos, parásitos y cultivos de heces en tres muestras en días alternos y ante la negatividad se repiten una segunda vez añadiendo cultivo de Strongyloides. Solicitamos serología para Strongyloides, toxocara, cisticerco, equinococo y fasciola. Con negatividad de todos los estudios.

Ante la persistencia de la eosinofilia y negatividad de las pruebas se plantea la posibilidad de infección por Strongyloides stercolaris. Realizando tratamiento con Ivermectina 200µg/kg/día, 2 días.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): se estima 60-100mil personas infectadas a nivel mundial por Strongyloides stercolaris, cifra infraestimada debido a la dificultad de diagnostico. Es un nematodo con mayor prevalencia en zonas tropicales y subtropicales. La mayoría de los pacientes infectados están asintomaticos o presentan síntomas inespecíficos de carácter intermitente. Suelen afectar al intestino (dolor abdominal, flatulencia, diarrea), pulmones (tos, asma y bronquitis) y piel (larva currens). Si estos pacientes sufren una inmunodepresión a lo largo de su vida pueden desarrollar un síndrome de hiperinfección y diseminación del estrongyloides, con una alta tasa de mortalidad. De aquí la importancia de tratar a pacientes con infección crónica. La serología tiene una mayor sensibilidad, aunque los métodos de diagnostico actuales distan de ser idóneos. Ante lo que se recomienda tratamiento empírico con Ivermectina, si existe la sospecha del mismo (eosinofilia intermitente y/o clínica sugerente). El estrongyloides tiene la característica particular de producir autoinfestación, por lo que la parasitación puede permanecer durante años, apareciendo la sintomatología incluso 10 años después del contacto.

Palabras clave: strongyloides stercoralis, eosinophilic, infection.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Polimialgia reumática. ¿Está en mente?

Salguero de la Haya S[1], Díaz Saborido A[2], Palomo Cobos CA[3]

[1] MIR 2º año de MFyC. CS San Benito. Cádiz

[2] MIR 2º año de MFyC. CS de Valverde del Camino (Huelva)

[3] MIR 3er año de MFyC. CS de Valverde del Camino (Huelva)

Ámbito del caso: atención hospitalaria urgencias generales, atención primaria.

Motivo de consulta: artralgias e impotencia funcional de miembros superiores de 3 días de evolución.

Historia Clínica: mujer de 82 años sin alergias medicamentosas. 0 hijos. Con vida activa. HTA en tratamiento con Ramipril 10mg. DM en tratamiento con Metformina. Artrosis axial y periférica. Condromalacia rotuliana izquierda. Acude al servicio de urgencias hospitalarias tras ser valorada por su MAP por presentar mialgias de brazos y dolor de hombros con incapacidad para peinarse, que comenzo bruscamente hace 3 días pautando su MAP Paracetamol/8h. Sin artralgias en otras localizaciones o impotencia, no ceflea, no claudicación mandibular. Con exploración general aceptable, destacando incapacidad para abducción y rotación interna de hombros, con dolor a la palpación en región proximal de brazos. Constantes normales, sin fiebre.

Pruebas complementarias urgencias: hemograma normal, salvo leve esoinofilia. Bioquímica normal, destaca PCR 2,77 mg/dl (previa de 0,76mg/dl hace un mes), CPK normal. Rx cintura escapular: cambios degenerativos articulación acromio-clavicular derecha.

Enfoque familiar y comunitario: paciente conviviendo con hermana, con seguridad de adherencia terapeutica.

Juicio clínico: sospecha polimialgia reumática.

Tratamiento: se pauto metilprednisolona 60mg con mejoría parcial de cuadro. AL alta con deflazacort 30mg/24h y disminuir progresivamente ¼ cada 10 días hasta cita con reumatología, con control por MAP analítico (ampliación estudio con VSG, PCR, proteinograma, C3-C4) y controles tensionales y glucémicos.

Evolución: paciente se derivó a consultas de reaumatología. Tuvo mejoría completa del cuadro en 4 días. Pero tras acudir a MAP por elevación glucemia basal, retira corticoides y pauta diclofenaco75mg/12h y paracetamol 1gr/8h intercalando con Metamizol. Reapareciendo la clínica. Al mes acude a cita de reumatología, sin mejoría, ni clínica añadida al cuadro. Instaurándose prednisona 30mg/24h con pauta descendente hasta 10mg y profilaxis osteoporosis esteroidea, hasta próxima revisión con analítica de control.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): la PMR es una enfermedad frecuente, diagnosticada en su mayoría a nivel de atención primaria. Basándose el diagnóstico en la clínica, pruebas analíticas (RFA) y respuesta a corticoides. Un mínimo pueden responder a sólo AINEs. De aquí el necesario seguimiento estrecho del paciente por su MAP para valoración cambios sintomáticos, si cambio terapéutico o reducción de dosis.

Palabras clave: polymyalgia rheumatica, inflammatory disease, arthralgia.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

¡Ojo con los edemas!

Saldarreaga Marín JA, Hernández Donoso MªC, Calahorro Puerto MªJ

Médico de Familia. ZBS Medina Sidonia. Distrito Cádiz Bahía-La Janda. Cádiz

Ámbito del caso: atención primaria (AP) y hospitalaria.

Motivo de consulta: edemas palpebrales.

Historia Clínica: enfoque individual: antecedentes personales: varón, 22 años. Fumador. No consumidor de otras drogas.

Anamnesis: acude a consulta por edemas palpebrales matutinos de 2 días de evolución. No edemas a otro nivel. No toma de medicamentos. No fiebre ni otra sintomatología acompañante. Refiere relativo aumento de peso no cuantificado. Exploración física: edemas palpebrales bilaterales. No ingurgitación venosa yugular. Auscultación cardiopulmonar y abdomen normal. No edemas en miembros inferiores. Pruebas complementarias en centro de salud: constantes y electrocardiograma sin hallazgos. Tira reactiva de orina: proteinuria >500mg/dL. En hospital: creatinina 1.9mg/gL, albumina 1.65g/gL, proteínas totales 4.2mg/dL, proteinuria 24g/L. Ecografía abdominal: normal. Biopsia renal con inmunofluorescencia directa: nefropatía mesangial IgA.

Enfoque familiar y comunitario: red social con alto apoyo emocional e interacción social positiva. Siempre acude acompañado de su madre con la que tiene una buena relación afectiva.

Juicio clínico: sospecha de nefropatía. Diagnóstico al alta: glomerulonefritis mesangial por IgA y síndrome nefrótico con deterioro de la función renal.

Identificación de problemas: ante un síntoma como edemas, pensamos en la insuficiencia venosa crónica como su principal causa, sin embargo, no debemos olvidarnos de que el síndrome nefrótico se ve en raras ocasiones y debemos tenerlo presente ante edemas y proteinuria.

Diagnóstico diferencial: causas cardíacas (insuficiencia cardíaca congestiva), renales (síndrome nefrótico, glomerulonefritis, nefropatía diabética), estasis venoso (insuficiencia venosa crónica), linfáticas (linfedema), hepáticas (cirrosis, síndrome de Budd-Chiari), hipoalbuminemia y fármacos (minoxidilo, antiinflamatorios, insulina, corticoesteroides).

Tratamiento, planes de actuación: control de la obesidad, abandono del tabaco y ejercicio regular. Dieta estricta en proteínas (no más de 1g/Kg de peso/día), restricción de sal y de líquidos. Control de la tensión. Prednisona oral.

Evolución: durante el ingreso el paciente presentó deterioro de su función renal que fue mejorando progresivamente por la corticoterapia. Actualmente estable.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): los edemas son un motivo frecuente de consulta en AP y es importante conocer la distribución, forma de inicio y el ritmo horario de los edemas para orientarnos sobre su causa. La historia clínica, la exploración física y el correcto diagnóstico diferencial son fundamentales para el adecuado enfoque y derivación del paciente.

Palabras clave: edemas, síndrome nefrótico, insuficiencia venosa.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Motivo de la consulta: ansiedad

López Torres G[1], Albedín García L[2], Rodríguez Delgado MªE[3]

[1] *Médico de Familia. Dispositivo de Apoyo Distrito Sanitario Granada Metropolitano. CS Gran Capitán. Granada*

[2] *UGC Cuidados críticos y urgencias interniveles. AGS sur de Córdoba. Priego (Córdoba)*

[3] *UGC Cuidados críticos y urgencias. AGS Sur de GRANADA. Hospital Santa Ana. Motril (Granada)*

Ámbito del caso: urgencias extrahospitalarias y hospitalarias.

Motivo de consulta: ansiedad.

Historia Clínica: antecedentes personales: mujer de 22 años sin antecedentes personales de interés. No fumadora, no otros hábitos tóxicos. No tratamiento farmacológico actualmente.

Anamnesis: acude al dispositivo de cuidados críticos y urgencias (DCCU) de un centro de salud urbano por presentar en el contexto de realización de un examen sensación de palpitaciones, cefalea, dolor punzante a nivel de hemitórax izquierdo irradiado a hombro izquierdo con parestesias en la mano ipsilateral, de una hora de evolución (a su llegada a urgencias aún lo presentaba). Presenta sensación nauseosa, no vómitos, no diaforesis. Leve sensación disneica. Nos comenta que le ha ocurrido en otras dos ocasiones y que siempre en el contexto de un examen, de duración más limitada, por lo que cuando acudió previamente a urgencias había sido catalogada y tratada como una crisis de ansiedad (alprazolam).

Exploración: cifras tensionales: 110/70mmHg, frecuencia cardíaca: 80lpm, daturación de oxígeno: 98%. Buen estado general, normohidratada, normocoloreada. Eupneica en reposo sin tiraje, ni ingurgitación yugular. Auscultación cardiorrespiratoria: tonos cardíacos rítmicos a 80lpm, soplo mesodiastólico IV/VI audible en todos los focos, predominando en mitral. Murmullo vesicular conservado, sin ruidos sobreañadidos.

Pruebas complementarias: electrocardiograma: rítmo sinusal a 80 lpm, bloqueo incompleto rada derecha del Haz de Hiss, PR menor 20 segundos, ondas T picudas en V2-V4.

Derivamos al hospital de referencia. En urgencias hospitalarias: hemograma y bioquímica: todos los parámetros analizados dentro de la normalidad. Marcadores cardíacos: troponina 0´06, mioglobina 12´3. Radiografía de tórax: índice cardiotorácico normal, no condensaciones, ángulos costofrénicos libres. Sin signos de neumotórax u otra patología aguda.

Valorada por cardiólogo de guardia que realiza ecocardiograma: ventrículo izquierdo de diámetros, paredes y fracción de eyección normales. Patrón de llenado normal. Aurícula izquierda normal. Ventrículo derecho de diámetros, paredes y fracción de eyección normales. Aurícula derecha normal. Válvula mitral con velos redundantes, aplanamiento sistólico del velo anterior, buena apertura y regurgitación ligera. Válvulas derechas sin alteraciones estructurales ni funcionales significativas. Ausencia de derrame pericárdico. Septo interauricular a nivel de fosa oval hipermóvil sin paso de flujo a su través.

Juicio clínico: prolapso mitral de velo anterior que condiciona regurgitación ligera.

Diagnóstico diferencial: valvulopatía, pericarditis, neumotórax.

Tratamiento/evolución: pendiente de revisión en consulta de cardiología con Holter.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): en urgencias se infravalora este tipo de sintomatología (disnea, palpitaciones), sobre todo si se presenta en una persona joven y sin antecedentes personales, catalogándola en bastantes ocasiones como crisis de ansiedad.

Palabras clave: valvulopatía, soplo, ecocardiograma.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Síndrome de Klippel-Feil como causa de cervicalgia. A propósito de un caso

Membrillo Contioso E[1], Palomo Cobos CA[2], Díaz Saborido A[3]

[1] *MIR 4º año de MFyC. CS Valverde del Camino (Huelva)*
[2] *MIR 3er año de MFyC. CS Valverde del Camino (Huelva)*
[3] *MIR 2º año de MFyC. CS Valverde del Camino (Huelva)*

Ámbito del caso: atención primaria.

Motivo de consulta: varón de 76 años con dolor laterocervical izquierdo desde hace 3 meses.

Historia Clínica: antecedentes personales: no alergias medicamentosas. HTA, diabetes mellitus tipo II, EPOC, artrosis. Tratamiento habitual: ranitidina, enalapril, metformina, symbicort forte, atrovent, paracetamol, glucosamina, lorazepam.

Anamnesis: varón de 76 años que acude a consulta de atención primaria por dolor laterocervical izquierdo desde hace 3 meses. Ha acudido en varias ocasiones a urgencias, en tratamiento con AINEs, analgésicos, miorrelajantes.

Exploración: neurológica: pupila isocóricas reactivas a la luz, movimientos extraoculares conservados, pares craneales normales, fuerza y sensibilidad conservadas. Otoscopia: tapón cerumen oído izquierdo. Cabeza y cuello: no adenopatías ni bocio, orejas e implantación de cabello normal, pulsos carotídeos presentes. Dolor a la palpación en apófisis espinosas y musculatura paravertebral, limitación de la rotación hacia la izquierda. Resto de la exploración normal.

Pruebas complementarias: radigrafía de columna cervical: fusión vertebral de C5, C6 y C7. Compatible con síndrome de Klippel-Feil.

Radiografía de columna dorsolumbar: signos degenerativos, no se aprecian fusiones vertebrales.

Diagnósticos diferenciales: cirugía de fusión espinal, espondilitis anquilosante, artritis reumatoide, fibrodisplasia osificante progresiva y osteomielitis.

Juicio clínico: sindrome Klippel-Feil. Espondiloartrosis.

Tratamiento: analgesicos y fisioterapia.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): el síndrome de Klippel-Feil es una enfermedad rara (frecuencia 1/40.000), congénita del grupo de las malformaciones de la charnela craneocervical, que consiste en la fusión de dos o más vértebras cervicales. En algunos pacientes la afectación se extiende a toda la columna cervical y entre el 25-30% de los pacientes presentan elevación de la escápula y otros defectos a nivel del sistema genitourinario, nervioso y cardiopulmonar y pérdida auditiva. Presenta una gran variabilidad clínica, menos de 50% de los casos tienen todas estas características y algunos apenas tienen síntomas. Los tres signos característicos son cuello corto, línea de implantación posterior del cabello baja y limitación de la movilidad del cuello. Si bien la fusión de las vértebras de la articulación atloidoaxoidea puede ser sintomática, la fusión de las vértebras cervicales inferiores no da lugar a ningún síntoma. Las radiografías simples de la columna cervical son la base del diagnóstico.

Palabras clave: dolor cervical crónico, fusión vértebras cervicales, anomalías congénitas.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Afta oral, fiebre y cefalea como manifestación de Neurobehçet agudo

Salguero de la Haya S[1], Díaz Saborido A[2], Membrillo Contioso E[3]

[1] MIR 2º año de MFyC. CS San Benito. Cádiz
[2] MIR 2º año de MFyC. CS de Valverde del Camino (Huelva)
[3] MIR 4º año de MFyC. CS de Valverde del Camino (Huelva)

Ámbito del caso: atención urgencia hospitalaria.

Motivo de consulta: fiebre y cefalea de una semana de evolución.

Historia Clínica: mujer de 56 años con alergia a Gadolinio. Intolerancia a azatioprina. HTA, DM-II, dislipemia. Síndrome de Behçet desde 1999 con afectación intestinal, sin tratamiento actual. Menopausia precoz. Osteoporosis. Intevenida de vitrectomía. Acude al servicio de urgencias hospitalarias por presentar fiebre y cefalea holocraneal pulsátil, de una semana de evolución, sin foco infeccioso claro. Ha realizado tratamiento con azitromicina y AINEs sin mejoría.

Exploración, afectada por cefalea. Eupneica SatO2 94%. Febrícula. TA 220/105. Afta en paladar duro. Objetiva desviación de comisura bucal a la izquierda que cesó tras control TA. Dismetría MSD, Romberg derecho y marcha en tandem derecha. No signos meníngeos. Rigidez nuca a la flexión máxima. AP: roncus y sibilantes aislados. Resto normal.

Pruebas complementarias urgencias: hemograma: leve leucocitosis con neutrofilia. Coagulación normal. Bioquímica normal, PCR 0,56mg/dl (o-o,o5), VSG 10mm/h. Rx Torax: sin hallazgos. TAC de cráneo normal. Pruebas Infeccioso/reumatología: punción lumbar: LCR claro, pleocitosis linfocitaria con hiperproteinorraquia de 217,6mg/dl. Estudio microbiológico (sangre, orina, LCR, serología), hipercoagulabilidad e inmunológico negativos. Hemograma normal, VSG 35mm/h. PCR 2,09mg/dl. FR 10 UI/ml. RMN Cráneo sin contraste paramagnético: lesiones hiperintensas, en T2/flair, en tronco de encéfalo, cuerpo calloso y lóbulo temporal izquierdo sugestivas de venulitis por Behçet. Angio-RMN: no trombosis de senos.

Juicio clínico: urgencias: posible emergencia hipertensiva. Bronquitis aguda. Sde febril. Al alta hospitalaria: meningitis linfociataria aséptica. Neuro behçet agudo.

Tratamiento: antibioterapia empírica con ceftriaxona y ampicilina 5 días. 3 bolos metilprednisolona 1g/dia; luego 60mg/día.

Evolución: tras ingreso se realizó punción lumbar para descartar meningitis y RMN para descartar trombosis de senos durales. Tras hallazgos, se inicia tratamiento. Presentó mejoría rápida desapareciendo fiebre y cefalea. En la actualidad de alta, con prednisona 60mg/día e insulinización, con mínima descoordinación fina de mano derecha. En seguimiento por reumatología.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): la afectación neurológica del Behçet, además de rara, es extremadamente grave. De ello la importancia, de los conocimientos diagnósticos clínicos del síndrome de Behçet y sus posibles complicaciones neurológicas, para el médico de familia; que puede radicar en una valoración urgente hospitalaria.

Palabras clave: Behcet syndrome, meningitis aseptic, vasculitis central nervous system.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Doctora, estas pastillas me hacen daño al estómago

Rivera Rodríguez N[1], Guerrero Barranco B[2], Ámez Rafael D[3]

[1] MIR 2º año de MFyC. CS de La Mojonera (Almería)
[2] MIR 2º año de MFyC. CS Roquetas Sur (Almeria)
[3] MIR 2º año de MFyC. CS La Gangosa (Almería)

Ámbito del caso: mujer de 36 años que consulta al servicio de urgencias hospitalarias.

Motivo de consulta: dolor en epigastrio e hipocondrio derecho de 3 días de evolución.

Historia Clínica: paciente sin alergias medicamentosas conocidas, sin antecedentes personales de interés, ni tratamiento habitual. Niega hábitos tabáquico, enólico o consumo de drogas.

La paciente refiere dolor en epigastrio e hipocondrio derecho desde hace 3 días, acompañado de orinas colúricas, pero sin otra alteración sistémica. Afebril. Como antecedente en días previos, refiere inicio de tratamiento con levofloxacino 500mg y paracetamol por cuadro respiratorio infeccioso.

A la exploración buen estado general, eupneica en reposo, leve ictericia subconjuntival. Auscultación cardio-respiratoria anodina. Abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación en hipocondrio derecho y epigastrio. Murphy positivo, con leve hepatomegalia. No signos de irritación peritoneal.

Inicialmente se solicita: analítica: hemograma normal. Coagulación normal. Bioquímica normal salvo bilirrubina total 2,4 mg/dl, a expensas de bilirrubina directa; AST/GOT 1570 UI/L; ALT/GPT 1571 UI/L. Orina: normal.

Radiografía tórax: silueta cardiaca normal, parénquima pulmonar sin alteraciones significativas. Radiografía abdomen: no se visualizan imágenes patológicas. Se solicitó analítica de control a las 12 horas, y ecografía abdominal.

Hemograma normal. Coagulación: TP 59,8%; INR 1,3; APTT 31,6 sg; fibrinógeno 314 mg/dL. Bioquímica con aumento de Bilirrubina total (2,83), AST/GOT 2074 UI/L, ALT/GPT 1818 UI/L.

Ecografía abdominal: edema vesicular difuso. Hallazgos inespecíficos que podrían estar en relación con cuadro de hepatitis aguda.

Dados los parámetros analíticos y sintomatología, se decide ingreso hospitalario. Se solicitó analítica de control con serología de virus hepatotropos.

Tras el ingreso, la paciente evoluciona favorablemente, cediendo el dolor abdominal, tolerando diera oral y mejorando progresivamente los parámetros analíticos. El resultado de la serología fue IgM VHA positiva, por lo que se diagnosticó de Hepatitis A. Se rehistorió a la paciente y refiere que en meses previos hubo un brote de hepatitis A en la guardería de su hijo. Al alta, asintomática.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): durante los primeros días se sospechó de hepatotoxicidad farmacológica (que ha actuado como factor de confusión), pero tras objetivarse la serología viral se diagnostica de hepatitis aguda por VHA.

Palabras clave: hepatitis, dolor abdominal, virus hepatitis A.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

¿De quién es este dolor abdominal?

Palomo Cobos CA[1], Membrillo Contioso E[2], Salguero de la Haya S[3]

[1] MIR 3er año de MFyC. CS Valverde del Camino (Huelva)

[2] MIR 4º año de MFyC. CS Valverde del Camino (Huelva)

[3] MIR 2º año de MFyC. CS San Benito. Jerez de la Frontera (Cádiz)

Ámbito del caso: atención hospitalaria urgencias.

Motivo de consulta: mujer de 32 años que acude por dolor abdominal desde hace 24 horas.

Historia Clínica: antecedentes personales: no alergias medicamentosas conocidas. Ansiedad. No factores de riesgo cardiovasculares. Tratamiento habitual: anticonceptivos orales, oxcarbamazepina. Sin cirugías previas.

Anamnesis: dolor abdominal que comienza en fosa ilíaca izquierda hasta generalizarse acompañado de náuseas y vómitos de 24 horas de evolución. A su llegada presenta fiebre 38.6.

Exploración: regular estado general con posición antiálgica. Abdomen: presenta defensa generalizada, doloroso a la palpación en todas las regiones. No se palpan masas ni megalias porque no es posible la palpación profunda. Signos de irritación peritoneal con Murphy, Blumberg y McBurney dudosos. Puñopercusión bilateral positiva. Ruidos hidroaéreos presentes.

Pruebas complementarias: hemograma: leucocitos 21330, neutrófilos 93%, linfocitos 5.5%. Hemoglobina 12.3, resto valores normales. Bioquímica: sodio 134, PCR 140.3, resto normal. Coagulación normal. Sedimento de orina: leucocitos 28.3, células epiteliales 7.9, bacterias 657.6.

TAC sin contraste y ecografía abdominal: distensión generalizada de asas intestinales con contenido líquido más evidente en ciego. "Pequeñas burbujas aéreas en vagina-cérvix". No se demuestra imagen sugestiva de apendicitis ni líquido libre ni de colecciones líquidas.

Tacto vaginal: movilización cervical algo dolorosa, flujo vaginal normal.

Ecografía vaginal: gran distensión de asas intestinales con contenido líquido, moderados movimientos peristálticos. Útero regular, mucosa endometrial acorde al ciclo menstrual, ovarios normales, trompas con diámetro entre 2-6 mm. No líquido libre en Douglas.

Laparoscopia exploradora: pus libre en fondo de saco de Douglas y ambos parietocólicos. Útero muy inflamado.

Juicio clínico: abdomen agudo, aparentemente EPI (enfermedad pélvica inflamatoria).

Tratamiento: Analgesia, antibióticos y laparoscopia + lavado de cavidad + apendicectomía + drenaje.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): la EPI es una inflamación causada por una infección del tracto genital superior, incluyendo combinaciones de endometritis, salpingitis, ooforitis, parametritis, abscesos tubo-ováricos y pelviperitonitis. Es ascendente en el 90% de los casos. La localización más frecuente es la trompa. La causa más frecuente es Chlamydia, después Gonococo. Factores de riesgo son enfermedades de transmisión sexual, promiscuidad, edad <25 años, dispositivos intrauterinos. Estadificación: I salpingitis, II pelviperitonitis, III absceso, IV rotura de absceso. Es una de la causas de esterilidad.

Palabras clave: dolor abdominal, enfermedad pélvica inflamatoria, diagnóstico.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Sindrome medular atraumático en urgencias

Calderón Nieto R, Moral Moya MªT, Manzanares Rodríguez LM

MIR 4º año de MFyC. CS Palma Palmilla. Málaga

Ámbito del caso: atención primaria.

Motivo de consulta: lumbociatalgia con parestesias.

Historia Clínica: antecedentes personales: NAMC. Bailaora profesional. Tratamiento actual: dexketoprofeno 25mg/ 8H, Diazepan 5mg/8H.

Enfermedad actual: mujer de 43 años que acude a urgencias por tercera vez en los últimos días, por persistencia de dolor lumbar bilateral, irradiado desde trocánter mayor femoral hasta rodilla del MID, con parestesias en muslo y parte derecha de genitales externos. Hoy acude con pérdida de fuerza del MID, de instauración brusca, haciéndose progresivamente mayor desde esta mañana, sin pérdida de control de esfínteres inicial. No fiebre. En las dos semanas previas ha hecho importantes sobreesfuerzos, debido a su profesión.

En la última consulta, 24 horas previas al ingreso, se diagnostica de lumbalgia persistente con síntomas de radiculopatía, instaurando analgesia.

Exploración física: a su llegada (13:19 Hs): BEG, BHP, eupneica en reposo. ACP: R y R sin soplos, MVC. Abdomen: anodino. EEII: no signos TVP, pulsos presentes. Locomotor: sin deformidades ni tumefacciones, sin alteraciones evidentes osteoarticulares. A nivel de MMII presenta disminución leve de la fuerza global 4/5 con buen tono muscular. Reflejos rotuliano y aquileo conservados. Lassegue negativo. Inestabilidad en la marcha con dificultad para la deambulación. Dolor a la palpación en apófisis espinosas de la región lumbar y de la musculatura paravertebral. Dolor a la flexión forzada de la rodilla derecha y a la abducción de cadera derecha.

Pruebas complementarias: AS: sin hallazgos significativos. RX pelvis: se aprecia aumento del espacio en región articular de cóndilo derecho.

Evolución (17:26 Hs): sufre un empeoramiento progresivo que incluyó relajación de esfínteres (incontinencia urinaria). Paraparesia de 3/5. ROT ++/++. Reflejo cutáneo plantar con tendencia extensora derecha.

Sensibilidad: hipoestesia en MID hasta ingle; vibratoria normal. Maniobras Talón-Rotuliano: dificultado por la paresia en MID. Marcha: no mantiene bipedestación.

Neurología ingresó la paciente a su cargo para completar estudio y tratamiento solicitando RMN de urgencia.

Diagnóstico diferencial: mielopatía aguda a filiar.

Tratamiento: tratamiento sintomático con AINES y relajantes musculares vía IM.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): destacar que en las patologías de columna, aunque tengan claro componente mecánico, hay que realizar en caso de consulta repetida una exploración neurológica para objetivar un nivel sensitivo motor.

Ante sospecha clínica confirmada con la exploración, contactar con neurólogo de guardia, para solicitar una RMN urgencia.

Palabras clave: sindrome medular atraumático.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Parestesias en mano y pie derecho

Ortega Jiménez AM[a1], Gomez García S[2], Alfonso Sánchez F[3]

[1] Médico rehabilitador. Hospital Torrecárdenas. Técnico de Radiodiagnóstico. Hospital La Inmaculada. Almería

[2] Médico rehabilitación/médico de familia. Hospital Torrecárdenas. Almería

[3] Técnico de radiodiagnóstico. Hospital La Inmaculada. Almería

Ámbito del caso: atención primaria y hospitalaria (radiología y rehabilitación).

Motivo de consulta: varón de 40 años, consulta por cervicalgia crónica y parestesias en mano y pie derechos de 2 años de evolución, con periodos de remisión y posterior aparición de espasticidad de miembro superior derecho y torticolis casi permanentes. No refiere otra sintomatología asociada.

Historia Clínica: antecedentes personales: sin alergias medicamentosas conocidas, herniorrafia inguinal derecha. Exploración física: pares craneales conservados, carótidas normales, columna cervical con movilidad conservada y dolor con lateralización hacia la izquierda y a la palpación de apófisis espinosas cervicales, sin contracturas musculares. Auscultación normal, extremidades superiores con disminución de sensibilidad táctil y dolorosa en 3º y 5º dedo mano derecha, reflejos osteotendinosos conservados en ambos miembros, extremidades inferiores presenta trastornos sensoriales en ingle y en la parte anterior del muslo con debilidad del músculo psoas y disminucion del reflejo patelar derechos. Radiografía cervical: fusión de cuerpos vertebrales C4-C5 y presencia de C8. Resonancia (RMN) columna cervical: fusiones de cuerpos vertebrales C2-C3, C4-C5 con protusiones en espacio epidural. Electromiograma: atrapamiento nervio mediano a nivel del carpo y alteraciones del nervio cubital derecho.

Juicio clínico: síndrome de Klippel-Feil tipo III.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): este síndrome es una enfermedad congénita consiste en malformaciones de la charnela craneocervical, como fusión de dos o más vertebras de la columna cervical, puede extenderse a columna dorsal y lumbar y afectación conjunta del sistema cardiopulmonar, auditivo, genitourinario y nervioso, presenta gran variabilidad clínica, aunque menos del 50% de los casos tiene todas estas características. Los tres signos característicos son: implantación posterior del cabello baja, cuello corto y limitación movilidad del cuello. El diagnóstico se realiza con radiografias en proyecciones posteroanterior y lateral de columna cervical, con estudio posterior de toda la columna vertebral, RMN y Tomografía se indicarían ante la sospecha de mielopatía compresiva. Para estudio de anomalías asociadas: audiometrias, ecografía renal/cardiaca. Tratamiento: conservador en la mayoría, y otros cirugía de la columna.

Palabras clave: Klippel-Feil síndrome, cervical protrusions, chronic cervical pain.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Eritema multiforme

Rivera Rodríguez N[1], Solís Sola MªB[2], Saldoval Codoni J[3]

[1] *MIR 2º año de MFyC. CS de La Mojonera (Almería)*
[2] *Médico de Familia. CS de La Mojonera (Almería)*
[3] *MIR 3er año de MFyC. CS de La Mojonera (Almería)*

Ámbito del caso: varón de 16 años que acude al servicio de urgencias hospitalarias.

Motivo de consulta: aparición de lesiones eritematosas que no mejoran a pesar de tratamiento pautado.

Historia Clínica: paciente sin alergias medicamentosas conocidas, sin antecedentes personales de interés, ni tratamiento habitual. Niega hábitos tabáquico, enólico o consumo de drogas. Refiere viaje a Italia hace un mes donde sufrió un cuadro de amigdalitis pultácea, que trató con Amoxicilina/clavulánico durante 7 días. Convive con un gato.

Consulta por aparición progresiva de 4 dias de evolucion, de lesiones eritematosas no pruriginosas que comienzan en flexuras de brazos y cara, y que posteriormente se extiende a tórax, espalda, miembros inferiores y palmas y plantas. Tras ello, fase descamativa y desaparición completa quedando una piel sana.

Además, cuadro febril de hasta 38ºC, con tiritona y escalofríos, sin predominio horario, motivo por el que su médico inicia tratamiento con doxiciclina. No otra sintomatología asociada.

A la exploración buen estado general. Estable hemodinamicamente. Afebril. Auscultación cardio-respiratoria anodina. Abdomen anodino. No adenopatías. Lesiones eritematosas en cara, palmas y plantas, no confluentes, que desaparecen a la vitropresión, algunas con aspecto descamativo y otras con pequeña vesicula y costras melicéricas.

Se solicitó analítica con hemograma normal, coagulación normal, y bioquímica con función renal, transaminasas e iones normales, salvo PCR 4,8. Orina normal. Y radiografía tórax sin alteraciones significativas.

Se solicitó analítica de rutina con serología de: varicela (IgG positivo), VEB (IgG positivo), Rubeola (IgG positivo); cocksakie, parvovirus, CMV, Rickettsia, lues y Bartonella todo negativo. Y se tomó muestra de piel, con resultado anatomopatológico de eritema multiforme/necrólisis epidérmica tóxica.

Como tratamiento se recomienda evitar las penicilinas y derivados (incluida la amoxicilina), y la higiene corporal con gel de clorhexidina. Tras ello se produjo una gran mejoría de las lesiones y posterior desaparición de las mismas, quedando el paciente asintomático.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): el eritema multiforme es un tipo de reacción de hipersensibilidad poco frecuente que se presenta en respuesta a medicamentos, infecciones o enfermedad. Se desconoce la causa exacta que lo desencadena. Este trastorno ocurre principalmente en niños y adultos jóvenes. El tratamiento consiste en suspender el medicamento causante y en un tratamiento sintomático.

Palabras clave: lesiones eritematosas, eritema multiforme, penicilina.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Mujer joven con miembro inferior edematoso

Roman Hernández J[1], González Álvarez MªT[2], Saldarreaga Marín JA[2]

[1] *Médico de Familia. CS de Paterna (Cádiz)*

[2] *Médico de Familia. UCCU. Cádiz*

Ámbito del caso: urgencias.

Motivo de consulta: edema doloroso miembro inferior.

Historia Clínica: enfoque individual: antecedentes personales: en tratamiento con anticonceptivos orales desde hace 5 años, madre con antecedentes de Trombosis venosa profunda.

Anamnesis: mujer de 28 años que consulta por edema y cianosis en miembro inferior izquierdo de horas de evolución desde el pie hasta mitad proximal de muslo. Desde hacía tres días presentaba dolor en cara posterior de gemelo, hueco poplíteo y muslo, que había relacionado con ejercicio físico al que estaba habituada y trató con antiinflamatorios no esteroideos con discreta mejoría.

Exploración: coloración violácea del miembro extendida de pie hasta ingle, con marcado aumento del perímetro, tensión, doloroso y con pulsos pedio y popliteos negativos.

Pruebas complementarias: a nivel de urgencias extrahospitalarias se realizó toma de constantes y electrocardiograma que resultaron sin alteraciones. En urgencias hospitalarias se realizó analítica completa, cuya única alteración fue la elevación del dimero D (2.87 microgr/ml). En la ecodoppler se objetivo trombosis completa extensa del sistema venoso de miembro inferior izquierdo desde vena iliaca a región infrapoplitea.

Juicio clínico: trombosis venosa profunda.

Diagnostico diferencial: ante la clínica y exploración florida y los antecedentes de la paciente la sospecha diagnostica era evidente.

Tratamiento: ingresada en planta, se procede a anticoagulación oral.

Evolución: buena respuesta al tratamiento anticoagulante.

Enfoque familiar y comunitario: la paciente no había sido informada de los riesgos del tratamiento anticonceptivo y ni siquiera conocía el antecedente materno.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): ante las múltiples opciones y tratamientos anticonceptivos existentes en la actualidad concluimos la importancia del buen asesoramiento de la paciente respecto a modo de empleo y efectos secundarios, asi como la adecuación del tratamiento en función de las características de la mujer.

Palabras clave: edema, cianosis, trombosis.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Fibrilación auricular y pérdida de conocimiento como debut de hipertiroidismo

Díaz Saborido A[1], Salguero de la Haya S[2], Palomo Cobos CA[3]

[1] MIR 2º año de MFyC. CS Valverde del Camino. Hospital Riotinto (Huelva)

[2] MIR de MFyC. CS San Benito. Jerez de la Frontera (Cádiz)

[3] MIR 3er año de MFyC. CS Valverde del Camino. Hospital Riotinto (Huelva)

Ámbito del caso: atención primaria. Urgencias hospitalarias. Medicina iInterna.

Motivo de consulta: desconexión del medio con respiración agitada y movimientos incoordinados de 6 minutos de duración.

Historia Clínica: anamnesis y antecedentes personales: mujer 53 años sin antecedentes de interés ni hábitos tóxicos. Consulta a su médico de atención primaria por episodio de desconexión del medio con respiración agitada y movimientos incoordinados, sin contracciones tónico clónicas, ni mordedura de lengua, sin pérdida de control de los esfínteres de 6 minutos de duración, con recuperación progresiva y amnesia de los hechos.

Exploración: delgada. Consciente, orientada y colaboradora. A la auscultación retumbo diastólico y taquicardia arrítmica a 150 lpm. Resto normal.

Pruebas complementarias: electrocardiograma con fibrilación auricular a 150 lpm de nueva aparición. Hormonas tiroideas TSH <0,005, T4 4,44. Resto analítica normal. Ecografía tiroidea: dos nódulos sólidos hipoecogénicos en lóbulo tiroideo derecho.

Enfoque familiar y comunitario: su esposo la acompaña en el proceso de la enfermedad y ayuda en el diagnóstico colaborando en la historia clínica.

Juicio clínico: fibrilación auticular paroxística y epilepsia tipo gran mal como debut de hipertiroidismo primario. Diagnóstico diferencial: lesiones ocupantes de espacio. Malformaciones. Infeciones del sistema nervioso.

Tratamientos, planes de actuación, evolución: se deriva desde urgencias del centro de salud a urgencias hospitalarias donde ingresa en servicio de medicina interna para tratamiento. Control posterior perfiles tiroideos y sintomatología por su médico de atención primaria.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): se trata de un caso relevante para el médico de atención primaria dada la frecuencia con la que se presenta el hipertiroidismo primario y en el que hay que pensar ante toda fibrilación auricular que llega a la consulta y descartar entre otras causas ante cuadro de desconexión del medio.

Palabras clave: atrial fibrilation, hyperthyroidism, epilepsy.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Disnea en paciente africano, un hallazgo inesperado

Pérez Gómez S[1], González Flores JM[a2], Vázquez Alarcón RL[1]

[1] *Médico de Familia. CS de Vera (Almería)*

[2] *Enfermero. CS de Vera (Almería)*

Ámbito del caso: atención primaria.

Motivo de consulta: disnea progresiva, tos y edemas.

Historia Clínica: enfermedad actual: varón de 33 años de raza negra, sin antecedentes médicos de interés salvo fumador de un paquete diario. No tratamiento habitual. Acude a consulta hasta en cinco ocasiones tanto en atención primaria como en urgencias refiriendo astenia, tos sin expectoración y disnea progresiva de unos 20 días de evolución, con carácter paroxístico ocasional y edema distal de extremidades. Es tratado de sucesivas ocasiones con aerosolterapia, antibioterapia empírica y esteroides sin mejoría.

Exploración física: TA: 100/60, Tª: 36.3ºC, FC: 110lpm, FR: 28rpm, sO2: 88%. Consciente, orientado, confuso, bien hidratado y perfundido, ingurgitación yugular.

ACR: tonos rítmicos, no soplos, MVC con crepitantes bibasales.

Abdomen: blando y depresible, no doloroso, hepatomegalia de 2 traveses de dedo, no signos de irritación peritoneal.

EEII: edemas con fóvea +/+++, no signos de TVP. Resto sin hallazgos agudos

Pruebas complementarias: bioquímica: creatinina: 1.02, dímero D: 987, resto normal incluidos marcadores cardiacos y perfil hepático. Gasometría arterial: pO2: 52, pCO2: 25, HCO3: 18, pH: 7.43.

ECG: ritmo sinusal a 70lpm, eje izquierdo, criterios de hipertrofia de ventrículo izquierdo sin signos de isquemia.

Radiografía de tórax: cardiomegalia, redistribución vascular e hilios congestivos de aspecto vascular.

TC torácico descarta TEP pero pone de manifiesto derrame pericárdico y derrame pleural derecho.

Ecocardiograma: FE de VI: 30%, severa disfunción diastólica.

Diagnóstico diferencial: neumonia, TEP, EPOC reagudizado, hipoproteinemia, insuficiencia hepática, cardiopatía isquémica, insuficiencia mitro-aortica, insuficienica renal, arrítmicas (supraventriculares, ventriculares), pericarditis, taponamiento.

Tratamiento: IECA, diuréticos de asa, eplerenona, beta bloqueante a dosis baja.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): la miocardiopatía dilatada se caracteriza por una dilatación y disfunción de ventrículo izquierdo y/o fallo del ventrículo derecho. Es frecuente en pacientes de raza negra existiendo asociación familiar. Su presentación clínica es variable con formas asintomáticas, insuficiencia cardiaca y casos de muerte súbita.

En el presente caso se retrasó el diagnóstico del paciente al asumir un origen respiratorio de la disnea.

Cabe resaltar la importancia de una historia y exploración física completa, así como uso de estudios complementarios sencillos y accesibles para el médico de familia como el ECG o la radiografía simple que pueden poner de manifiesto la hipertrofia o evidenciar la cardiomegalia incluso en asintomáticos.

Palabras clave: disnea, miocardiopatía dilatada, electrocardiograma.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Disminución del nivel de conciencia en mujer joven

Irigoyen Martínez C[1], Herrara Moreno CL[2]

[1] MIR 2º año de MFyC. CS Alameda-Perchel. Málaga
[2] MIR 4º año de MFyC. CS El Palo. Málaga

Ámbito del caso: atención hospitalaria. Atención primaria.

Motivo de consulta: disminución del nivel de consciencia.

Historia Clínica: mujer de 54 años que es encontrada por un familiar con disminución de nivel de consciencia a las 13:30, siendo la última vez vista consciente sobre las 2: 00 am. Es trasladada por el 061 al hospital, presentando a la exploración, estabilidad hemodinámica, nivel 3 en la escala Glasgow, bradicardia sinusal y glucemias normales, que responde a flumacenilo y anexate parcialmente consiguiendo nivel 9. A la llegada a urgencias, se intuba por presentar respiración apneusica y se ingresa en la UCI con sospecha de intoxicación por baclofeno.

Antecedentes personales: degeneración olivopontocereblosa y paraparesia espástica con marcha inestable en tratamiento con baclofeno y analgésicos en seguimiento por neurología, mielopatía cervical por compresión medular, discopatía a nivel de C6-C7 con atrodesis cervical y otro evento de intoxicación por ingesta de benzodiacepinas. Antecedentes familiares, padres y suegra fallecidos en los últimos tres meses.

Durante los tres días que pasa en UCI se descartó patología neurológica con tomografía axial computarizada y punción lumbar y se procede a la extubación. Se traslada al servicio de medicina interna donde la paciente afirma haber consumido mayor dosis de baclofeno y encontrarse triste presentando labilidad emocional y negativismo. Tras valoración neurológica y psiquiátrica, se descarta avance de su enfermedad e intento de autolisis, llegando a la conclusión de que se encuentra en un proceso de duelo por la muerte de sus familiares, fue un intento de paliar el dolor y poder dormir y que gracias a su capacidad de adaptación y reflexión junto al apoyo sociofamiliar de su entorno, se recomienda observación domiciliaria y seguimiento por su psicólogo en su clínica de salud mental de la comunidad.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): se ofrece una visión extrema de un duelo que deriva en una situación de extrema urgencia. Muestra la importancia del médico de familia a la hora de detectar y ayudar a pacientes vulnerables en situaciones vitales estresantes.

Palabras clave: intoxicación, baclofeno, autolisis.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Masa parotídea. A propósito de un caso

López Torres G[1], Rodríguez Delgado MªE[2], Cedeño Benavides T[3]

[1] *Médico de Familia. Dispositivo de Apoyo Distrito Sanitario Granada-Metropolitano. CS Gran Capitán. Granada*

[2] *Enfermera. UGC Cuidados Críticos y Urgencias. Hospital Santa Ana. Motril (Granada)*

[3] *Médico de Familia. Dispositivo de Apoyo Distrito Sanitario Granada-Metropolitano. Valle de Lecrín (Granada)*

Ámbito del caso: atención primaria.

Motivo de consulta: otalgia, aumento de tamaño región parotídea.

Historia Clínica: antecedentes personales: paciente varón de 70 años hipertenso en tratamiento actualmente con hidroclorotiazida y telmisartan.

Anamnesis: acude a consulta a demanda en el centro de salud por presentar otalgia izquierda de unas dos semanas de evolución, asociada a aumento de tamaño región parotídea ipsilateral. No fiebre, no clínica infectiva. No refiere pérdida de audición. No otra sintomatología acompañante.

Exploración: otoscopia bilateral: normal, exploración audición: normal, palpación tumoración a nivel de región parotídea izquierda, dolorosa a la exploración.

Pruebas complementarias: hemograma, bioquímica: parámetros dentro de la normalidad. Serologías: negativas.

Ecografía cervical: tumoración hipoecoica bien definida en localización parotídea izquierda de 29 x 19 mm, heterogénea, principalmente sólida con áreas quísticas con hilio central vascular grosero, todo ello sugerente de adenomegalia intraglandular sin poder descartar otras posibilidades (recomiendan PAAF).

Ante estos hallazgos derivamos de forma urgente para valoración por otorrinolaringología: TAC cervical sin y con contraste intravenoso: en lóbulo superficial de glándula parotídea izquierda, observamos una lesión focal de 25 mm x 15 mm x 15 mm de diámetro aproximadamente. Tras la administración de contraste intravenoso dicha lesión presenta realce de los septos internos, así como del componente sólido de la misma, tratándose pues de una lesión de naturaleza mixta. No apreciamos adenopatías laterocervicales de tamaño significativo.

Conclusión: lesión en lóbulo superficial de glándula parotídea izquierda, que no se comporta radiológicamente como un quiste simple sino como una lesión mixta. Lesión quística compatible con quiste del conducto tirogloso.

Anatomía patológica: tumor de Warthin. Parénquima glandular adyacente sin alteraciones morfológicas significativas. Márgenes quirúrgicos libres.

Biopsia Vallecula: cavidad quística revestida de epitelio respiratorio sin atipia.

Juicio clínico: tumor de Warthin en parotida izquierda. Quiste de retención en vallécula derecha.

Tratamiento: se interviene de forma programada de parotidectomía superficial izquierda. Microcirugía laríngea. Marsupialización de quiste de retención en vallécula. Revisiones cada seis meses en consulta otorrinolaringología.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): ante la presencia de masa parotídea debemos descartar tanto patología aguda de origen infeccioso, como patología tumoral, aunque la sintomatología que describe el paciente de nuestro caso sea más compatible con sintomatología aguda.

Palabras clave: atención primaria, parotida, tumor.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

La enfermedad silente

García Gollonet B[1], Bernal Hinojosa MªA[2], Fernández Fernández MªC[3]

[1] MIR 2º año de MFyC. CS San Andrés-Torcal. Málaga
[2] MIR 2º año de MFyC. CS Carranque. Málaga
[3] MIR 2º año de MFyC. CS Tiro Pichón. Málaga

Ámbito del caso: este caso se desarrolla en el servicio de urgencias hospitalarias y el servicio de hospitalización de neumología.

Motivo de consulta: disnea de mínimos esfuerzos de un día de evolución.

Historia Clínica: antecedentes personales: varón de 53 años con esquizofrenia y psoriasis, en tratamiento con olanzapina y clopixol. Historia actual: acude a urgencias por presentar el día anterior molestias inespecíficas descritas como sensación de "calor-hormigueo" desde epigastrio a cabeza de minutos de duración junto con dolor centrotorácico opresivo no irradiado, y sensación disneica. Niega modificación del dolor con movimientos respiratorios. Presenta tos y persistencia de disnea a pequeños esfuerzos.

Exploración: buen estado general, saturación basal de oxígeno 93%, auscultación cardiopulmonar normal, extremidades inferiores sin signos de edemas ni trombosis venosa profunda. Pruebas complementarias: analítica de sangre normal, incluyendo enzimas miocárdicas negativas, dímero D 12.5 y proteína C reactiva 106.

Electrocardiograma: taquicardia sinusal a 110 lpm, PR 120 ms, eje normal, sin alteraciones de la repolarización. Radiografía tórax: tractos fibrosos en campo pulmonar inferior derecho. AngioTC de tórax: defectos de replección con tromboembolismo pulmonar (TEP) masivo, en arteria pulmonar derecha, arteria lobar superior izquierda y arteria lobar inferior izquierda. Signos radiológicos de hipertensión pulmonar. Pequeño infiltrado periférico en vidrio deslustrado en segmento anterior y posterior de lóbulo superior derecho. Eco-Doppler venoso de miembros inferiores normal.

Evolución: fue ingresado por el servicio de neumología presentando buena evolución clínica y dado de alta asintomático. Juicio clínico: TEP masivo.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): actualmente existe un elevado porcentaje de infradiagnóstico del TEP. Su sintomatología es inespecífica y muy variable, incluso puede estar ausente. Este caso trata de un paciente sin factores de riesgo y que, según las escalas de clasificación clínica tiene baja probabilidad de TEP. La intensidad de los síntomas está relacionada con la extensión del TEP y la reserva cardiorrespiratoria, siendo el síncope y el shock manifestaciones asociadas al TEP masivo. Sin embargo, nuestro paciente sólo presentó disnea, dolor torácico no pleurítico y tos seca.

Palabras clave: pulmonary thromboembolism, dyspnea, thoracic pain.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Que viene el lobo

Cueto Avellaneda MªL[1], Moreno Arco A[2], Moreno Suarez S[3]

[1] *MIR 3er año de MFyC. CS Almanjáyar. Granada*
[2] *MIR 3er año de MFyC. CS Cartuja. Granada*
[3] *Médico de Familia. Hospital Virgen de las Nieves. Granada*

Ámbito del caso: hospitalarias.

Motivo de consulta: ahogo.

Historia Clínica: paciente de 56 años, sin antecedentes medicoquirurgicos conocidos, fumador importante, pertenece a baja clase social. Vive solo, desconocemos si conserva relación con sus familiares de primer grado y no cuenta con una red de apoyo sólida. Su aspecto, desaliñado y antihigiénico. Suele acudir repetidamente al servicio de urgencias y siempre sin acompañantes, resultando imposible realizar una correcta anamnesis. El principal motivo de consulta es "ahogo", habitualmente el paciente tras tratamiento sintomático solicita el alta voluntaria, o bien opta por abandonar sin más el servicio de urgencias. Siempre presenta una actitud desafiante y agresiva, negándose rotundamente a que se le realicen pruebas. Todo esto ha generado un sentimiento de apatía hacia el paciente entre el personal sanitario del servicio de urgencias, adoptándose una actitud pasiva frente al mismo, restando credibilidad a su demanda y en muchas ocasiones faltando incluso al juramento hipocrático, es decir a nuestra responsabilidad como médicos. La última vez que el paciente acudió a urgencias tenia muy mal estado general e importante dificultad respiratoria, se diagnosticó masa en pulmón quedando ingresado para completar estudio e iniciar tratamiento por parte de oncología si fuese susceptible. En todas sus visitas anteriores, unas 15 desde comienzo de año, ¿ninguno insistimos en que era necesario que se realizase las pruebas complementarias? ¿No supimos negociar con un paciente conflictivo? ¿Decidimos ignorar su demanda porque era muy repetitiva, bajo malas formas y sin fundamento?

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): ¿es la hiperfrecuentación sinónimo de trastorno facticio, hipocondría o enfermedad mental? Es fundamental reflexionar sobre la importancia de no hacer un juicio rápido del paciente y sentenciarlo por sus antecedentes médicos, por su aspecto y clase social, por su continua demanda asistencial... Ante esto debemos evitar caer en el "otra vez", favorecido por la sobrecarga asistencial y malas condiciones laborales, y afrontar cada consulta como un nuevo episodio. Además recalcar la necesidad de trabajo conjunto con atención primaria, no debemos olvidar que en numerosas ocasiones la hiperfrecuentación se debe a falta de red de apoyo familiar y al contexto social, que sólo puede tratarse mediante un completo abordaje biopsicosocial.

Palabras clave: hiperfrecuentacion.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Encuentro a mi hermano raro

García Gollonet B[1], Fernández Fernández MªC[2], Bernal Hinojosa MªA[3]

[1] MIR 2º año de MFyC. CS San Andrés-Torcal. Málaga
[2] MIR 2º año de MFyC. CS Tiro Pichón. Málaga
[3] MIR 2º año de MFyC. CS Carranque. Málaga

Ámbito del caso: este caso que presentamos se desarrolla en el área de urgencias hospitalarias.

Motivo de consulta: cefalea y desorientación de días de evolución.

Historia Clínica: antecedentes personales: varón de 64 años sordomudo e hipertenso.

Historia actual: acude a urgencias traído por su hermana. El paciente refiere cefalea, su hermana dice que lo nota raro desde hace días, no sabe nombrar las cosas, habla lento y pausado, tiene pérdidas de memoria. Cifras tensionales y glucemias altas en los últimos días y pérdida de 8 kg en 2 meses.

Exploración: desorientado en tiempo y espacio, neurológicamente sin focalidad aunque con dificultad para la exploración debido a la sordera.

Pruebas complementarias: analítica de sangre y de orina sin alteraciones, con glucemia de 117. Tomografía axial computarizada (TAC) craneal sin contraste: edema digitiforme parietotemporal izquierdo con borramiento de surcos, con efecto masa y herniación transfalcina hacia la derecha de 8 mm con colapso de ventrículo ipsilateral. Estos hallazgos plantean como primera posibilidad origen tumoral. TAC craneal con contraste intravenoso: lesión intraaxial heterogénea que realza periféricamente tras la administración de contraste, parietotemporal izquierda con importante efecto masa y marcado edema vasogénico circundante, herniación transfalcina derecha de 9 milímetros, colapso parcial del ventrículo izquierdo y tercer ventrículo con discreta ectasia de ventrículo derecho.

Hallazgos que sugieren como diagnóstico neoplasia primaria tipo glioblastoma multiforme, siendo menos probable metástasis.

Evolución: se contacta con el servicio de neurocirugía del hospital regional y se realiza traslado del paciente tras iniciar tratamiento con dexametasona y manitol intravenosos.

Juicio clínico: lesión ocupante de espacio cerebral (posible glioblastoma multiforme).

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): la cefalea y los cambios de personalidad se encuentran entre los síntomas más comunes de los tumores cerebrales, sin embargo, debido a las características de este paciente y su dificultad para expresarse, la anamnesis y la exploración resultaban más complicadas. Esto nos hace reflexionar sobre la importancia de realizar una buena historia clínica y una correcta orientación de nuestra sospecha diagnóstica.

Palabras clave: glioblastoma multiforme, brain tumor, headache.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Síndrome paraneoplásico versus incidentaloma

Pérez Vallejo C[1], Moreno Quirós JA[2], Martínez López M[3]

[1] *MIR 2º año de MFyC. CS Salud de Huéneja (Granada)*
[2] *MIR 4º año de MFyC. CS de Baza (Granada)*
[3] *MIR 3er año de MFyC. CS de Guadix (Granada)*

Ámbito del caso: atención primaria, atención hospitalaria.

Motivo de consulta: acude a su centro de salud por molestias en ojo izquierdo.

Historia Clínica: varón, 73 años, con antecedentes personales de estenosis aórtica, bronquitis crónica. No alérgico. Hábitos tóxicos: 30 cigarrillos/día. Ex enolismo. Tratamiento: atrovent. Sin antecedentes familiares de interés. Vive con su esposa. No tiene hijos. Profesión: agricultor. Calidad de vida adecuada.

Refiere molestias en ojo izquierdo desde hace dos días, sensación de cuerpo extraño y dolor periorbitario sin otra sintomatología. No se objetiva hiperemia conjuntival. Test de fluoresceína negativo. Se diagnostica conjuntivitis simple y se indica gentamicina.

Una semana después acude por el mismo motivo y añade cefalea, diplopía homolateral, oftalmoplejia y exoftalmos. Insomnio, cifras tensionales elevadas y palpitaciones.

Tratamiento y planes de actuación: descartar sinusitis aguda. Descartar enfermedad de Graves. Exámen radiológico (Rx) de Warters: senos neumatizados. Analítica: hemoglobina 15 g/dl, leucocitos: 8.600. Plaquetas 298.000, Dímero D: 650. Hormonas tiroideas y restantes parámetros sin alteraciones.

Derivación especializada (medicina interna):

Tomografía axial computorizada (TAC) craneal: engrosamiento de músculos rectos superior e interno izquierdos y complejo nervio óptico-vaina con compromiso del vértice orbitario.

Angio resonancia magnética nuclear: trombosis en vena oftálmica.

Pauta descendente de Prednisona. Heparina.

Rx tórax: masa 6 cm limitada en lóbulo superior derecho.

TAC tórax: masa pulmonar 6 cm en lóbulo superior derecho (segmento posterior). Adenopatías mediastínicas. Se procede a estudio.

Evolución: resolución del cuadro orbitario. Descartar síndrome de Tolosa Hunt/ pseudotumor orbitario.

Acude nuevamente a urgencias por dolor en flanco izquierdo muy limitante, distensión abdominal.

Dolor difuso abdominal. Hepatomegalia.

TAC abdominal: lesiones metastásicas esplénicas y hepáticas múltiples. Masa de 88 mm en epigastrio. Se procede a ingreso. Fibrobroncoscopia no concluyente para malignidad.

Punción con aguja fina de masa abdominal y hepática no diagnóstica.

Inclusión del paciente en cuidados paliativos, junto a atención primaria: control sintomatológico.

Éxitus del paciente en 40 días.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): masa pulmonar en lóbulo superior derecho sin filiación histológica. Hígado metastásico (probable origen pulmonar) y masa abdominal sin filiación histiológica. Tumor orbitario izquierdo resuelto (probable síndrome paraneoplásico o posible síndrome de Tolosa Hunt (incidentaloma)).

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

SIRS por artritis séptica

Mateos Velo L[1], Membrillo Contioso E[1], González Trujillo A[2]

[1] MIR 4º año de MFyC. CS de Valverde del Camino (Huelva)
[2] MIR 4º año de MFyC. CS de Gibraleon (Huelva)

Ámbito del caso: urgencias hospitalarias. Enfoque multidisciplinar.

Motivo de consulta: varón, 36 años, que acude por inflamación e impotencia funcional de rodilla izquierda.

Historia Clínica: antecedentes personales: no alergias medicamentosas. Intervenido de ligamentoplastia de rodilla izquierda por rotura del ligamento cruzado anterior hace años. Hace un mes se retiró tornillo de la tibia izquierda por molestias.

Anamnesis: acude por inflamación e impotencia funcional de rodilla izquierda.

Exploracion: discreta palidez cutánea, taquicárdico, inflamación, leve enrojecimiento e impotencia de la rodilla izquierda. Herida quirúrgica con buen aspecto. Resto de exploración normal.

Pruebas complementarias: hemograma: leucocitos 9.040. Linfocitos 11.6%. Bioquímica: normal. Proteína reactiva 25.7

Gasometría venosa: gasometría PH 7.29. Bicarbonato 24, lactato 2.

Electrocardiograma: taquicardia sinusal, 120 latidos por minuto, sin otros hallazgos.

Artrocentesis: salida de líquido purulento. Tras análisis bioquímico: proteína 4.93 y glucosa 11. Hemocultivos y cultivo del líquido sinovial: negativos.

Enfoque familiar y comunitario: familia nuclear normofuncional.

Diagnóstico diferencial: enfermedad reumática activa, artritis por cristales, artritis reumatoide mono-articular. Procesos infecciosos periarticulares de partes blandas. Osteomielitis aguda.

Impresión diagnóstica: artritis séptica.

Tratamiento: antiinflamatorios, analgésicos y antibioterapia de amplio espectro (ceftriaxona).

Evolución: se realiza artroscopia urgente para drenaje y limpieza articular observando salida de material purulento a presión. Durante la colocación de la mascarilla laríngea presenta un vómito negruzco por lo que, se decide sondaje nasogástrico e intubación. Febril.

Se ingresa en UCI para control postoperatorio. Tras tratamiento con lavado articular, antibioterapia con ceftriaxona y vancomicina, presenta evolución satisfactoria. Pasa a traumatología para completar tratamiento con antibioterapia sistémica, con buena evolución hasta su alta.

Juicio clínico: SIRS por artritis séptica.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): la artritis séptica es una complicación secundaria de técnicas artroscópicas o postquirúrgica, rara pero no excepcional. Debe sospecharse ante síntomas como inflamación, rubefacción e impotencia funcional en la articulación. Su diagnóstico precoz mejora el pronóstico, por lo que es muy importante que su médico de atención primaria realice una buena anamnesis y esté atento a la aparición de estos síntomas. Requiere una actuación agresiva, aspiración inmediata (cultivo y antibiograma), antibioterapia intravenosa, lavado articular a tensión y reposo.

Palabras clave: artritis séptica.

CASO CLÍNICO TIPO PÓSTER

Derrame pleural: descubrimiento de un linfoma

Mateos Velo L[1], Membrillo Contioso E[1], González Trujillo A[2]

[1] MIR 4º año de MFyC. CS Valverde del Camino (Huelva)
[2] MIR 4º año de MFyC. CS de Gibraleon (Huelva)

Ámbito del caso: atención primaria. Enfoque multidisciplinar.

Motivo de consulta: mujer de 75 años que acude por disnea progresiva.

Historia Clínica: antecedentes personales: No alergias medicamentosas. Dislipemia, HTA, enfermedad de Meniere. Alergia al olivo y polvo.

Anamnesis: disnea progresiva de un mes de evolución, con tos no productiva, afebril. Atendida en cuatro ocasiones, en la que solo se aprecia sibilancias, atribuyéndose a su proceso alérgico e iniciado tratamiento con broncodilatadores. Acude nuevamente por disnea.

Exploracion: aceptable estado general, eupneica. Corazón rítmico a buena frecuencia. Buen murmullo vesicular en hemitórax derecho y silencio en el izquierdo. Resto de exploración normal.

Pruebas complementarias: radiografía de tórax: derrame pleural izquierdo masivo.

Enfoque familiar y comunitario: familia nuclear normofuncional.

Diagnóstico diferencial: neoplasia, traumática, asociada a proceso quirúrgico, idiopática y miscelánea.

Tratamiento: toracocentesis evacuadora y diagnóstica.

Evolución: el análisis del líquido es compatible con un quilotorax. Se realiza una fibrobroncoscopia que es anodina. Un TAC de tórax sin alteraciones salvo derrame pleural masivo. TAC abdomen: masa de 12 x 7 en retroperitoneo que infiltra psoas. Multiples adenopatías de pequeño tamaño.

Anatomía patológica de la punción de la masa retroperitoneal: linfoma células B tipo folicular grado 1-2.

Se contacta con hematología que inicia tratamiento quimioterapico ambulatorio.

Juicio clínico: derrame pleural quiloso segundario a un linfoma de células B.

Conclusiones (y aportación para el Médico de Familia): la causa más frecuente de quilotórax en el 50% de los casos es neoplásica y el 75% de las mismas son linfomas. La segunda causa son los traumatismos espontáneos o quirúrgicos. También puede verse en casos de obstrucción de vena cava superior o subclavia tras su canalización por catéteres. Un 15% de los quilotórax se consideran idiopáticos. En un 10% se incluye una miscelánea como defectos congénitos de los linfáticos o linfangioleiomiomatosis.

Gracias al seguimiento longuitudinal de los pacientes en atención primaria, se nos van aportando nuevo datos y hallazgos, que nos ayudan a conformar un diagnostico y que podrían pasar desapercibido o descubrirse más tarde sin el seguimiento constante de los pacientes.

Palabras clave: derrame pleural, linfoma.

SAMFyC