

Medicina de Familia Andalucía

Volumen 17, número 2, suplemento 1, octubre 2016



Comité Organizador

Presidente

D. Javier López González

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. UGC CS Cartaya (Huelva)

Enlace comité científico-SAMFyC

D. Jesús Enrique Pardo Álvarez

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Torrejón (Huelva)

Miembros

D. Javier Caballero García

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Närhälsan Gullspång (Suecia)

D^a. Laura Carbajo Martín

*Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital de Alta Resolución de Utrera (Sevilla).
Miembro del Grupo de Trabajo de eSAMFyC*

D^a. Carmen María Fuentes Calvente

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. UGC CS Lepe (Huelva)

D^a. Elena Gómez Gómez

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. UGC CS Cartaya (Huelva)

D^a. Cristina López Pradas

Especialista Interno Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS de El Torrejón (Huelva)

D. Enrique Márquez Vera

*Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Juan Ramón Jiménez (Huelva). Urgencias
Pediátricas.*

D^a. Cecilia Martos Montoya

*Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. UGC CS Cartaya (Huelva). Sexóloga clínica.
Miembro del Grupo de Trabajo de Salud Reproductiva de las mujeres de SAMFyC*

D^a. M^a Ángeles Rodríguez Sánchez

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Cartaya (Huelva)

D. Manuel Martín Sosa Barba

*Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. UGC CS Cartaya (Huelva).
Pediatria en Atención Primaria*

Enlace Comités-Residentes MFyC

D. Pablo García Sardón

*Especialista Interno Residente de 3er año en Medicina Familiar y Comunitaria.
UGC CS Luis*

Comité Científico

Presidenta

D^a. Rocío Medero Canela

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Virgen de Valme (Sevilla)

Miembros

D^a. Tamara Aragón Aragón

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital de Alta Resolución de Écija (Sevilla)

D. Antonio Jesús Domínguez Teba

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital de El Escorial (Madrid)

D^a. Isabel María León Arévalo

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital de Alta Resolución. Morón de la Frontera (Sevilla). Miembro del Grupo de Nuevas Tecnologías de SAMFyC

D^a. Inmaculada Macías Beltrán

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Rosal de la Frontera (Huelva)

D. Javier Montero Carrera

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. UGC CS Aracena (Huelva)

D. Antonio Ortega Carpio

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. UGC CS El Torrejón (Huelva)

D. Miguel Pedregal González

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Técnico de Salud Pública de la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Huelva

D^a. Aurora Pérez Barroso

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. UGC CS La Orden (Huelva)

D^a. Soraya Sánchez González

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Andévalo Occidental CS Santa Bárbara (Huelva)

Comité científico provinciales

D. Rubén Luciano Vázquez Alarcón

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Vera (Almería)

D. Ángel González Calbo

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Medina Sidonia (Cádiz)

D^a. María Raquel Arias Vega

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Dispositivo de Cuidados Críticos de Urgencias y Emergencias del Distrito Córdoba Sur (Córdoba)

D^a. Cristina Navarro Arco

Especialista Interno Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Chana (Granada). Vocal de Residentes de SAMFyC

D. Alejandro Pérez Milena

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS el Valle (Jaén). Vocal de investigación de SAMFyC

D^a. María Dolores Domínguez Pinos

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Especialista en Radiodiagnóstico. Unidad de Gestión Clínica Delicias (Málaga)

D^a. Flores Belén López Álvarez

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS de San Bartolomé de la Torre (Huelva)

JUNTA DIRECTIVA DE LA SOCIEDAD ANDALUZA DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Presidente

Paloma Porras Martín

Vicepresidente

Eloísa Fernández Santiago

Vicepresidente

Jesús Sepúlveda Muñoz

Vicepresidente

Alejandro Pérez Milena

Secretaria

Herminia M^a. 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

Cristina Navarro Arco

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

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*
M^a Ángeles Bonillo García. *Granada*
Rafael Castillo Castillo. *Jaén*
José Antonio Castro Gómez. *Granada*
José M^a de la Higuera González. *Sevilla*
Epifanio de Serdio Romero. *Sevilla*
Francisco Javier Gallo Vallejo. *Granada*
Pablo García López. *Granada*
José Antonio Jiménez Molina. *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 Villafañá. *Granada*
Rafael Montoro Ruiz. *Granada*
Ana Moran Rodríguez. *Cádiz*
Guillermo Moratalla Rodríguez. *Cádiz*
Herminia M^a. Moreno Martos. *Almería*
Carolina Morcillo Rodenas. *Granada*
Francisca Muñoz Cobos. *Málaga*
Juan Ortiz Espinosa. *Granada*
Beatriz Pascual de la Piza. *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*
Cristóbal Trillo Fernández. *Málaga*
Amelia Vallejo Lorenzo. *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



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 SAMFyC
<http://www.samfyc.es/Revista/portada.html>

e-mail: revista@samfyc.es

Secretaría: Encarnación Figueredo
C/ Arriola, 4 Bajo D – 18001 Granada (España)
Telf. + 34 958 80 42 01 y fax + 34 958 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.

Maquetan: EFS y JFGI



Revista Med fam Andal
Volumen 17, número 2,
suplemento 1, octubre de 2016

“La revista Medicina de Familia Andalucía edita el presente suplemento, tras la celebración del XXV Congreso de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria, donde se incluyen resúmenes de ponencias, talleres y comunicaciones que han sido aceptadas y defendidas. No están todos las que son.

Gracias por vuestra colaboración”.

Sumario

	Prólogo
	Mesas / Ponencias
	Talleres
	Comunicaciones

Prólogo

Medero Canela R

*Médica de Familia
Presidenta Comité Científico*

“Huelva acogerá el 25º Congreso Andaluz de Medicina Familiar y Comunitaria”... La noticia nos llenó de júbilo al recibirla... nuestro congreso en nuestra cuna. Durante todos estos años hemos vivido con la máxima intensidad cada congreso: Córdoba, Sevilla, Almería, Málaga...y así por todas y cada una de nuestras provincias y ahora era el momento de mostrar a todos nuestros compañeros el maravilloso lugar en el que vivimos y compartir con todos la maravillosa Medicina de Familia que tenemos en Andalucía. Se nos presentó la oportunidad a un grupo de jóvenes llenos de sueños e ilusiones, que apoyados en la sabiduría y el buen hacer de nuestros compañeros con más experiencia en esto de organizar un congreso de tanta importancia, emprendimos esta aventura cargados de ilusión y ganas de trabajar.

Especialistas del descubrimiento... porque cada día lo es. La Medicina de Familia es el eje de nuestro sistema sanitario. Cada día compartimos la vida de nuestros pacientes, de nuestras familias, porque así podemos considerarlas. La relación médico paciente forma un vínculo tal que no sólo los acompañamos a lo largo de sus vidas, cuidándolos y promocionando su salud, diagnosticando y tratando sus patologías, sino que formamos una verdadera familia con cada uno de ellos.

Pero además con cada jornada diaria, cada guardia maratoniana, cada curso de formación y con cada congreso día a día seguimos descubriendo el significado de compañerismo, de vocación y de humildad que caracteriza a los médicos de familia. Esta especialidad es así... desde el silencio de nuestras consultas luchamos por mejorar la salud de nuestra “familia”, luchando incesantemente por mejorar nuestra asistencia sanitaria y nuestra calidad tanto humana como científica.

Tras meses de incesante trabajo, por fin llegó el día, y el 6 de Octubre de 2016 comenzamos. La acogida ha sido espectacular: numerosas propuestas de mesas y talleres, numerosas comunicaciones enviadas a cada cual de mayor calidad, numerosos congresistas.

Se propusieron 5 áreas temáticas: áreas incuestionables como el día a día en la consulta y las urgencias y emergencias. Se quiso dar un peso importante a las actividades preventivas, de la comunidad y la sexualidad. Se pretendió indagar en algo tan novedoso como la medicina integrativa y por supuesto, no nos podíamos olvidar de nuestros residentes, pilar fundamental en nuestro sistema sanitario, savia nueva que nos contagia con sus ganas, su ilusión y su alto nivel de conocimientos. Se presentaron 6 mesas y se ofertaron más de 40 talleres.

Además quisimos abrir el congreso a la comunidad, con actividades dirigidas a la población. Se realizaron talleres de RCP en los colegios, actividad abierta a la población de Chikung y Mindfulness, charlas compartidas sobre el beneficio de los frutos rojos en la salud y actividades sobre sexualidad en la vejez, todas ellas con bastante participación.

Se organizaron un total de 12 sesiones de comunicaciones orales y dos sesiones de presentación de los mejores casos clínicos (primaria y urgencias).

Y, como no todo es medicina, también pudimos disfrutar del concurso de microrrelatos, de la gymkhana fotográfica y del rincón del poeta, entre otros.

En resumen, tres días intensos de actividades, de formación y actualización pero sobre todo de reencuentros con compañeros. De disfrute de compartir conocimientos y de aprender del otro, de conocer nuestras experiencias y nuevos retos.

Y sin más llegó el final de nuestro congreso, pero esto no es más que un nuevo principio. Pasamos el relevo a Cádiz, donde ya se está trabajando para seguir mejorando nuestra especialidad y para organizar un nuevo encuentro lleno de novedades.

Quisiera agradecer a todos y cada uno de los miembros de los Comités Científico y Organizador tanto esfuerzo llevado a cabo; a todos los compañeros que sin figurar, ellos nos acompañaron en estos meses de travesía, sin ellos no hubiese sido posible. A SAMFyC por llevar a cabo tan magnífica labor y, como no, a todos y cada uno de los integrantes de esta gran FAMILIA, todos hacéis de nuestra especialidad un orgullo.

Sin más, nos vemos en Cádiz...

Mesa

Prevención y tratamiento de la obesidad en las diferentes etapas de la vida: el exceso de peso en adultos

Ponencia

Pulido Vázquez C¹, Medero Canela R², Gil Barcenilla B³

¹Médica de familia, UGC Antequera-Estación. Antequera (Málaga)

²Médica de familia, SCCU Hospital Virgen de Valme. Sevilla

³Pediatra, directora del Plan Integral de Obesidad Infantil de Andalucía. Sevilla

La obesidad es un enorme problema a nivel mundial. En el año 2014, el 39% de los adultos tenían sobrepeso y el 13% obesidad (datos de la OMS). En España, según la Encuesta Nacional de Salud del mismo año, tenemos cifras preocupantes: entorno al 40% de la población padece sobrepeso (37% en Andalucía) y el 16% obesidad (donde los andaluces destacamos con un 20%). Ya son más las personas que fallecen cada año en el mundo debido a problemas de salud en relación con el exceso de peso que por desnutrición. Así, la obesidad es la segunda causa de mortalidad prematura y evitable después del tabaco.

¿Qué podemos hacer los médicos de familia? ¿Se puede abordar la obesidad desde Atención Primaria? La respuesta es sí. Somos los profesionales que mejor conocemos a las personas, a sus familias, su entorno y sus dificultades. Tenemos una amplia visión del problema y la posibilidad de hacer algo para ayudar. La confianza del médico de familia en sus capacidades para tratar la obesidad en su práctica diaria es fundamental. Por eso, en la presente mesa intentaremos exponer una forma de hacerlo. Comenzando por comunicar el diagnóstico con empatía, respeto, intentando buscar las palabras y el momento adecuados. Evitaremos la estigmatización/culpabilización del paciente con problemas de peso desde el principio, utilizando la entrevista motivacional y adaptándonos al estadio del cambio de cada persona. Todo esto podemos hacerlo en consultas sucesivas a lo largo del tiempo, a poder ser programadas:

- * En la primera consulta completaremos la historia clínica, exploración física (peso y talla) e indicaremos cómo realizar un registro alimentario y cómo controlar de forma sencilla la actividad física diaria con un podómetro.

- * A partir de la segunda visita valoraremos los registros para poder ir pactando objetivos, explicando los hábitos de vida más saludables, dando “truquillos” para evitar tentaciones. No debemos olvidar el ejercicio físico que nos puede facilitar la tarea y aportarnos otros muchos beneficios para la salud.

Proponemos la dieta mediterránea como ejemplo a seguir, volver a comer como nuestros abuelos: con moderación. Nuestra cesta de la compra se llenará de productos frescos de temporada, abundantes frutas, verduras, legumbres, cereales integrales. Elegiremos pescados y lácteos desnatados como fuente de proteínas de origen animal, disminuyendo el consumo de carne y otras grasas. Pequeñas raciones de frutos secos “al natural” son un buen tentempié. Cocinaremos a la plancha, al vapor, al horno, en olla tradicional o rápida, con sofritos de ajo, cebolla y especias, utilizando el aceite de oliva como grasa principal (también con moderación). Aprenderemos a

adecuar el tamaño de las raciones a nuestro propio tamaño corporal con el sencillo “método del puño”.

Hablaremos con las personas de la importancia de comer despacio, en familia, disfrutando de la comida y también de planificar posibles excesos, de no celebrarlo todo comiendo, de diferenciar la comida de diario de la de los días de fiesta. Atenderemos a las familias en su conjunto cuando así lo deseen y conoceremos y daremos a conocer los recursos disponibles en el entorno cercano para mejorar su salud. Por supuesto, cuando sea necesario, consultaremos con los especialistas de referencia y utilizaremos fármacos si pueden ser de ayuda.

La epidemia de la obesidad en la infancia y adolescencia tiende a perpetuarse en la edad adulta; en medio de estas etapas se encuentra una tan importante como la edad fértil y la gestación.

Escasos estudios se han publicado con respecto al exceso de peso durante la gestación; en España solamente se ha publicado uno que cifra el sobrepeso en el 25% y la obesidad en el 17.1% de las gestantes. Una revisión de historias de salud de gestantes de Andalucía durante el año 2013 detectó que hasta casi una quinta parte de las mismas no tenían registrado su IMC en las primeras semanas de embarazo, y de las que sí lo tenían registrado hasta un 40% presentaban exceso de peso.

Las complicaciones son sobradamente conocidas, desde problemas de infertilidad hasta complicaciones fetales y perinatales (abortos, prematuridad, macrosomía...) pasando por complicaciones médicas en la madre (diabetes gestacional, hipertensión, preeclampsia y eclampsia, muerte materna...) y problemas durante la monitorización, inducción del parto y anestesia así como aparición de complicaciones postparto (hemorragia, infección de herida quirúrgica...).

Por todo esto, ocuparnos del problema parece fundamental dadas las importantes consecuencias para la madre y la descendencia además de las posibles implicaciones negativas a nivel emocional y psíquico. Sin embargo, no todo es negativo: el embarazo supone una oportunidad y deseo para mejorar la salud y puede ser el momento ideal para adoptar estilos de vida saludables.

Para abordar el problema se necesita un conjunto de profesionales que prestan cuidados a las mujeres y sus familias, en este contexto el médico de familia es fundamental. El objetivo fundamental es favorecer la adopción de una alimentación saludable y de un patrón de actividad física adecuado en la gestante, y si es posible, alcanzar a la pareja y/o a la familia.

La visita preconcepcional sería el marco ideal, pero cualquier otra visita de seguimiento puede ser el momento idóneo: se realizará una historia clínica completa, atendiendo además a la actividad física habitual, la conducta alimentaria y la motivación para el control de su peso. Recomendamos adoptar estilos de vida saludables evitando al menos el sedentarismo, y si es posible adoptando rutinas mínimas de actividad física; en cuanto a la alimentación se recomienda alimentación saludable (la dieta mediterránea puede ser ideal con restricciones: prohibición absoluta de la ingesta de alcohol y evitando el consumo excesivo de pescado azul), no recomendando perder peso ni hacer dieta. Es importante además desmitificar ciertas conductas (“comer por dos”...)

Este será nuestro granito de arena para abordar el problema de la obesidad como médicos de familia. Cada uno de nosotros, en la medida de sus posibilidades, puede mejorar su “pedacito” de mundo (o al menos intentarlo). En la epidemia de obesidad hay trabajo para todos.

Mesa

Re-pensando la atención primaria

Carbajo Martín L

Médica de Familia. Hospital Alta Resolución de Utrera (Sevilla). Miembro GdT de e-SAMFyC

Nos quejamos continuamente de la precariedad en la atención primaria, en la sanidad. Nos quejamos los profesionales, y también los pacientes. ¿Podemos cambiar algo?

Han pasado ya muchos años desde que se reformó la atención primaria en nuestro país, pero la sociedad ha evolucionado mucho más que nuestro sistema sanitario. Por tanto, ¿no es tiempo de cambiar, reinventar y mejorar nuestro sistema? ¿Quién debe estar implicado en estos cambios?

Desde la mesa Re-pensando la atención primaria se establece un espacio de reflexión y debate sobre el Sistema Sanitario Público.

Algunas de las propuestas formuladas se resumen aquí:

1. Más comunicación con los pacientes.
2. Más equipos multidisciplinares.
3. Más trabajo enfermero comunitario.
4. Más funciones para los farmacéuticos.
5. Más integración de los servicios sociales.
6. Más tiempo para el trabajo en equipo.
7. Más comunicación con los especialistas del hospital.
8. Más servicios paliativos.

Recientemente se ha elaborado un documento colaborativo desde la Escuela Andaluza de Salud Pública sobre las estrategias para la renovación de Atención Primaria para que sea el eje vertebrador de la atención sanitaria en Andalucía (http://www.csalud.junta-andalucia.es/salud/export/sites/csalud/contenidos/Noticias/2016/06/dia07/materiales/EASP_Renovac_AP_v10.pdf).

Se resume en 12 propuestas estratégicas - 20 líneas de intervención - 80 acciones. ¿Serán posibles? ¿Cuántos recursos habrá que administrar para esto?

Nuevos cambios y nuevos tiempos para la renovación de la Atención Primaria en nuestra comunidad pero se necesita la implicación de los profesionales.

Mesa

Re-pensando la atención primaria

Ponencia

La medicina de familia al lado de la familia

Fernández Santiago E

Médica de Familia. UGC Las Palmeritas (Sevilla). Vicepresidenta de SAMFyC

En los últimos años, los profesionales de Atención Primaria de Andalucía hemos manifestado en más de una ocasión nuestras expectativas y opiniones en relación al desarrollo de nuestra tarea asistencial, muchos años hablando de mejorar la Atención Primaria, tanto hemos hablado, que a veces nos aburrimos, y a veces decimos que ya está bien: la burocracia en la consulta, el acceso a pruebas diagnósticas, el tiempo de consulta, y un sinfín de cosas más.

Desde SAMFyC, quiero dar las gracias por la nueva Estrategia de Renovación de la Atención Primaria, y porque ya se están realizando algunos cambios relacionados con dicha Estrategia, como los ACG, y mejoras en la Historia Clínica Electrónica.

Por cierto, a ver si nos mejoran la receta electrónica, ya, por favor, que nos desespera a todos, profesionales y pacientes.

Gracias por los avances, por la intención, y esperamos que 2017 de verdad sea próspero.

Nosotros sabemos las millones de cosas que nos pasan en la consulta, lo que nos cuentan las familias y lo cerca que vivimos de algunas de ellas, lo que nos aprecian algunas personas, de otras no sabemos nada, y algunas no tienen interés por nuestro trabajo, y también sabemos todo lo que nos molesta en nuestra práctica diaria, como los justificantes, informes, recetas por marca, ó quiero una pastilla que me quite....lo que sea, o usted me manda al especialista para que desaparezca esta afección, que a veces es del alma.

Vivimos inmersos en una sociedad medicalizada, y además nos parece que estamos solos en el uso racional de medicamentos y pruebas diagnósticas, es una envoltura donde es más importante hacer que no hacer, y frecuentemente nos preguntamos... ¿esta batalla la libra alguien más con nosotros?

También nos preguntamos qué hacen nuestros políticos con la protección de la sanidad pública, con la propaganda de partidos varios en relación a la salud, y que pasa con la falta de medidas que impulsen la corresponsabilidad ciudadana.

¿Sería posible que alguien nos ayude a decir a la población que no todo se cura con fármacos, que la vida tiene duelos, y que no siempre son necesarias pruebas diagnósticas sofisticadas?

Los médicos de familia atendemos una gran cantidad diaria de personas, todas con problemas de índole diversa, que nos inducen una gran carga emocional. El profesional se mantiene en la silla de su consulta todos los días varias horas, con un nivel de máxima alerta, empatizando con las personas, a veces en circunstancias muy adversas, manejando con esfuerzo habilidades en

comunicación, entrevista clínica y control emocional, lo que hace difícil y agotadora frecuentemente la toma de decisiones, que tiene que ser rápida habitualmente.

Nuestro trabajo no es fácil....

Percibimos amenazas, una de ellas el desconocimiento dentro de la propia institución sanitaria sobre la labor facultativa especializada que realizamos cada día los miles de médicos de familia andaluces, incluidos otros facultativos especialistas, cargos de gestión y responsables de la Administración Sanitaria y políticos del ramo.

También reconocemos que a veces no somos tan entusiastas, y que caemos en la desidia, aunque paciencia y tesón creo que no nos falta.

Voy a concretar, desde la Sociedad de Medicina de Familia, y como médica de familia, centrándome en algunos aspectos que tienen que cambiar ya: La financiación de la Atención Primaria, nuestras agendas, y el liderazgo.

1.- FINANCIACIÓN

Desde esta Sociedad de Medicina de Familia de Andalucía nos planteamos, entre otras cuestiones fundamentales, la grave dificultad de mantener íntegramente la actual cartera de servicios con unos recursos significativamente mermados, idénticos parámetros organizativos y los mismos e inflexibles objetivos de demora en la consulta.

En Atención Primaria se han mermado recursos en los últimos años, partiendo de una situación que ya era precaria.

Actualmente existen cupos muy numerosos, y es casi una norma que un médico de familia atienda a otras personas por ausencias de sus compañeros, e incluso, parte de la población ha perdido la figura de su médico de familia como referente.

Es difícil asistir a actividades de formación, especialmente en la zona rural, y es un logro conseguir espacios de tiempo dentro de las actividades diarias para desarrollar una adecuada formación de médicos residentes, para planificar y realizar investigación, y para ayudar a anclar la Medicina de Familia en la Universidad mediante médicos de familia y que podamos expandir con credibilidad las prácticas de los estudiantes de medicina en los centros de salud.

Son cada vez más escasas las actuaciones diferenciadas orientadas a mejorar la accesibilidad de grupos de población vulnerable o con mayor riesgo de exclusión social y/o territorial, que genera, por tanto, una brecha en el principio de equidad, repercutiendo tanto en la ciudadanía como en los profesionales, que no disponemos de recursos diferenciados según la morbimortalidad de los pacientes y que estén adaptados a la diversidad y peculiaridades sociales y territoriales de cada zona.

2.- AGENDAS Y TIEMPO DE CONSULTA.

Actualmente, la gran mayoría de las agendas de los médicos de familia no son acordes con los minutos que realmente precisan los pacientes en la consulta, que resulta ser significativamente superior al inicialmente programado, y es que las agendas pueden ser infinitas en el papel, pero no en el trato con el paciente y su familia, que requiere tiempo para hacerlo más humano y más profesional.

Además, no puede obviarse que en nuestras consultas siempre tiene que haber huecos disponibles para las personas que necesitan del profesional en el mismo día, lo cual frecuentemente no está

previsto, así que diferentes personas comparten una misma hora en una agenda de citas, como si se pudieran atender a todos a la vez.

Un tiempo de consulta adecuado es mejor capacidad de resolución, y más calidad y eficiencia en la atención sanitaria.

El porcentaje de citas rechazadas en salud responde prioriza la demanda asistencial en números, incluso cuando no hay suficientes profesionales, por lo que la necesaria atención detallada de pacientes más vulnerables, o con más problemas de salud, queda en segundo plano, relegada a lo que el tiempo permita, en una agenda imposible. Es decir, prioriza la atención puntual, o de enfermedad aguda, o trámite burocrático, frente a la atención de las personas enfermas que más nos necesitan.

Sin embargo, estamos trabajando en un abordaje de atención diferente al paciente con enfermedad crónica... ¿con estas agendas?

En cuanto a la atención domiciliaria, y a la atención a la comunidad, parece desde siempre, que no es un objetivo a cumplir por los médicos de familia, porque en agenda no se cuida que aparezcan, será que no se consideran importantes, y aparecen como una actividad voluntariosa, que apenas se monitoriza...

En relación a la atención domiciliaria, nuestra responsabilidad pasa por mantener y mejorar nuestra capacidad de resolución en este espacio asistencial que es propio de nuestra especialidad médica. No deberíamos contribuir a la fragmentación de la asistencia del paciente en el entorno del domicilio, permitiendo que otros sanitarios ocupen un espacio asistencial que nos es propio coordinar, porque nosotros estemos dedicando nuestro tiempo a tareas burocráticas absolutamente ineficientes. No tiene lógica que, precisamente, una de las funciones más importantes y más específicas de los médicos de familia acabe como una actividad marginal en nuestra agenda de trabajo diaria.

Observamos a nuestro alrededor como otros recursos se despliegan para abordar el tratamiento del paciente en el domicilio ¿Nosotros no tenemos tiempo en la agenda para una atención de seguimiento programada a domicilio y otros especialistas sí lo tienen?

Volvemos a lo de otras veces... “cómo los médicos de familia no tienen tiempo para hacer tareas importantes, generamos otros recursos profesionales que las hagan”.

Por cierto, y sin debatir sobre su potencialidad, no dejar de reseñar en relación al tiempo de consulta, que Diraya nos consume muchos minutos en el necesario registro para el correcto seguimiento de los pacientes, monitorizar objetivos, evaluar resultados y explotar datos para la docencia y la investigación.

3. LIDERAZGO

El liderazgo también ha resultado sacrificado con los ajustes presupuestarios.

Los profesionales de los centros de salud precisamos equipos directivos expertos en ejercer un liderazgo clínico; con capacidad para impulsar voluntades, crear motivación y transmitir optimismo. Nos sobran los meros gestores de acuerdos de objetivos, planillas y cuadrantes. Requerimos líderes que conecten a los profesionales con los valores inspiradores de una sanidad pública de cobertura universal, eficiente en el consumo de recursos y equitativa en el acceso a los servicios. Para que los equipos directivos de las Unidades Clínicas de Atención Primaria puedan ejercer este liderazgo y la

indispensable función de gestión del equipo requieren herramientas y disponibilidad de tiempo, con una mayor flexibilidad en la dedicación de sus tareas asistenciales.

También los centros precisamos el apoyo de las estructuras de las Gerencias de Atención Primaria que precisan tener personas trabajando para implantar novedades, que respeten nuestro trabajo, que impulsen ideas creativas, nos ayuden a forjar la ilusión por trabajo bien hecho, y que cuiden de minimizar la frustración de los profesionales.

El Sistema Sanitario Público de Andalucía ha generado estrategias relevantes en materia de Seguridad del Paciente, también en el cumplimiento de la Ley 2/2010 de Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el Proceso de la Muerte, o la Estrategia de Bioética 2011-2014 entre otras, que corren el riesgo de quedar en primorosos documentos escritos, que suenan lejanos a la práctica asistencial, si no se profundiza en su implementación en los equipos y en su desarrollo dentro del espacio que comparten el profesional y el ciudadano. Por ejemplo, la Estrategia de Bioética del SSPA es un gran facilitador de la comprensión del principio de justicia en la gestión de recursos públicos con la corresponsabilidad de todos los implicados, profesionales y ciudadanos.

Todas estas circunstancias, anteriormente expuestas, amparadas a veces por los objetivos de los acuerdos de gestión clínica, desmotivan a los profesionales porque les aleja de la verdadera esencia de la profesión médica, de la satisfacción del trabajo bien hecho, e interrumpe la ilusión por el crecimiento a largo plazo, aunque sigamos todos los días en la tarea.

Y para los años venideros:

1.-Reivindicamos la especificidad de nuestra especialidad médica en la visión integral e integrada del paciente. Queremos seguir manteniendo la esencia de nuestro trabajo, y no queremos limitarnos ni resignarnos a ser un mero agente burocrático porque tenemos cualificación, y porque sabemos que tenemos una misión importante que cumplir.

2.-Queremos mantener el trabajo conjunto y colaborativo entre los profesionales del centro de salud, el hospital y el entorno comunitario.

3.-Necesitamos el respaldo de los gestores públicos para el ejercicio correcto de nuestro trabajo, y ello significa facilitar la financiación y las herramientas necesarias para realizarlo.

4.-Nosotros tenemos que continuar siendo valientes, tenemos que poner en valor lo que hacemos, no nos dejemos invadir por la desidia, porque nuestro trabajo será relevante en la medida que los ciudadanos perciban que hacemos para ellos una tarea útil. No podemos dejar que nos aparten del protagonismo de ser referencia de los pacientes ante el Sistema Sanitario Público.

Tenemos que ser aún más visibles, animarnos a mostrar nuestras experiencias, publicar lo que hacemos, y dar mayor cuerpo de conocimiento a la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria para que entre todos los médicos de familia hagamos necesario el espacio que nos corresponde como profesionales de la Atención Primaria de Salud.

Y seguiremos aportando propuestas de cambio para promover la salud de la personas, para curar, acompañar, prevenir, y siempre humanizar.

Mesa

Sexualidad en Atención Primaria

Clotet Romero L¹, Martos Montoya C², Murillo García A³

¹Médico de familia, sexóloga clínica, trabaja en vigilancia epidemiológica, docente del grupo de tuberculosis de CaMFiC, docente en sindicato USOC y en atención primaria del ICS

²Médico de familia de la UGC Cartaya (Huelva), Experta Universitaria en Educación Sexual y Sexualidad Humana. Sexóloga clínica. Miembro del Grupo de Trabajo de Salud Reproductiva de las mujeres de SAMFyC. Docente de residentes de MFYC

³Psicólogo. Experto Universitario en Sexualidad Humana y Educación Sexual. Sexólogo clínico. Coordinador del Servicio de Asistencia y Apoyo a Alumnos con Necesidades Educativas Especiales de FEPAMIC. Responsable del Grupo de Trabajo de Psicología, Sexología y Pareja de la Delegación de Córdoba del Colegio Oficial de la Psicología de Andalucía Occidental

En atención primaria tratamos muchos temas y para la mayoría hemos recibido formación. En esta mesa proponemos hablar de un tema más con los pacientes y que también forma parte de la salud aunque a veces no seamos conscientes de ello: SEXUALIDAD.

Os explicamos cómo, cuándo y por qué abordarlo en Atención Primaria y os invitamos a reflexionar sobre los prejuicios y tópicos que nos mueven al tratar este tema delicado, tanto para los pacientes como para los profesionales y del que tenemos poca la información y escasa formación. También os damos una pincelada de información sexual básica que permitirá resolver algunas de las consultas mediante consejo sexual.

Mesa

Actualización en las emergencias tiempo- dependiente

Ponencia

Código infarto

Ruiz Rodríguez MA

Médico de Familia, DCCU. CS Santa Fe (Granada). Miembro del GdT de Urgencias de SAMFyC

Actualmente las enfermedades cardiovasculares constituyen el primer problema de salud pública de los países industrializados. El tratamiento extrahospitalario y la terapia inicial en los servicios de urgencias pueden variar en función de las capacidades locales y los recursos.

Sin embargo, todas las medidas terapéuticas de probada eficacia deberían estar accesibles a cualquier paciente en cualquier punto del sistema sanitario andaluz.

A través de la activación del *código infarto* se pretende aplicar los nuevos tratamientos a base de reperfusión y conseguir el objetivo de reducir la mortalidad y morbilidad actuando lo más precozmente posible para reducir la extensión del infarto de miocardio.

Es necesario la formación de un equipo multidisciplinar que englobe a los médicos de familia y equipo de hemodinámica perfectamente conectados a través del centro coordinador de emergencias sanitarias.

La mejor oportunidad de mejorar la supervivencia tras el IAM es mejorar el tratamiento en la fase precoz de la enfermedad, evitando demoras en el tiempo que impidan aplicar las medidas terapéuticas que han demostrado mejores resultados.

Mesa

Actualización en las emergencias tiempo- dependiente

Ponencia

Código Sepsis

Alonso Morales M^ºF

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. SCCU Hospital Virgen de las Nieves (Granada). Miembro del GdT de Urgencias de SAMFyC

Una de las patologías prevalentes con las que se enfrenta el médico de familia es la sepsis grave o el shock séptico.

Esta entidad presenta una elevada mortalidad dependiendo de la gravedad clínica que presente, la existencia de patologías previas, el rango de edad del paciente (siendo más vulnerables los ancianos y los niños) y por supuesto la precocidad para realizar el diagnóstico e iniciar su tratamiento.

Actualmente existen pocas medidas terapéuticas que hayan demostrado su eficacia y si se ha podido relacionar una disminución de la mortalidad con la precocidad en la aplicación de tratamiento antibiótico y mantenimiento hemodinámico. Se hace fundamental una actuación multidisciplinar integrada por todos los profesionales, intra y extrahospitalarios, que participan en el acto médico.

Mesa

Actualización en las emergencias tiempo- dependiente

Ponencia

Código Trauma

Puga Montalvo E

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. SCCU Hospital Virgen de las Nieves (Granada). Miembro del GdT de Urgencias de SAMFyC

Los politraumatismos son actualmente la primera causa de muerte en pacientes jóvenes para ambos sexos, sobre todo los accidentes de tráfico.

Si tenemos en cuenta que en las primeras dos horas desde el accidente se produce en torno al 40-50% de los fallecimientos se hace necesario establecer un protocolo de actuación específico para la asistencia del paciente politraumatizado.

Éste a su vez precisará de un equipo de emergencia multidisciplinar que garantice la valoración inicial y la aplicación de medidas terapéuticas desde el lugar mismo del accidente y coordinar a su vez la recepción y transferencia del paciente al hospital útil en cada caso.

Taller

Manejo del riesgo vascular total y uso racional del medicamento

Gamero de Luna EJ¹, Martín Rioboó E²

¹Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Especialista en Medicina del Trabajo. UGC El Juncal (Sevilla). Distrito Sanitario de Atención Primaria de Sevilla. Grupo de Trabajo de HTA y Riesgo Vascular de SAMFyC

²Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. UGC CS de Fuensanta (Córdoba). Distrito Sanitario Córdoba y Guadalquivir. Secretario de los grupos de HTA de semFYC y SAMFyC. Miembro del grupo cardiovascular del PAPPS de sedUCE

La enfermedad cardiovascular es responsable del 42% de la mortalidad en la Unión Europea y supone el 23% de la carga total de enfermedad con un coste aproximado de 192.000 millones de euros anuales. En España, es Andalucía la Comunidad con mayor mortalidad cardiovascular, especialmente Andalucía Occidental. El estudio DRECA reveló que más del 70 % de los andaluces mayores de 16 años tienen al menos un factor riesgo cardiovascular. Frente a este problema tenemos un escenario complejo, donde se suman, a las circunstancias propias de cada Organización sanitaria, el elevado consumo de fármacos, la multiplicidad de guías de práctica clínica, una significativa inercia clínica y una baja adherencia. El resultado global es el incumplimiento de objetivos: de manera aproximada, sólo la mitad de los diabéticos, la quinta parte de los hipertensos y la décima parte de los dislipémicos se encuentran dentro de los objetivos terapéuticos.

La prevención cardiovascular se apoya en 3 ejes fundamentales: la acción política y legislativa; la promoción y fomento de estilos de vida saludables y la adecuación de la intensidad de las intervenciones al nivel de riesgo cardiovascular (RV). En este sentido el PAI Riesgo Vascular establece una secuencia de actuación que parte de la identificación del paciente en riesgo, y continúa con la valoración de RV, estudio de cambio y la planificación de actividades preventivas y terapéuticas.

La identificación del paciente precisa de la incorporación a la práctica habitual de las tareas de cribado, detección y búsqueda selectiva de casos. Esta es una actividad que, aunque es más eficiente a partir de los 40 años, debería iniciarse incluso antes del nacimiento, procurando una adecuada gestación en salud. Para la valoración y estadiaje del RV disponemos de diferentes herramientas. La propuesta en nuestro medio es la tabla SCORE europea para poblaciones de bajo riesgo, complementada con los denominados factores modificadores de RV, que permiten corregir las situaciones donde el RV se infravalora. Las tablas SCORE se encuentran validadas para poblaciones entre 40 y 65 años. El factor edad es muy importante, sesgando el RV al alza en población anciana y a la baja en población joven. Por ello, en esta última población se aconseja el uso de las tablas de riesgo relativo y de la edad vascular de riesgo, a fin de detectar situaciones con muy alto riesgo relativo y un escaso riesgo absoluto.

La intervención debe adecuarse al nivel de riesgo del paciente. Las situaciones de bajo RV deben abordarse fundamentalmente con el fomento y cambios hacia estilos de vida saludables. Son prioritarias intervenciones sobre el tabaquismo y la obesidad especialmente desde la infancia. La dieta mediterránea con el consumo de grasas saludables ha demostrado su efectividad y su implementación debe ser una tarea habitual de todos los profesionales sanitarios. En los ancianos el impacto de los factores de riesgo es menor que en los jóvenes, y su sensibilidad a presentar efectos adversos a fármacos mayor. Por ello, constituyen un grupo de pacientes en los que los objetivos de tratamiento y la intensidad del mismo deben adaptarse a la situación del paciente y a sus expectativas de vida.

Por el contrario, los pacientes con muy alto RV y en prevención secundaria, se benefician de una intervención farmacológica más intensa y el fomento de los estilos de vida saludable, aun siendo importante, ocupan un segundo escalón.

Taller

Aspectos médico legales prácticos en relación a los cuidados paliativos desde la consulta de atención primaria

Calle Cruz LF¹, Velázquez Giménez de Cisneros G², Mejías Estévez MJ³

¹Médico de Familia. UGC Parque Alcosa. Distrito Sevilla (Sevilla)

²Médico de Familia. Director UGC Servicio de Urgencias Distrito Sevilla AP (Sevilla)

³Médico de Familia. UGC Oncología-Cuidados paliativos. Hospital de Jerez de la Frontera (Cádiz). Profesor Universidad Pablo Olavide (Sevilla)

El médico de familia (MF) posee de forma idiosincrática la visión de una atención individual, familiar, colectiva y comunitaria. Esto implica que en la atención habitual al paciente y a la de su familia, se planteen a lo largo de su ciclo vital familiar problemas relacionadas con las enfermedades crónicas oncológicas y no oncológicas, especialmente en las fases finales de la vida. Así se aúnan los esfuerzos de la Atención Primaria (AP), Cuidados Paliativos (CP), Bioética y otras especialidades, para ayudar a afrontar con las mejores garantías, estas dificultades para todos los sujetos implicados.

Por lo tanto, los MF deben conocer el marco jurídico y bioético para estas actuaciones, para que con una adecuada formación en éstos y otros campos como el control de síntomas, manejo de la comunicación, atención familiar..., sean capaces de abordar la complejidad de los diferentes escenarios en la historia natural de cada enfermedad para todo enfermo, familia y profesionales sanitarios, adaptándose a cada situación y momento concreto, con el objetivo común de proporcionar la mayor calidad de vida con el menor sufrimiento posible.

La modalidad de taller, mediante la exposición teórica y de casos clínicos reales, la intervención y reflexión participativa, discusión en grupos..., proporcionará el aprendizaje de conceptos fundamentales como el derecho, los principios bioéticos, la autonomía, la eutanasia, el suicidio médicamente asistido, la limitación de esfuerzo terapéutico, etc.

Bibliografía

- Código Penal y legislación complementaria. Boletín Oficial del Estado. Ministerio de Justicia de España. 2016. [Internet]. [Consultado 2016 Sept 14]. Disponible en: https://boe.es/legislacion/codigos/codigo.php?id=038_Codigo_Penal_y_legislacion_complementaria&modo=1
- Decreto 59/2012, de 13 de marzo, por el que se regula la organización y funcionamiento del registro de voluntades vitales anticipadas de Andalucía.
- European Association For Palliative Care (EAPC) recommended framework for the use of sedation in palliative care. Palliative Medicine 2009; 23(7):581-593.
- García Capilla, DJ. Bioética: claves de orientación. Ed. Foro Ignacio Ellacuría. 2006.
- González J, Stablé M. Cuidados paliativos: recomendaciones terapéuticas para Atención Primaria. Editorial Panamericana. 2014.
- Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco; 2008. Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA Nº 2006/08.
- Ley 14/1986 de 25 de abril, General de Sanidad.
- Ley 2/2010, de 8 de abril, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte.
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
- Ley 5/2003 de 9 de octubre de declaración de voluntad vital anticipada. Comunidad Autónoma de Andalucía. 2010.
- Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.
- Ley Orgánica 2/2007, de 19 de marzo, de reforma del Estatuto de Autonomía de Andalucía para Andalucía.
- Problemas éticos al final de la vida. SECPAL. [Internet]. [Consultado 2016 Sept 14]. Disponible en: <http://www.secpal.com/PROBLEMAS-ETICOS-AL-FINAL-DE-LA-VIDA>
- Protocolo para el seguimiento del tratamiento farmacológico individualizado en pacientes con sedación paliativa. Consejería de Salud y Bienestar Social. Junta de Andalucía. 2012.
- Tratado de Medicina de Familia y Comunitaria. Semfyc. Volumen 1. Editorial Panamerican. 2012.

Taller

Paciente politraumatizado. Trauma abdominal. Eco-fast

Recio Ramírez JM¹, Sánchez Sánchez M²

¹Médico Familia y Comunitaria. Servicio de Urgencias. Agencia Sanitaria Alto Guadalquivir. Hospital de Montilla

²Enfermera. Servicio de Urgencias. Agencia Sanitaria Alto Guadalquivir. Hospital de Montilla

Introducción:

El manejo inicial de los pacientes politraumatizados es uno de los mayores desafíos de la práctica clínica ya que se requiere tomar decisiones muy rápidas basadas principalmente en criterios clínicos. Se hizo cada vez más necesario poder disponer de exámenes rápidos, realizados en la cama del paciente. Por ello se fueron implementando salas de reanimación con equipos de rayos X portátiles y posibilidad de realizar procedimientos invasivos para identificar focos de sangrado como el lavado peritoneal diagnóstico (LPD).

Durante los últimos 30 años la ecografía de urgencia se ha validado y masificado, ya que en estos minutos críticos permite evaluar en forma rápida y no invasiva al paciente y evidenciar o descartar focos de sangrado y algunas lesiones asociadas.

Objetivos:

1. Reconocer los diferentes mecanismos generadores de la lesión.
2. Identificar los signos que nos sugieren lesiones de algún compartimento de la cavidad abdominal.
3. Definir las técnicas de imagen complementarias necesarias para el diagnóstico inicial. ECOFAST.
4. Reconocer la necesidad de cirugía inmediata.

Justificación:

El traumatismo abdominal es el responsable del 10% de las muertes traumáticas (por shock hipovolémico) y representa el mayor % de muerte evitable. Por ello es preciso hacer un diagnóstico rápido (ECO-TAC) e indicar laparotomía urgente para detener el sangrado. Es fundamental tener nociones básicas en ecografía para detectar líquido libre en el abdomen.

Metodología:

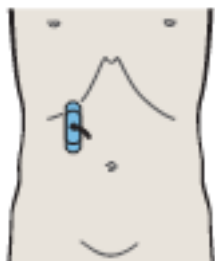
1. Exposición teórica del Traumatismo abdominal (30 minutos).
2. Práctica con ecógrafo. Protocolo ECO-FAST (90 minutos).

Procedimiento ECO-FAST:

El equipo necesario para poder realizar una ecografía FAST es un ecógrafo básico con una sonda convex para ecografía abdominal con frecuencias de 2.5 a 6 MHz, un sistema de registro de la imagen, ya sea en papel o digital, ya que la imagen puede ser útil en el seguimiento del paciente o desde el punto de vista médico legal. Pero el punto fundamental es contar con personal entrenado para realizar el examen. Se sabe que la ecografía es un examen operador dependiente y por ello han existido distintas opiniones sobre qué médicos deben realizar el examen y cuál es el entrenamiento mínimo que se requiere para lograr resultados adecuados.

La técnica de la ecografía FAST incluye la exploración de cuatro zonas del abdomen en busca de líquido libre:

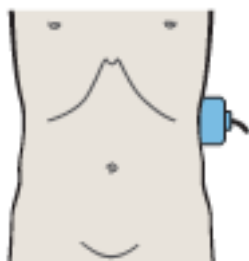
- Cuadrante superior derecho: En esta ubicación se visualiza el hígado, riñón y seno costofrénico derecho y se identifica el espacio hepatorenal o de Morison (Figuras 1 y 2).



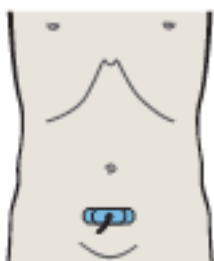
- Epigastrio: en esta ventana se evalúa el lóbulo izquierdo del hígado, la parte alta de los grandes vasos y orientando el transductor a cefálico e izquierda se ve el corazón y pericardio (Figura 3).



- Cuadrante superior izquierdo: donde se debe visualizar el bazo, riñón izquierdo y el espacio esplenorenal.



- Pelvis: En esta ubicación debe identificarse la vejiga y el espacio rectovesical en hombres y el útero y el espacio de Douglas en la Mujer (Figura 4).



Una evaluación con técnica FAST demora entre 2 y 3 minutos; el examen puede realizarse ya sea durante la evaluación inicial o secundaria; la decisión del momento en que se realizará se ve influenciada por factores como el número de médicos disponibles para atender al paciente, la

ubicación y movilidad del ecógrafo que se utilice y el número de maniobras que se estén realizando en ese momento.

La ecografía FAST se debe realizar dentro de la evaluación inicial, en cuanto se pueda exponer adecuadamente el tórax y el abdomen del paciente. Debe recordarse que en un paciente en decúbito supino las zonas más declive de la cavidad abdominal son el espacio de Morison y la cavidad pelviana.



Figura 1



Figura 2



Figura 3



Figura 4

Resumen:

La ecografía se ha establecido como una herramienta rápida no invasiva para la detección de líquido libre intraabdominal en la sala de críticos.

Grandes estudios observacionales prospectivos han determinado que tiene una alta sensibilidad, especificidad y precisión para la detección de hemoperitoneo. Pero una baja sensibilidad para la detección de lesiones intraabdominales en adultos y niños.

Un hallazgo positivo de líquido libre sugiere hemoperitoneo, pero ante un estudio negativo ecográfico se deben de realizar otras pruebas complementarias como la tomografía computarizada y la LPD, teniendo en cuenta que son modalidades diagnósticas más laboriosas e invasivas.

Taller

Deprescripción. URM

Montero Carrera J

Médico de familia. UGC Aracena (Huelva). GdT SAMFyC de Diabetes

Objetivos

- 1.-Sensibilizar al Médico de Familia de la Prescripción prudente y la deprescripción como parte indisoluble de la buena práctica clínica
- 2.-Proporcionar las herramientas y las habilidades necesarias para la deprescripción

Objetivos específicos

- A.- Conocer la medicalización, sus actores y proporcionar herramientas para la prevención cuaternaria
- B.- Identificar al paciente polimedicado y conocer sus consecuencias para los diferentes actores
- C.- Conocer los principios de la prescripción prudente
- D.- Conocer el objeto de la deprescripción y sus algoritmos de facilitación
- E.- Identificar las complicaciones de la deprescripción y las recomendaciones para su control
- F.- Proporcionar las herramientas para la realización de un proceso de deprescripción
- G.-Manejar en la práctica clínica la deprescripción de ciertos fármacos y sus particularidades

Resumen

Cada vez somos más conscientes del exceso de medicalización en la que vivimos día a día. Esta medicalización está dando lugar a la presencia en nuestras consultas de un número cada vez más importante de pacientes polimedicados. Además de un manejo intrínsecamente más complejo, esta polimedicación está generando problemas de salud en nuestros pacientes: reacciones adversas medicamentosas, incremento de la morbimortalidad, incremento en costes sociosanitarios, decremento de la calidad de vida....

El Médico de Familia, conocedor del paciente de su historia biológica y social, debe tomar el protagonismo activo en el control del tratamiento de sus pacientes. En primer lugar, realizando siempre una prescripción prudente, tanto farmacológica como no farmacológica y cuando sea precisa; sino también reevaluando de forma periódica la situación del paciente y ajustando su tratamiento a su realidad.

Este proceso, es el que denominamos deprescribir.

Taller

Actividades preventivas en la población adolescente

Palenzuela Paniagua S¹, Pérez Milena A², Martínez Fernández M³L³

¹Especialista en Medicina Familiar y comunitaria. Centro de Salud de Otero (Ceuta). GdT del Adolescente de SAMFyC

²Especialista en Medicina Familiar y comunitaria. Centro de Salud de El Valle (Jaén). GdT del Adolescente de SAMFyC

³Profesora de Educación Secundaria. Jefatura de Estudios del IES Jabalcuz. Jaén

La adolescencia es una etapa de la vida situada entre el momento de inicio de la pubertad y el momento en que se aproxima el status de adulto, y se entiende como una construcción cultural, no como un simple fenómeno biológico. Son, en general, personas sanas; sin embargo, este grupo etario presenta un modo de enfermar característico, está expuesto a muchos riesgos para su salud, y supone uno de los grupos de población en los que las actividades preventivas pueden llegar a ser más rentables.

El peso de los adolescentes y jóvenes en la población general, así como el aumento de riesgo y vulnerabilidad social que presenta la cultura de comienzo de siglo para este grupo, generan la necesidad de abrir espacios de intervención preventiva y clínica de calidad en los servicios de salud. Se precisa contemplar las necesidades específicas de este grupo de edad desde la perspectiva familiar e implicando los aspectos biológicos, psicológicos y sociales del ser humano durante la segunda década de su vida. Es prioritario un enfoque desde el concepto de salud integral del adolescente propuesto por la OMS, donde un objetivo prioritario es la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud mediante el desarrollo integral de adolescentes y jóvenes. Esta estrategia favorecerá que los adolescentes puedan desplegar todas sus capacidades físicas, psicológicas, afectivas e intelectuales, reduciendo de esta forma las situaciones de riesgo psicosocial a las que se exponen (de manera especial quienes viven en situaciones de riesgo).

El papel del médico de familia en esta etapa de transición es fundamental. Es necesario realizar un seguimiento activo e integral del adolescente, sin esperar a que acuda a consulta por una demanda clínica. Hay que recordar que la mayoría de sistemas sanitarios no presentan una buena accesibilidad para los jóvenes. Además, aunque existen programas de salud específicos para el adolescente, no cuentan con una implantación amplia, pese a que en estos últimos años los problemas de salud de los menores se han hecho más complejos. No obstante, la consulta puede suponer un punto de encuentro para mantener una relación cordial y favorecer el desarrollo de estilos de vida saludables que se mantendrán durante toda la vida.

El taller pretende aportar herramientas útiles para identificar estilos de hábitos nocivos para la salud del adolescente, evidencias sobre las actividades a realizar con los adolescentes, conocimiento de los programas de salud existentes en nuestro sistema sanitario y adquisición de las habilidades necesarias para su desarrollo tanto en la consulta como en la comunidad. Se agruparán las actividades preventivas en cuatro áreas: estilos de vida, salud sexual, diagnóstico precoz, y salud mental y convivencia. Se discutirán aquellos elementos de la prevención que precisan una cobertura universal frente a los que deban ser utilizados mediante la detección oportunista o búsqueda activa de casos (case finding), mediante el apoyo de varias guías de práctica clínica y las directrices del Plan Andaluz de la Infancia y la Adolescencia. Otras herramientas a valorar serán la atención familiar y las habilidades en comunicación. Por último, se actualizará la intervención comunitaria mediante una puesta al día de las novedades del programa Forma Joven, donde los profesionales de la salud y la educación pueden ayudar a conformar un currículo oculto que forme las habilidades sociales de los adolescentes y sus comportamientos en salud.

Taller

Comunicación Asistencial y Enfermedad de Alzheimer: “la receta sin receta”. URM

Gómez Salado M^{aj}

Médico de Familia. Unidad de Gestión Clínica Loreto-Puntales, Cádiz. Distrito Sanitario Bahía de Cádiz la Janda

La Enfermedad de Alzheimer (EA) está cada vez más presente en la sociedad y también en nuestras consultas. Se estima que existen alrededor de 3,5 millones de personas afectadas en España por esta enfermedad, entre quienes la padecen directamente y sus cuidadores/familiares.

Las habilidades de comunicación son una competencia esencial de los profesionales de la salud, inseparable de las demás habilidades clínicas, que en el caso de la EA adquieren una relevancia especial.

Ante el diagnóstico de EA la persona afecta y su familia se encuentran en una situación de perplejidad, incertidumbre, miedo, necesitando información y apoyo. El diagnóstico en las fases tempranas de la enfermedad, cuando el paciente puede tener capacidad de decisión, hace que se considere la comunicación del diagnóstico al paciente, cuestión hasta ahora poco planteada, por las propias características de la enfermedad y la tendencia de las familias y de los profesionales al “pacto de silencio”. El comunicar el diagnóstico al paciente permite su participación en el proceso de su enfermedad a través del conocimiento y la comprensión de esta, el poder compartir con su Médico de familia (MF) y sus familiares sus miedos, dudas, emociones, y el trabajar a favor de su autonomía. Además, permite la Planificación anticipada en la toma de decisiones que atañan a su propia salud presente y futura y su propia vida (su patrimonio, designar a la persona que tomará las decisiones en su nombre, cuando a ella no le sea posible, etc.). Sin embargo, la comunicación del diagnóstico sigue siendo un punto de debate en el campo de las demencias. Las dificultades derivadas de los síntomas, de la valoración de la capacidad de obrar y de la comunicación de malas noticias de los profesionales hacen que la comunicación del diagnóstico de EA sea una tarea ardua. Conocer las recomendaciones actuales y las estrategias y habilidades de comunicación útiles facilitara nuestra labor.

La atención centrada en la persona es la base para la comprensión y cuidado de la persona afecta de la enfermedad. Aporta una mirada integral de la persona considerando importante la relación y comunicación con su cuidador y su entorno. Es necesario su conocimiento y aplicación por los MF para una mejor atención a pacientes y familiares.

En el proceso de información y formación en el manejo de esta enfermedad, debemos conocer cuáles son las ideas claves que debemos transmitir y el “cómo hacerlo” para hacer nuestra intervención más eficiente y facilitar al cuidador principal y a la familia un mejor afrontamiento y la adquisición de habilidades de cuidado. Esto es de especial interés en la atención de los síntomas psicoconductuales (PSC), por ser los que más afectan la calidad de vida de paciente y cuidadores y ser motivo frecuente de nuestra atención. La estrategia “DICE” considera las medidas no farmacológicas como primer escalón del tratamiento, incorpora la perspectiva del paciente (cuando es posible), cuidador y del profesional, y establece una sistemática de entrevista en forma de protocolo de actuación en cuatro pasos con la intención de mejorar el manejo de los PSC.

Los objetivos de este taller son:

- Conocer y aplicar los conocimientos y habilidades de comunicación útiles para la comunicación del diagnóstico de EA a la persona afecta y su familia.
- Conocer y manejar las estrategias y habilidades de comunicación en la atención centrada en la persona con EA, especialmente en la atención a los PSC.

Taller

Abordando la salud mental desde la adolescencia, nuevas patologías: TDAH, internet, prevenir antes de prescribir. URM

Moreno Fontiveros M^ªA¹, Jiménez Pulido I², Mesa Gallardo I³

¹Médico de familia. Centro de Salud Estepa (Sevilla)

²Médico de familia. Centro de Salud de Úbeda (Jaén)

³Médico de familia. Distrito Sanitario Condado-Campiña (Huelva)

La adolescencia es un periodo de aprendizaje y autodescubrimiento, donde no sólo se producen cambios físicos sino también cambios cognitivos, emocionales y morales. 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. El diagnóstico precoz de la patología mental es difícil, pero necesario y mejora el pronóstico de estos pacientes.

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.

El Trastorno de déficit de Atención con/sin Hiperactividad (TDAH) es la patología neuropsiquiátrica 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),...

Los videojuegos son una actividad de ocio que ha crecido rápidamente. De acuerdo con el informe "Nielsen 360º Gaming Informe", realizado en Estados Unidos en 2014, los jugadores de más de 13 años pasan un 12% más de tiempo jugando ahora que en 2012, siendo el promedio de uso semanal es de seis horas. Además se han diversificado los dispositivos de juego, utilizándose además del PC, las videoconsolas de última generación, los teléfonos móviles o las tablets para jugar, facilitando esto la posibilidad de jugar durante más tiempo.

Ante esta situación es importante que la familia, los profesionales de la educación y los profesionales sanitarios conozcamos los riesgos que los juegos pueden suponer para los adolescentes y utilicemos todas las herramientas a nuestro alcance para detectarlos y actuar, de manera positiva, lo antes posible.

Numerosos estudios relacionan la falta de red social, la escasa competencia social, el aumento de la soledad o la baja autoestima con las patologías relacionadas con el juego. Siendo los adolescentes más vulnerables que las personas de mayor edad. En jóvenes universitarios el juego puede ser una fuente saludable de socialización y relajación.

La promoción y prevención en salud mental es más que la detección de enfermedades, y concierne directamente al profesional de atención primaria, quien en su quehacer diario debe saber dar respuesta a las dificultades para el desarrollo biopsicosocial de los adolescentes, conocer los factores de riesgo y los protectores que puedan estar implicados en dicho desarrollo y reconocer los signos y síntomas de alarma de los trastornos psíquicos prevalentes en cada edad. Para prevenir las conductas adictivas de cualquier tipo, es importante promover el ocio saludable, crear espacios saludables y crearlos contando con ellos. Promover la participación de los adolescentes en su propia promoción de la salud. Es necesario implicar a los jóvenes y a la comunidad en todos los aspectos del proceso de desarrollo de la salud.

Taller

Mejorando tu Currículum Vitae y aprendiendo sobre la bolsa de empleo Servicio Andaluz de Salud

Carbajo Martín L¹, Aragón Aragón T², León Arévalo I³

¹Médico de Familia. Hospital de Alta Resolución Utrera. Sevilla

²Médico de Familia. Hospital de Alta Resolución Écija. Sevilla

³Médico de Familia. Hospital de Alta Resolución. Morón de la Frontera. Sevilla

Te invitamos a un taller vivencial donde ver ejemplos prácticos de CV 2.0 y cómo mejorarlo. La bolsa de empleo puede ser un caos y no eficiente si no sabemos dónde introducir todo los diplomas, cursos, expertos universitarios etc. En este taller os daremos las herramientas para que no os perdáis.

Debemos aprender a desarrollar las competencias esenciales para el médico de familia y plasmarlo en un currículum digital así como aprender a usar de forma profesional linkedin y el manejo de grupos de trabajo.

Curriculum Vitae:

Como decíamos el currículum engloba el conjunto de experiencias pero desde hace mucho tiempo nos hemos dedicado a sumar experiencias laborales y formativas en dos folios de word sin pensar en que podemos llegar a aburrir al lector del mismo.

Por ello, os recomendaremos ideas claves como añadir algún tipo de diseño, hacer un resumen inicial, qué tipo de lenguaje utilizar, aprenderemos la existencia de otros tipos de curriculums vitae e incluso como utilizar algunas redes sociales ya que la presencia activa en éstas te posicionará mejor en tu marca personal.

La foto del curriculum también es importante, y aprenderemos a saber qué fondo conviene, tipo de luz, atrezo, etc., siempre dependiendo de qué imagen queremos mostrar.

Bolsa de empleo SAS:

Aprenderemos los recursos para poner al día méritos e información en la bolsa SAS online.

La bolsa SAS es una herramienta pensada para baremar de una forma equitativa a todos los profesionales que accedan a ella y disponer de esta manera de un listado de profesionales que accederán a los puestos de empleo según su posición en ella.

Por este motivo, entendemos que es fundamental tener todos los méritos al día y entender y conocer cómo tenemos que introducir cada uno de ellos y no equivocarnos en las categorías para que a la hora de baremar no nos encontremos con sorpresas ingratas. Aunque, si entendemos que existe la posibilidad que se haya producido un error en la baremación, tenemos la herramienta de la alegación también en la web.

Veremos cómo debemos hacer la gestión de méritos, no sin antes habernos registrado previamente para luego hacer la gestión de solicitudes. Esto último es importante que lo hagamos cada vez que registremos un mérito.

Toda esta información, recursos y claves os facilitarán tanto la creación de vuestro CV como el registro de méritos en la Bolsa SAS.

Taller

Eyacuación precoz. URM

Martos Montoya C

Médico de familia de la UGC Cartaya (Huelva), Experta Universitaria en Educación Sexual y Sexualidad Humana. Sexóloga clínica. Miembro del Grupo de Trabajo de Salud Reproductiva de las mujeres de SAMFyC. Docente de residentes de MFYC

Objetivos

Introducir al médico de familia en el conocimiento y el abordaje en consulta de la disfunción sexual más frecuente del varón.

Objetivos específicos

Concienciar al médico de familia de que los pacientes con disfunciones sexuales en general y con eyacuación precoz en particular pueden y deben ser aconsejados en nuestras consultas.

Aportar los conocimientos mínimos necesarios para tratar al paciente con eyacuación precoz.

Motivar para la investigación en sexología.

Contenidos

Respuesta sexual humana

- Fases: deseo, excitación, meseta, orgasmo y resolución.
- Diferencias entre la respuesta sexual del hombre y la mujer.

Historia de la eyacuación precoz (EP)

Recorrido de cómo se definía y afectaba la EP desde Freud hasta hoy.

Dificultades conceptuales

- Concepto de IELT
- Diversos métodos en distintos estudios

Criterios diagnósticos de eyacuación precoz (DSM-V)

Definición más reciente de EP. Críticas a la misma. Cuestiones aún sin matizar.

Clasificación de la EP

- Primaria/secundaria
- General/situacional
- Leve/moderada/grave

Etiología de la EP

- Causas orgánicas
- Causas psíquicas
- Posibles causas actualmente en investigación

Se realiza una exposición de las causas evidenciadas y de las que actualmente existen estudios que las señalan como probables al estar hechas a pequeña escala.

Tratamiento

- Farmacológico: - anestésicos tópicos
 - clomipramina
 - ISRS
 - tramadol
 - dapoxetina: modo de empleo
- pros/contras

efectos secundarios
contraindicaciones

- Terapia sexual
 - Ejercicios de relajación
 - Ejercicios de Kegel
 - Parada y arranque de Semans
 - Técnica del apretón: apical
basilar
 - Terapia en pareja: focalización sensorial
parada y arranque en masturbación
aclimatación al coito
parada y arranque durante el coito
- Terapia combinada

Taller

Aplicación de cuidados paliativos: Tratamiento farmacológico y no farmacológico en personas con enfermedad no oncológica. URM

Espinosa Almendro JM¹, Sanz Amores R²

¹Médico de familia. CS El Palo. Málaga. Asesor en Envejecimiento en la Secretaría General de Salud Pública y Consumo, Consejería de Salud, Junta de Andalucía.

²Médica de familia. Jefa de Servicio de Calidad y Procesos, Consejería de Salud, Junta de Andalucía

Elementos clave:

- Los cuidados paliativos como área sensible en la medicina de familia.
- Los cuidados paliativos en la enfermedad no oncológica.
- La agonía
- El tratamiento farmacológico.
- La sedación

Resumen:

El presente taller tiene por objeto acercar a los profesionales de la medicina de familia al abordaje de las personas que se encuentran en el final de sus vidas y que tienen de base una enfermedad no oncológica, para ello nos serviremos de un caso clínico de una persona con demencia.

En primer lugar, la realidad actual nos hace ver que sigue siendo un área sensible en la medicina de familia, por ello se hace necesario previamente al abordaje del caso, reflexionar conjuntamente sobre el tema en cuestión.

Entendemos los cuidados paliativos como el enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y el alivio del sufrimiento, por medio de la identificación temprana y la impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales». Para ayudar a morir a los seres humanos, a los que se respeta hasta el final de su vida será necesario, la aceptación de la muerte como un proceso y propio de cada persona, la aceptación del sufrimiento como una experiencia vital siempre individual, cambiante, compleja, la aceptación de que nadie desea sufrir innecesariamente, la aceptación de que difícilmente se puede controlar el sufrimiento en todas sus variables, intensidades y por último, la necesidad imperiosa de acompañar, aliviar y redimensionar.

Entre los objetivos generales de los Cuidados Paliativos destacan la promoción del bienestar y la mejora de la calidad de vida para lo que se considera necesario una comunicación e información y adecuadas, el apoyo emocional que precisen, la atención del dolor y otros síntomas físico la respuesta a las necesidades emocionales, sociales y espirituales así como la continuidad asistencial a lo largo de su evolución.

Tras esta reflexión, estaremos en condiciones de abordar el caso, y dentro del mismo se definirá la situación terminal en enfermedades no oncológicas así como situación de últimos días (agonía) con sus características diferenciadoras.

A continuación se pasará a revisar el tratamiento y tomar la decisión de que fármacos mantener y cuales suprimir, para ello habrá sido muy útil las definiciones previas dado que pasaremos a un objetivo de máximo confort.

Se realiza un repaso de los principales síntomas en la agonía, entre otros destacamos: el cuidado de la piel, el cuidados boca y labios, las náuseas y vómitos, las mioclonías y convulsiones, la fiebre, la hemorragia, el control del dolor, la disnea, los estertores y la agitación y la confusión.

Dado que estamos ante personas con una capacidad cognitiva escasa o nula, se debatirá sobre la toma de decisiones y sobre el consentimiento por representación.

La sedación en la agonía es otro de los temas fundamentales, desde su base legal a las características de buena práctica en su aplicación, la indicación, la farmacología a emplear así como las obligaciones de registro.

Se plantea a modo de debate las decisiones más conflictivas que suelen aparecer: la nutrición y la hidratación, el traslado al hospital, y la antibioterapia.

Por último se abordarán algunas de las situaciones familiares que con mayor asiduidad, nos encontramos en la atención domiciliaria tales como la conspiración de silencio, la ira y su abordaje, sobretodo en el denominado síndrome del hijo de Bilbao” o la claudicación familiar.

Con todo ello se espera haber dado elementos de debate, reflexión y estudio que fomenten los conocimientos, habilidades y actitudes de los profesionales de la medicina de familia en el abordaje de las personas con enfermedad no oncológica y a sus familiares, que se enfrentan a la muerte.

Taller

Cirugía menor

Domínguez Quintero B¹, López González J², García Sardón P³, Velázquez Giménez de Cisneros G⁴

¹Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. UGC de Cartaya (Huelva). Responsable de Cirugía Menor Ambulatoria

²Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. UGC de Cartaya (Huelva). Vocal de empleo precario del Colegio Oficial de Médicos de la provincia de Huelva

³Médico Especialista Interno Residente en Medicina Familiar y Comunitaria 3º año. UGC Luis Taracido de Bollullos del Condado (Huelva). Vocal de Residentes del Colegio Oficial de Médicos de la provincia de Huelva

⁴Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Director de la UGC de Urgencias del Distrito Sanitario Sevilla. Miembro del grupo de trabajo de Cuidados Paliativos de SAMFyC

Resumen

Los programas de cirugía menor que se llevan a cabo en los centros de atención primaria, suponen básicamente la atención sanitaria de lesiones o patologías que requieren procedimientos quirúrgicos u otras intervenciones sencillas, que se realizan en tejidos superficiales. Generalmente precisan anestesia local y tienen escaso riesgo y complicaciones postquirúrgicas.

La recuperación por parte de los médicos de familia de una actividad médica tradicional. Tiene como objetivo dotar al profesional de mayor capacidad resolutoria, ampliando sus posibilidades diagnósticas y terapéuticas. Para el paciente, significa una reducción del tiempo de espera quirúrgico, en determinadas lesiones y patologías y que además se realizará en un espacio cercano para este como es su centro de salud, evitándole desplazamientos innecesarios, con la consiguiente satisfacción del usuario y un importante ahorro económico.

Las técnicas de cirugía menor son relativamente sencillas y los sistemas de salud en muchos países asumen que pueden ser practicadas de manera efectiva por los médicos de familia; así la cirugía menor queda reflejada en muchos programas de formación de Medicina Familiar y Comunitaria.

El aprendizaje de técnicas como la crioterapia, la electrocoagulación, el curetaje o la exéresis simple es relativamente sencillo, por lo que el motivo principal de éste taller sería mejorar la capacidad diagnóstica de los médicos de familia y de los médicos internos residentes, realizando un recorrido por lesiones más usuales, necesidades y materiales necesarios para realizar la cirugía menor en un centro de salud, así como técnicas quirúrgicas básicas, aplicación de anestésicos y sutura de las heridas producidas, mediante la realización de una intervención práctica. La duración del taller será de dos horas.

Bibliografía

- 1.- Romero Márquez AR, Fernández Temprano JM, Fernández Hermoso I, Vázquez Guerrero JC. Manual de Cirugía Menor en Atención Primaria. Distrito Condado Campiña. Servicio Andaluz de Salud. 2008.
- 2.- Maestro Saavedra FJ, Méndez Baliñas JA, López de los Reyes R, Puime Montero P, Veleiro Tenreiro MJ, Vázquez Blanco M. Curso de Cirugía Menor. Grupo de Cirugía Menor de la Asociación Gallega de Medicina Familiar y Comunitaria. 2002.
- 3.- Batalla Sales M, Beneyto Castello F, Ortiz Díaz F. Manual Práctico de Cirugía Menor. Grupo de Cirugía Menor y Dermatología (Sociedad Valenciana de Medicina Familiar y Comunitaria). 2012.
- 4.- Protocolo de Cirugía Menor en Atención Primaria. Servicio Canario de Salud. 2009.
- 5.- Marrón Moya SE, Tomas Aragonés L. Protocolo de Cirugía Menor Dermatológica en Atención Primaria en el Sector de Salud de Calatayud.
- 6.- Ortega Carpio A. Guía de Cirugía Menor. Centro de Salud El Torrejón. Huelva.
- 7.- VII Curso Teórico Práctico de Cirugía Menor Ambulatoria. Hospital Infanta Elena. Huelva. Junio 2012.

Taller

Estimación de supervivencia y reconocimiento del proceso de situación de últimos días y muerte. Manejo de síntomas y sedación paliativa en atención primaria y urgencias. URM

Mejías Estévez MJ¹, Uceda Torres M^a E²

¹Médico de Familia. UGC Oncología-Cuidados paliativos. Hospital de Jerez de la Frontera (Cádiz). Profesor Universidad Pablo Olavide (Sevilla). Coordinador del GdT de Cuidados Paliativos y Dolor de la SAMFyC

²Médico de Familia. Equipo de Soporte de Cuidados paliativos. Complejo Hospitalario Universitario de Huelva (Huelva)

Una de las características que diferencian a la Medicina de Familia de otras especialidades, es la estrecha continuidad de la persona y de su entorno a lo largo de su ciclo vital, incluyendo los casos en los que la enfermedad terminal conlleve su muerte. La toma de decisiones compartida con el paciente a lo largo de una enfermedad donde la vida se extingue gradualmente (terminal), tiene como punto crítico la situación de últimos días (SUD), que es el periodo de tiempo que precede a la muerte. Así los objetivos fundamentales para el equipo sanitario son detectarla (estimando el pronóstico), para conseguir el mayor confort posible del paciente y familia, previniendo las crisis sintomáticas y la aparición de duelo complicado en familiares. Para el control de los síntomas físicos, el manejo farmacológico es la piedra angular, especialmente en las situaciones complejas que requieren sedación paliativa. Esta maniobra precisa consentimiento informado, siempre y cuando exista al menos un síntoma refractario, porque dicho tipo de sedación es el recurso adecuado a ética y derecho para minimizar el sufrimiento del enfermo, adaptado siempre a cada persona y a cada tiempo. Los síntomas refractarios, aquellos que no se pueden controlar adecuada, correcta y razonablemente con los medios habituales en tiempo razonable, a menos que se disminuya el nivel de conciencia, suelen ser: el delirium, la insuficiencia respiratoria con disnea de reposo, el estatus convulsivo, la hemorragia severa, los estertores premortem profusos con conciencia mantenida, el sufrimiento psicológico con ataques de pánico y el síndrome emético.

Por lo tanto el Médico de Familia (MF) debe ser capaz de identificar la terminalidad de la enfermedad (criterios), estimar el pronóstico, identificar las necesidades paliativas y la complejidad de los síntomas presentes, todo ello en cada preciso momento.

Con toda la información anteriormente citada, es posible establecer un plan de atención compartida entre los diferentes niveles asistenciales cuando ello sea necesario. Los Cuidados Paliativos (CP) ayudan a los profesionales sanitarios a conocer la complejidad de la atención de los síntomas, las herramientas para su correcto abordaje, así como de la correcta utilización de los recursos sanitarios, donde se incluyen los avanzados de CP.

Bibliografía

- European Association For Palliative Care (EAPC) recommended framework for the use of sedation in palliative care. *Palliative Medicine* 2009; 23(7):581-593.
- Forcano M et al. Predicción de supervivencia en el paciente con cáncer. *Med Pal*. 2015; 22(3):106-116.
- González J, Stablé M. Cuidados paliativos: recomendaciones terapéuticas para Atención Primaria. Editorial Panamericana. 2014.
- Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco; 2008. Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA Nº 2006/08.
- Grupo de Trabajo de Sedación. Protocolo de Sedación Paliativa y Sedación Paliativa en la Agonía. Área Hospitalaria Virgen Macarena. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Sevilla. 2008.
- Porta J, Gómez X, Tuca A et col. Manual control de síntomas en pacientes con cáncer avanzado y terminal. Generalitat de Catalunya, Departament de Salut, Institut Català d'Oncologia. Enfoque Editorial S.C. 3ª Edición. 2013.
- Mejías MJ. Guía práctica de manejo domiciliario del dolor y otros síntomas. Editorial Sanaidea. 2016.

Taller

Sexualidad en 5 minutos sin medicalizar. URM

Ojuel Solsona J¹, Clotet Romero L²

¹Especialista en Medicina familiar y comunitaria. EAP Gran Sol. Badalona (Barcelona). ICS

²Especialista en Medicina familiar y comunitaria. Vigilancia Epidemiológica. ICS

“Para mí el sexo es una de las bases más importante o uno de los cimientos de la persona humana, de cualquier persona. Es una fuente de gozo, de interacción con los demás, de crecimiento personal. Para mí es todo eso y nada más ni nada menos que eso”. Estas palabras son de una de las protagonistas del documental “Yes, we fuck”, que aborda la sexualidad en personas con diversidad funcional.

La sexualidad forma parte de la vida en todas las etapas vitales. En los últimos años ha habido un aumento de consultas en atención primaria referidas a malestares o conflictos sexuales. La comercialización de fármacos sobre todo para la disfunción eréctil, ha provocado que esta cuestión, que se mantenía tanto por parte del paciente como de profesionales dentro de la esfera íntima, se haya puesto sobre la mesa de la consulta. En la sociedad contemporánea, los valores de juventud y belleza y las obligaciones de género, conforman una sexualidad 'ideal' que supone un lastre importante para disfrutar con plenitud. Se presentan como enfermedades o disfunciones algunas dinámicas de pareja y de ritmos personales o etapas vitales que pueden ser normales y adaptativas.

Actualmente han aumentado las expectativas de mantener una sexualidad rica en la vejez y con problemas de salud. A veces, la vida sexual se ve afectada por cuestiones médicas (ictus, esclerosis múltiples, psicosis, amputaciones, accidentes o cáncer por ejemplo) que se pueden beneficiar de un diálogo libre de prejuicios y de estereotipos acompañados de asesoramiento sexual para la rehabilitación y adaptación. En medicina y enfermería de familia, como personas depositarias de la confianza de nuestros y nuestras pacientes y de sus familias, tenemos un espacio de privilegio para abordar cuestiones relacionadas con la vivencia de la sexualidad. Ni por formación ni por tiempo, es posible en la mayoría de los casos ofrecer una terapia sexual en las consultas, sin embargo sólo el hecho de nombrar la sexualidad, otorga permiso al situarla como un aspecto que merece ser comentado. Por otro lado el asesoramiento y consejo sexual forma parte de nuestra competencia. Hablar de consejo implica ir más allá de ofrecer información, supone ofrecer educación sexual, identificar y cuestionar las obligaciones que bloquean la capacidad de disfrute. Finalmente, los conocimientos sobre fisiopatología permiten ofrecer consejos específicos para diferentes cuestiones de salud que afecten la sexualidad de forma primaria (directamente como consecuencia de una enfermedad), secundaria (por el efecto de esta enfermedad sobre otros órganos o sistemas), o terciaria (por el efecto de la vivencia de la patología).

Tampoco podemos dejar de lado que nos encontramos en la consulta con personas que han padecido abusos en edad infantil, agresiones sexuales y discriminaciones por orientación o identidad de género. La consulta debe ser un lugar de escucha, empatía y detección y orientación de recursos.

Taller

Manejo de las arritmias en Atención Primaria: uso racional de fármacos antiarrítmicos y antitrombóticos. URM

Navarrete Espinosa C¹, Valverde Bolívar FJ²

¹Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad Docente de Medicina de Familia y Comunitaria de Jaén

²Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Jefe de Estudios de la Unidad Docente de Medicina de Familia y Comunitaria de Jaén

Resumen:

Dentro de las competencias en Medicina de Familia se encuentran conocer y saber realizar el manejo diagnóstico, terapéutico y los criterios de derivación de problemas de salud como son la disnea, el dolor torácico, las palpitaciones, el síncope, la fibrilación auricular, la cardiopatía isquémica o la insuficiencia cardiaca.

El objetivo principal del taller es mejorar la interpretación del electrocardiograma normal y alterado y el manejo clínico de los pacientes con arritmias cardíacas en el ámbito de Atención Primaria, adecuando las medidas farmacológicas a las indicaciones y contraindicaciones de los fármacos antiarrítmicos y antitrombóticos según el perfil clínico de cada paciente.

Otros objetivos del taller son: reconocer e interpretar el electrocardiograma normal, mejorar el manejo clínico de las bradiarritmias y las taquiarritmias, reconocer las bradiarritmias, taquiarritmias y su manejo clínico, conocer los fármacos antiarrítmicos y antitrombóticos y sus indicaciones. También se adiestrará a los participantes en la colocación del marcapasos transcutáneo, y la cardioversión eléctrica.

Para el desarrollo del taller se alternará la metodología expositiva con la demostrativa a través de la resolución de casos y supuestos clínicos. La evaluación se realizará mediante el control de asistencia, la participación durante el taller así como la resolución de los casos.

Taller

Calidad de Vida en el EPOC

Bujalance Zafra MJ, Fernández Vargas AM

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Victoria (Málaga). GdT Respiratorio SAMFyC

La EPOC es una enfermedad crónica con un gran componente psicológico y social por su tendencia a la invalidez, por lo que tiene una importante repercusión en la calidad de vida del paciente. La atención al paciente crónico EPOC de forma integral es uno de los elementos más relevantes en la atención de estos pacientes. Conocer herramientas de evaluación de la calidad de vida y las mejores estrategias de intervención permitirá mejorar la calidad asistencial y la calidad de vida en estos pacientes.

Objetivo principal:

- Adquirir conocimiento y habilidades para mejorar la calidad de vida en el EPOC.

Objetivos específicos:

- Conocer en el EPOC los factores que intervienen en la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS)
- Saber realizar una valoración integral en el EPOC y utilizar herramientas que midan la perspectiva de los pacientes respecto a su CVRS.
- Conocer las intervenciones terapéuticas que mayor impacto tienen en la mejora de la CVRS.
- Saber establecer un plan de cuidados individualizado.

Metodología:

Dirigido a profesionales sanitarios del ámbito de Atención Primaria

Es un taller presencial que consta de 3 Unidades Didácticas

- Unidad 1: EPOC y Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS)
- Unidad 2: Instrumentos de valoración de Calidad de vida en el EPOC
- Unidad 3: Casos Clínicos de abordaje integral del EPOC

Sesión Presencial: Se presentarán los contenidos del curso.

Ejercicios prácticos: Casos clínicos que se realizarán en la sesión presencial.

Taller

Solo En Casa. Manejo de la urgencia aislada

Cuevas Paz J¹, Aguilera Guerrero M²

¹Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Servicio de Urgencias. Hospital de Alta Resolución de Utrera (Sevilla). Grupo de Trabajo de Urgencias de SAMFyC

²Enfermera. Servicio de Urgencias. Hospital de Alta Resolución de Utrera (Sevilla)

Resumen

¿Y si nos quedásemos solos en nuestro puesto de urgencias? ¿Y si nuestros compañeros estuvieran ocupados o ausentes? ¿Y si tenemos que actuar rápidamente en casa de un enfermo? ¿Sabríamos realizar algunas de las técnicas más básicas de abordaje al paciente que no puede esperar? Dado que el médico de familia, sobre todo rural, convive con la realidad de la dispersión geográfica, los avisos domiciliarios o la falta de medios constante, este taller se plantea para cubrir las necesidades más elementales en lo que a procedimientos de diagnóstico y abordaje terapéutico se refiere: obtener una vía venosa periférica, realizar un electrocardiograma de 12 derivaciones o conseguir un sondaje vesical.

La versatilidad del médico de familia actual obliga a que cuente con las habilidades necesarias para solventar muchas situaciones sin apoyo humano o logístico que en otros medios de nuestro entorno se presuponen realizadas por otros profesionales.

No se trata de sumergirse en detalles y pormenores de cada uno sino en hacerlos de manera correcta, rápida y sistemática y sobre todo en los supuestos ya descritos.

Metodológicamente consiste en un taller que se inicia con una presentación y una descripción breve de objetivos. Luego, mediante algunas diapositivas en formato powerpoint, se explican las técnicas (vía venosa, EKG, sondaje vesical), con una duración máxima de cada una de ellas de unos 10 minutos. Posteriormente, se hacen dos grupos de alumnos, que rotan por las tres estaciones prácticas cada 20 minutos, donde inicialmente hay una demostración por el ponente y se sigue con la realización práctica por cada uno de los alumnos. Se finaliza con un cierre de unos 5 minutos donde se exponen las conclusiones, puntos importantes y resolución de dudas para afianzar los conceptos.

Taller

Prevención de la violencia de género en noviazgo adolescente

Cobo Soto C

Psicóloga de la salud y sexóloga en Clínica Liclinic de Linares y en Clínica Comunica de Villacarrillo en la provincia de Jaén. Programa "Avanzando en Salud Sexual" en Diputación Provincial de Jaén

En nuestra sociedad está reconocido el papel que debe desempeñar la educación en la escuela para la superación del sexismo y la violencia de género. Sin embargo, llevar a la práctica este principio no es fácil. No basta sólo con que la escuela no sea sexista, sino que además debe contrarrestar las influencias de una parte de la sociedad que fomenta la desigualdad de género y la justificación del uso de la violencia como forma de resolver conflictos. Se trata de un problema que debe ser abordado de manera multidisciplinar y en el que los profesionales de la salud deberíamos implicarnos.

“La Salud Sexual es un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad, no es solamente la ausencia de enfermedad o disfunción. La salud sexual requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de coerción, de discriminación y de violencia. Alcanzar y mantener la salud sexual deben suponer el respeto, la protección y la satisfacción de los derechos sexuales de todas las personas.” (OMS, 2002).

La OMS ya en el año 2002 nos define salud sexual incluyendo la necesidad de enseñar y respetar los derechos sexuales de las personas. Para que nuestros adolescentes se desarrollen y relacionen sexualmente de manera igualitaria, saludable y positiva, es necesario conseguir dotarlos de los conocimientos, las habilidades, los hábitos, las actitudes adecuadas y los valores.

En la actualidad en el modelo educativo nos hemos centrado en la parte biológica de la sexualidad y la única educación sexual que se imparte, está centrada en las dificultades que puede aportar la sexualidad. Esta es una educación reduccionista e higienista que no nos está ayudando a alcanzar la salud sexual de nuestros jóvenes. Basada en el antiguo modelo clínico- médico en el que la salud se entiende como ausencia de enfermedad. La educación sexual debe ser abierta, democrática, profesionalizada y basada en los conocimientos científicos.

En este taller vamos a hablar de cómo conseguir transmitir una visión globalizada y positiva de la sexualidad humana. Como conocer nuestro cuerpo y sus posibilidades como receptor y productor de placer. La posibilidad de cambiar las actitudes, conductas y valores sobre la sexualidad humana. Promocionar la calidad de vida, gracias al acceso a toda la información y orientación necesaria sobre temática sexual. Repasaremos los derechos sexuales y hablaremos de ética de las relaciones como la igualdad, el consentimiento, etc. Por último conoceremos medios, disponibles, fiables y científicos que pueden ayudar a los jóvenes a seguir profundizando y aprendiendo por su cuenta.

Cuando los adolescentes dispongan de esta educación serán capaces de identificar los mitos sobre el amor romántico, lo inútil de la dependencia emocional, los distintos tipos de maltrato, hasta el encubierto y sutil. En cierto modo les dotaremos de las herramientas necesarias para poder establecer relaciones igualitarias y saludables.

Taller

El largo superviviente de cáncer. Prescripción racional en Atención primaria. URM

López Verde F¹, Mateos Vázquez AM²

¹Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Delicias (Málaga). Coordinador Grupo de Atención Oncológica de SAMFyC. Coordinador del Grupo de Trabajo de Cáncer de semFYC

²Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Chillón (Ciudad Real). Miembro del Grupo de Atención Oncológica de SAMFyC

Superviviente a largo plazo es el paciente que supera los cinco años libre de enfermedad, tras el diagnóstico y tratamiento inicial.

El seguimiento del cáncer de mama tiene como objetivo vigilar y manejar la toxicidad de los tratamientos y la aparición de recidiva. La detección precoz de metástasis no ha mostrado que mejore la supervivencia. Por ello, las únicas exploraciones recomendadas son la exploración física y la mamografía anual.

Para el linfedema el mejor tratamiento es el preventivo, evitando la carga en el brazo afectado y realizando ejercicios y masajes para favorecer el drenaje.

Si han recibido hormonoterapia se debe indagar sobre la presencia de metrorragia, dado el riesgo de cáncer de endometrio, y una especial vigilancia de la osteoporosis.

Se debe mantener vigilancia sobre la posible cardiotoxicidad relacionada con el tratamiento para un posible abordaje precoz.

El objetivo del seguimiento en el cáncer de colon-recto es detectar precozmente las lesiones neoplásicas metacrónicas y las recidivas con el fin de realizar rescate quirúrgico si es posible. El 80% de las recurrencias aparecen en los primeros 2 a 2,5 años y el 95% en los primeros 5 años. Tras este periodo sólo se indica la colonoscopia cada 5 años.

Se debe sospechar recidiva ante la presencia de signos o síntomas clínicos (dolor abdominal o pélvico, estreñimiento, rectorragia, síntomas urinarios, obstrucción ureteral, tenesmo, úlceras perineales, trombosis venosa profunda o síntomas neurológicos en EEL).

El seguimiento del cáncer de próstata tiene como objetivo manejar la posible toxicidad crónica (incontinencia urinaria, disfunción eréctil, proctitis, cistitis radica y problemas secundarios al bloqueo hormonal) y detectar recidiva (local o a distancia) teniendo en cuenta que es posible realizar un tratamiento de rescate. El seguimiento se basa en la realización del PSA cada 3 a 6 meses inicialmente y tras cinco años con periodicidad anual.

Los efectos adversos más destacados, sobre todo relacionados con la deprivación hormonal, son la presencia de sofocos, pérdida de la libido y disfunción eréctil, pérdida de masa muscular, fatiga, depresión, obesidad, alteración del perfil lipídico, resistencia a la insulina, diabetes y enfermedad cardiovascular. Se recomienda una especial vigilancia y abordaje de la osteoporosis.

Segundas neoplasias: Existe un mayor riesgo de desarrollar una segunda neoplasia sólida o hematológica, ya sea por un trasfondo de etiología compartida o debido a mutaciones genéticas

relacionadas con el tratamiento citotóxico. La inmunodepresión crónica se sospecha que contribuye al desarrollo de la segunda neoplasia.

Estilos de vida: Es fundamental reforzar las recomendaciones sobre hábitos saludables destacando el consejo antitabaco y frente al consumo excesivo de alcohol, la necesidad de una alimentación saludable, la realización de ejercicio físico de forma habitual y el mantenimiento del normopeso.

Apoyo psicológico: Un porcentaje no desdeñable de pacientes sufrirá problemas psicosociales como consecuencia de su enfermedad (alteración de imagen corporal, problemas en la relación de pareja, en las relaciones sexuales, aislamiento social,...). Por tanto, hay que planificar un apoyo psicológico que puede y debe ser iniciado desde el momento del diagnóstico.

Comorbilidad: Durante todo el proceso de atención al cáncer la comorbilidad suele pasar a un segundo plano. Hay que retomar el control de los procesos que, mal controlados, pueden significar un riesgo vital o de morbilidad añadida más importante que el asociado a la propia enfermedad oncológica.

Seguimiento a familiares: Un importante número de tumores presentan una agregación familiar. Tras una detallada historia familiar puede estar indicado remitir a un dispositivo de consejo genético.

Otros posibles problemas son la fatiga, la neuropatía periférica, déficits cognitivos, disfunción sexual, temas reaccionados con la fertilidad, trastornos digestivos y urinarios, trastornos musculoesqueléticos,...

Taller

Respiramos contigo. Multi taller. Actualización Guías GEMA 4.0. Manejo del paciente con disnea en urgencias del centro de salud. Taller de manejo de dispositivos. “Importancia de la terapia inhalada”

Palacios Gómez L¹, Zamorano Barroso C², Fernández González IM^a, Pérez Collado M¹

¹ Enfermeros. Distrito Sanitario Huelva- Costa

² Enfermera interna Residente (EIR) Complejo Hospitalario de Huelva

Resumen

En todas las GPC se pone de manifiesto la importancia de la terapia inhalada pues constituye uno de los ejes principales de la atención en el tratamiento de la EPOC y en otras enfermedades pulmonares ya que, aunque existen otras vías de administración de fármacos como la oral y parenteral, la vía inhalada es de primera elección, ya que actúa directamente sobre el órgano diana, presentan una mayor rapidez de acción sobre el árbol respiratorio, precisa menor dosis de fármaco y son menores los efectos secundarios sistémicos, pero dichas Guías también hacen hincapié en que el éxito o fracaso de este tipo de terapias viene principalmente determinado por la correcta utilización de la técnica inhalatoria.

A pesar de ello, la creencia, relativamente frecuente, de algunos profesionales sanitarios de que la terapia inhalada es muy simple y que, por tanto, no necesita de una instrucción expresa lleva a que los pacientes no sean convenientemente adiestrados y, en consecuencia, a que efectúen mal la técnica inhalatoria, en la actualidad apenas el 37,5% de los pacientes con asma o EPOC utilizan de forma correcta los dispositivos de inhalación, por otro lado diversos estudios demuestran que el nivel de conocimientos sobre dispositivos y técnica de inhalación es deficiente, no sólo entre los pacientes, sino también entre las personas dedicadas al cuidado del asma y de la EPOC es deficiente.

Por otro lado es frecuente que los médicos elijan el dispositivo para un paciente determinado, según su edad y situación clínica, sin tener en cuenta las preferencias de este, en este sentido comisiones de expertos como la guía de la British Thoracic Society o la GEMA, aconsejan basar la elección del dispositivo en las preferencias del paciente, siempre que se valoren la dosis y la administración según la comprobación cuidadosa de la respuesta clínica. El motivo fundamental de esa recomendación radica en que las preferencias del individuo y su satisfacción con el tratamiento pueden favorecer la adhesión terapéutica a los fármacos inhalados y en consecuencia, su efectividad. La bibliografía sobre las preferencias de los pacientes por los diferentes dispositivos de inhalación existentes es escasa, pero es de suponer que la satisfacción del paciente con el dispositivo que utiliza debería comportar una mayor adhesión al tratamiento. La adhesión del paciente al tratamiento es un factor crítico para alcanzar y mantener el control de las enfermedades y actualmente supone uno de los problemas más relevantes del tratamiento de los pacientes crónicos, en nuestro caso los pacientes afectados de asma o de EPOC. Conseguir un incremento en la adhesión es un gran reto actual y futuro de la acción terapéutica, con un probable impacto clínico y económico favorable.

Taller

Respiramos contigo. Multi taller. Actualización Guías GEMA 4.0. Manejo del paciente con disnea en urgencias del centro de salud. Taller de manejo de dispositivos. “Manejo del paciente con disnea en urgencias del centro de salud”

Antonio José Ruiz Reina AJ

Especialista en Neumología. Especialista Interno Residente de 2º año en Medicina Familiar y Comunitaria. UGC CS El Torrejón (Huelva)

La disnea se define como la sensación subjetiva de dificultad para respirar o como la percepción de la propia respiración de forma desagradable, suponiendo uno de los motivos más frecuentes de consulta en los servicios de urgencias tanto en los centros de salud como a nivel hospitalario.

El objetivo de nuestra ponencia es abordar de forma global el manejo de la disnea aguda en las urgencias de los centros de salud, donde al no disponer de pruebas complementarias, adquiere una mayor importancia tanto la anamnesis como la exploración física.

Inicialmente comenzaremos con la valoración inicial en urgencias, haciendo hincapié en la valoración de la situación hemodinámica del enfermo enfatizando en la toma de constantes y la interpretación de la pulsioximetría, y en la existencia de datos clínicos, síntomas y signos de alarma, para determinar la gravedad del paciente ya que condicionará nuestra actuación.

Seguidamente procederemos a la anamnesis y a la exploración física que serán fundamentales para establecer un posible diagnóstico sindrómico y etiológico en función de los perfiles de disnea.

Una vez realizada una aproximación diagnóstica trataremos las medidas generales de tratamiento, el objetivo de la oxigenoterapia, sus formas de administración teniendo en cuenta si el paciente presenta patología pulmonar crónica e insuficiencia respiratoria crónica dado el riesgo de encefalopatía hipercápnica, así como los objetivos de la ventilación mecánica y las indicaciones tanto de la ventilación no invasiva como de la invasiva.

Posteriormente abordaremos el tratamiento específico de cada una de las patologías respiratorias más frecuentes que causan disnea aguda y que requieren una valoración urgente como son el neumotórax, el derrame pleural, el tromboembolismo pulmonar, los traumatismo costales, la neumonía adquirida en la comunidad, la insuficiencia cardíaca congestiva y el edema agudo de pulmón, la bronquitis aguda, la reagudización de EPOC y la crisis asmática. Además estableceremos la gravedad de la agudización tanto en el EPOC agudizado como en la crisis asmática de acuerdo a unos criterios establecidos ya que condicionará nuestro tratamiento y el manejo de la agudización.

Por último, de cada una de las patologías anteriores determinaremos cuando es necesario derivar para una valoración en urgencias del ámbito hospitalario y las medidas terapéuticas en domicilio cuando no es necesario la derivación hospitalaria.

Taller

Respiramos contigo. Multi taller. Actualización Guías GEMA 4.0. Manejo del paciente con disnea en urgencias del centro de salud. Taller de manejo de dispositivos. “Actualización GEMA 4.0”

Hermoso Sabio A

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de La Zubia. Granada

Comenzamos con una pregunta ¿por qué es importante hablar de una guía de práctica clínica sobre asma?

Probablemente es una de las guías más importantes publicadas en nuestro país. Aglutina a las sociedades implicadas en esta patología y está hecha con todo el rigor metodológico exigible para este tipo de documentos consensuados. Los conocimientos avanzan a velocidad vertiginosa y es prácticamente imposible estar al día sin la ayuda de una guía de como la actual. Es una actualización del conocimiento basada en pruebas científicas publicadas en revistas de prestigio identificando las revisiones sistemáticas y los ensayos clínicos de relevancia, por tanto hablamos de una medicina basada en la evidencia. El resultado además es sobre todo práctico para aplicar en nuestra actividad asistencial diaria, dando recomendaciones consensuadas.

El asma se puede considerar un síndrome por abarcar varias entidades con clínica similar y etiología diferente. El diagnóstico de sospecha es relativamente sencillo basado en síntomas guía y la confirmación en la mayoría de pacientes se basa en una prueba tan asequible como es la espirometría basal y tras broncodilatador. Por otra parte el tratamiento también es relativamente sencillo y disponemos de un amplio arsenal de tratamiento inhalado (base fundamental del tratamiento), aunque debemos familiarizarnos sobre todo con el que vayamos a manejar en nuestra consulta.

A pesar de lo expuesto, seguimos diagnosticando mal a muchos pacientes y probablemente no los tratamos adecuadamente en un alto porcentaje. Es fácil encontrar en urgencias pacientes sin tratamiento de base a pesar de estar sintomáticos y en una gran mayoría sin tratamiento antiinflamatorio de base, siendo el asma una enfermedad con base inflamatoria fundamentalmente. La GEMA (guía española para el manejo del asma), nos orienta desde la sospecha hasta el tratamiento y seguimiento sin necesidad de ir buscando en múltiples fuentes. El objetivo fundamental es incrementar el control de la enfermedad y mejorar la calidad de vida de los pacientes, modificando la forma y la calidad del diagnóstico y manejo terapéutico del profesional con respecto a esta enfermedad.

Paralelamente a la GEMA, sale la GEMA para pacientes, GEMA para cuidadores, la mini GEMA, y la posibilidad de su uso en Smartphone.

El asma es una enfermedad con una prevalencia en adultos de alrededor del 5% (muy variable dependiendo de la zona geográfica) y del 10% en niños.

Hay que distinguir entre los factores de riesgo para desarrollar la enfermedad y los factores desencadenantes de los síntomas.

Es una enfermedad inflamatoria crónica de las vías respiratorias, en cuya patogenia intervienen diversas células mediadoras de la inflamación condicionada en parte por factores genéticos y que cursa con hiperrespuesta bronquial (HRB) y una obstrucción variable del flujo aéreo, total o parcialmente reversible., ya sea por la acción medicamentosa o espontáneamente.

La inflamación de las vías respiratorias conlleva remodelación de las mismas, la obstrucción origina la mayoría de los síntomas, la HRB puede ser a múltiples estímulos unos específicos y otros inespecíficos (frio, ejercicio...) y la variabilidad en el tiempo y la intensidad de los síntomas y de la función pulmonar son una constante.

Para la sospecha diagnóstica nos basamos en los síntomas guía: sibilancias (el más característico), disnea, tos y opresión torácica. Son sobre todo nocturnos. El diagnóstico de confirmación nos lo darán las pruebas funcionales respiratorias, fundamentalmente la espirometría y su variación tras aplicar broncodilatador.

El tratamiento escalonado es fundamental, con importante significación de los corticoides inhalados que se usaran a partir del segundo escalón (por ejemplo necesidad de broncodilatador más de dos veces en semana o una vez por la noche).

Taller

Movimiento y Desarrollo

Hacine-Bacha García F

Directora de Movimiento y Desarrollo. Centro de Desarrollo Humano y Escuela de Danza en San Sebastián (Guipúzcoa). Presidenta de la Asociación Internacional de Desarrollo y Danza, Nur

7 Movimientos para la vida, es un taller de Movimiento, Danza, Biodanza y Meditaciones dinámicas, acompañado de música con una frecuencia idónea para activar la información del ADN. Hacemos un recorrido en los siete principales canales energéticos, para lograr armonía en nuestro sistema humano y social.

La metodología del movimiento es específica para cada canal energético. Esto nos ayuda eficazmente, a vincularnos de manera orgánica.

1º Canal: Ritmos tribales y folclóricos, para las consignas de vitalidad y despertar el coraje y el instinto de supervivencia.

2º Canal: Movimientos de la cintura pélvica, las consignas de sensualidad y de creatividad y trabajos instinto de conservación.

3º Canal: Las consignas sobre potencia, habilidad, eficacia e instinto de protección.

4º Canal La sensibilidad, afectividad y el trabajo de empatía a través de danzas y movimientos claves.

5º Canal La voz, trabajos de bioenergética danzas para trabajar sobre la identidad.

6 º y 7º Canal La integración de Biodanza en lo que corresponde a la trascendencia, visualizaciones y meditaciones dinámicas facilita un estado de claridad y de bien estar profundo.

Como beneficios, el trabajo de 7 Chakras en movimiento:

- Armoniza los instintos.
- Despierta la fuente de la afectividad.
- Estimula el sistema inmunológico.
- Mejora la comunicación, enriquece la vinculación con uno mismo y con los demás.
- Renueva el organismo, desbloquea las tensiones acumuladas.
- A través de la danza estimula el hemisferio derecho, la mayoría son movimientos que nacen del Ser y no de la mente, es una fuente de renovación y energetización etc...

El taller de movimiento y Desarrollo, 7 Movimientos para la vida, es un taller exclusivo, creativo, dinámico. Participando logras estar motivado y preparado para caminar ligero en tu vida y alcanzar tu estado deseado de manera fluida y amorosa.

Sobre la profesora:

Fátima Hacine –Bacha García

Ha sido formadora de formadores en Biodanza, le avalan 19 años con el desarrollo del potencial humano y 28 años en contacto con la danza pasando por el Ballet Clásico, Contemporánea, Árabe Oriental, Folklore Egipcio y Argelino y Biodanza.

Actualmente es Directora y Fundadora de Movimiento y Desarrollo, Centro de Desarrollo Humano y escuela de Danza.

Presidenta de la asociación Internacional de Desarrollo y Danza, Nur.

Movimiento y Desarrollo es un centro pionero en el País Vasco donde el trabajo de Movimiento y Desarrollo se ha implantado ya en grandes y pequeñas empresas privadas como públicas, desde industria hasta deportivas y salud. Diversas escuelas, centros de psicología, centros de crecimiento personal, asociaciones diversas y ayuntamientos.

Taller

Cuando la prescripción farmacológica fracasa: Visibilizando la violencia de género desde la consulta

Rodríguez Martínez M^ªP¹, Aragón Leal M^ªA²

¹Médica de Familia del Centro de Salud Montealegre en Jerez de la Fra. (Cádiz)

²Médica de Familia SCCU del Hospital de Jerez de la Fra. (Cádiz)

La Violencia de Género es la primera causa de muerte en las mujeres de entre 15 y 44 años según la OMS. Además es considerado un grave problema de Salud Pública debido a los costes y repercusiones sobre la salud de la mujer y de los hijos e hijas que conviven con ella. Por la estrecha relación con la paciente y las habilidades en comunicación de los profesionales sanitarios, la consulta de atención primaria es un lugar idóneo para realizar un abordaje bio-psico-social de la paciente y de su situación de maltrato. La propia OMS insta al personal sanitario a atreverse a preguntar a las mujeres, como forma de visibilizar la verdadera " demanda oculta".

Prestar atención a los mensajes del cuerpo nos ahorraría innumerables consultas. Si escucháramos aquéllos mensajes de los desequilibrios leves y nos concentráramos realmente en aquello que el cuerpo nos está mostrando, quizás los síntomas no se agravarían y la enfermedad no llegara a aparecer. Para poder detectar la Violencia de Género debemos conocerla para realizar un diagnóstico diferencial con otros problemas de salud. "Sólo se ve lo que se busca y sólo se busca lo que se tiene en la mente". La detección del maltrato en sus estadios precoces por parte de los profesionales sanitarios disminuirían los daños, las víctimas y los costes sanitarios provocados por este grave problema de Salud Pública.

La creación de un Protocolo común para la actuación sanitaria contra la Violencia de Género permite establecer una pauta de actuación normalizada y homogénea en todo el territorio nacional. El Protocolo andaluz para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género actualizado en el 2015 se basa en la Ley andaluza de medidas de prevención y protección integral contra la violencia de género.

Conocer el Protocolo actualizado donde se recogen: las características del maltrato, indicadores de sospecha, factores que hacen que una mujer permanezca en el mismo, la importancia del modelo biopsicosocial en la entrevista clínica, establecer un plan de actuación consensuado con ella y un seguimiento permitiría al médico de familia visibilizar y perder sus miedos y dudas a implicarse en este problema que año tras año sigue cobrándose víctimas.

Los objetivos principales de nuestro taller son:

- Mejorar la atención sanitaria ante la VG, sensibilizando a médicos/as de familia y dando a conocer el "Protocolo Andaluz para la Actuación sanitaria ante la Violencia de Género" actualizado en 2015.
- Afrontar miedos y creencias sobre la VG
- Descodificar el mensaje implícito de la demanda clínica; detectar la "demanda oculta"
- Escuchar el lenguaje del cuerpo
- Abordar el síntoma como un indicativo que favorece en la persona sana una voluntad de cambio.
- Conocer las características del maltrato contra las mujeres y los indicadores de sospecha
- Dotar de habilidades para la detección y manejo desde la consulta como la entrevista biopsicosocial.
- Valorar la fase motivacional de la mujer para respetar sus tiempos.

Durante el desarrollo del taller se utiliza una metodología expositiva tipo Power Point con los principales contenidos teóricos así como técnicas grupales con supuestos prácticos.

Se analizan indicadores de sospecha para llegar a la detección del maltrato y se ayuda a elaborar un plan de actuación en función del entorno biopsicosocial de la mujer.

Se fomenta la participación del alumnado mediante la recogida de ideas y conclusiones de los puntos tratados en los talleres.

Simulación de una entrevista clínica, analizando los elementos de la misma.

Para terminar se debate en grupo sobre los aspectos más relevantes ejerciendo los docentes la función de conductores y moderadores del mismo.

Taller

Acompañamiento al final de la vida. Terapia no farmacológica en cuidados paliativos. URM

García Navarro S¹, Araujo Hernández M², García Navarro EB³, Díaz Santos M⁴, Pérez Espina R⁵

¹Enfermera Gestora de Casos de la UGC Los Rosales. Huelva

²Enfermera. Profesora de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Huelva. Huelva.

³Profesora Ayudante Doctor de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Huelva

⁴Enfermera de la unidad de Ensayos Clínicos del Complejo Hospitalario Virgen del Rocío. Sevilla

⁵Enfermera de la Unidad de Apoyo Domiciliario de Cuidados Paliativos del Complejo Hospitalario de Huelva

Introducción

En el seno familiar cuando llega un acontecimiento estresante que moviliza los valores internos del grupo se produce lo que se conoce con el nombre de crisis familiar.

La respuesta de la familia ante estas situaciones estresantes, como es la enfermedad terminal, dependerá en gran medida del funcionamiento de la estructura familiar previo, de los afrontamientos que la familia haya experimentado en eventos importantes con anterioridad y de una serie de mitos, creencias y tradiciones que se desarrollan y establecen alrededor de este proceso (Muñoz 2002).

Los profesionales que atendemos a pacientes en situación paliativa debemos centrar nuestra atención en el paciente y la familia con el objetivo de disminuir el nivel de sufrimiento de todos los componentes familiares implicados en el proceso ayudándolos a la adaptación de su nueva situación (Baliza, 2012), en definitiva, ofreciendo un Acompañamiento durante el proceso que minimice las consecuencias que la muerte genera en el seno familiar.

Para garantizar unos cuidados efectivos es necesaria la implicación tanto de la familia como del equipo terapéutico.

La atención sanitaria que se ofrece al final de la vida requiere una coordinación entre los distintos niveles de atención sanitaria, de manera que no se produzcan fisuras en la continuidad asistencial de la unidad familiar. Para ofrecer a los pacientes bienestar y ayudarles a aceptar la enfermedad es preciso conocer bien sus necesidades, detectar las prioridades y, con respeto a su voluntad, tratar de intervenir en todos los síntomas concretos, orgánicos, o psicosociales que de acuerdo con su biografía individual sean motivo de preocupación para él y así lo exprese en un momento y situación determinados.

Para conseguir que este acompañamiento profesional al final de la vida sea efectivo, y sacie las necesidades que el paciente y las familias presentarán durante el proceso, es necesario que los profesionales desarrollen unas habilidades y que las pongan al servicio de los pacientes y familiares.

Estas habilidades según Muñoz (2002) son, la escucha activa, la Clarificación, el Silencio terapéutico, la reconversión cognitiva, el señalamiento, el reforzamiento y sugerir análisis de las situaciones de manera continua durante todo el proceso.

Objetivos generales

- Identificar los factores que influyen en el afrontamiento del individuo ante la fase final de la vida.

- Identificar la influencia del acompañamiento en el paciente en la fase final de la vida.
- Proponer estrategias de intervención profesional que favorezcan el afrontamiento efectivo del paciente y familia en la fase final de la vida.

Objetivos específicos

- Conocer los tipos de duelos.
- Conocer las fases presentes en el duelo.
- Determinar los duelos presentes en nuestra historia de vida.
- Reconocer las diferentes emociones que esos duelos generan en nosotros.
- Aportar estrategias para la resolución de los duelos propios y ajenos.

Metodología

La metodología de trabajo que se seguirá en la formación será de corte teórico práctica-vivencial.

Teórica: Los docentes profundizarán a lo largo del desarrollo del taller, los conceptos básicos para un acompañamiento efectivo, basándonos en las diferentes necesidades que se van presentando durante todo el proceso del final de la vida.

Práctica: Los docentes solicitarán al alumnado la realización de ejercicios prácticos con el fin de integrar mejor los conocimientos que están siendo expuestos.

Vivencial: el docente podrá trabajar terapéuticamente aspectos personales de aquellos casos prácticos expuestos por los alumnos que así lo soliciten (teniendo en cuenta las necesidades del proceso pedagógico y grupal) o que asientan ante la oferta del mismo y que surjan de la propia dinámica del taller.

El valor principal que define este taller es conocer a priori las necesidades de los participantes, adaptando así el contenido a las demandas de los discentes. De esta manera aseguramos un aprendizaje significativo con posterior facilidad en la aplicabilidad y transferencia de conocimientos.

Bibliografía:

1. Baliza MF, Bousso RS, Spineli VMCD, Silva L, Poles K cuidados paliativos no domicílio: percepção de enfermeiras da Estratégia Saúde da Família. Acta Paul Enferm. 2012; 25(Número Especial 2):13-8.
2. João Vicente César Fonseca, Teresa Rebelo. Necessidades de cuidados de enfermagem do cuidador da pessoa sob cuidados paliativos. Revista Brasileira de enfermagem Reben. Rev Bras Enferm, Brasília 2011; 64(1): 180-4.
3. López J, Rodríguez M. La posibilidad de encontrar sentido en el cuidado de un ser querido con cáncer. Psicooncología, Norteamérica, 4, jul. 2008. Disponible en: <<http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0707120111A/15753>>. Fecha de acceso: 25 abr. 2015
4. Muñoz F, Espinosa JM, Portillo J, Rodríguez G. La familia en la enfermedad terminal (I). Med fam Andal. 2002; 3: 190-199.
5. Muñoz F, Espinosa JM, Portillo J, Rodríguez G. La familia en la enfermedad terminal (II). Med fam Andal. 2002; 4: 262-268.

Taller

Envejecimiento activo: de la consulta a la comunidad, prescribiendo diferente. URM

Burgos Varo M^aL¹, Canalejo Echeverría A², Espinosa Almendro JM³, Gertrudis Díez M^aA², Muñoz Cobos F²

¹Trabajadora Social. UGC El Palo. Distrito Sanitario Málaga-Guadalhorce.

²Médico de Familia. UGC El Palo (Málaga). Miembro GdT Atención al Mayor de SAMFyC

³Médico de Familia. Miembro del Grupo de Atención al Mayor de SAMFyC. Asesor en Envejecimiento de la Secretaría General de salud Pública y Consumo, Consejería de Salud

Resumen

El entorno donde la persona vive es uno de los de determinantes de salud que influye directamente en la forma de envejecer. El hábitat humano incluye el sistema de relación que se establece entre sus habitantes.

El envejecimiento activo se define como: El proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen" (OMS). Y está relacionados con factores personales, de género, conductuales, económicos, culturales y del entorno incluyendo los sistemas de salud y sociales.

Se calcula que entre el 30% y el 60 % de todas las visitas de Atención Primarias son debidas a síntomas para los que no se encuentra causa médica y que están relacionados con el malestar biopsicosocial. Sin embargo se tratan como enfermedades, medicalizando situaciones que tienen más que ver con circunstancias vitales difíciles o problemáticas cuya solución no pasa por la prescripción farmacéutica.

Para conseguir un envejecimiento saludable, tenemos que partir del concepto de Promoción de Salud como un proceso para capacitar a las personas a incrementar su control sobre sus determinantes de salud y la Participación Comunitaria como proceso para que adquieran autonomía en toma de decisiones aumentando su poder y protagonismo en la mejora de su salud.

Las actividades preventivas y de promoción de salud deben realizarse a tres niveles:

- En consulta: Adoptando la perspectiva biopsicosocial de los problemas.
- A través de la Educación para la Salud individual, de grupos y comunitaria.
- Trabajo Comunitario

Para trabajar a nivel poblacional contamos con Estrategias de Orientación Comunitaria. Estas estrategias tienen un enfoque ecológico, en el que el contexto físico y social juega un papel protagonista como parte del sistema donde se desarrolla el ser humano. Cada persona forma parte de una o varias redes sociales que interactúan entre sí. Nuestro ámbito de actuación, Atención Primaria, atiende a la población en un contexto social compuesto por varios barrios, núcleos de población o áreas rurales que presentan unas características determinadas, comparten unos problemas e intereses concretos y se relacionan entre sí de forma más o menos organizada formando redes comunitarias.

- Trabajamos en red: Las redes forma parte de la organización social que permite a un grupo de personas potenciar sus recursos y contribuir a la resolución de problemas.

- Trabajamos en el Modelo de Desarrollo Comunitario basados en Activos de Salud, centrándonos en los factores que promueven el bienestar y la salud de las personas en lugar de poner el énfasis en los factores de riesgo que llevan a la enfermedad (Salutogénesis). Utilizamos los Mapas de Activos como forma de conocer los recursos comunitarios y de implicar a la población; con ello conseguiremos desarrollar su “Capital Social”.

Teniendo en cuenta que allá donde el entramado comunitario sea débil podremos, como profesionales sanitarios intervenir de forma activa planteando proyectos de promoción de salud que consiga a un mismo tiempo crear o fortificar las relaciones sociales de una colectividad.

Con el desarrollo del taller nos proponemos los siguientes objetivos:

- Identificar los determinantes sociales y su influencia en la situación sanitaria de las personas que acuden a consulta.
- Conocer recursos de apoyo o alternativos a la medicalización de las situaciones de malestar.
- Aplicar los principios del envejecimiento activo en la Atención Primaria con una orientación comunitaria.
- Identificar los activos en salud individuales y comunitarios.

Taller

Urgencias oncológicas aproximación descriptiva y abordaje desde atención primaria. Toxicidades. URM

Mateos Vázquez AM¹, López Verde F²

¹Doctor en Medicina. Médico de Familia SESCAM EAP Almadén (Ciudad Real)

²Médico de Familia SAS. Centro de Salud El Palo. Málaga

El enfermo oncológico aumenta su supervivencia y presencia en las consultas de atención primaria motivado principalmente por un mejor medio diagnóstico tanto en las campañas de screening como en la clínica (estadio precoz); y mejores supervivencias con los tratamientos oncológicos actuales. Las urgencias clínicas oncológicas se entienden como aquellas complicaciones derivadas del tumor o su tratamiento que requieren una actuación médica o quirúrgica urgente para evitar secuelas graves permanentes en el paciente o su muerte. Ante la imposibilidad de abordar todas debemos agudizar el ojo clínico, analizar constantes, averiguar el tipo de tumor, tipo de tratamiento actual y fecha de última quimioterapia como abordaje de inicio. Dividiremos a las urgencias en tres grupos: I. Derivadas del tumor y su localización con especial hincapié en la compresión medular, síndrome de cava superior; la hipertensión intracraneal; obstrucción de vía aérea, obstrucción intestinal, perforación intestinal; taponamiento pericárdico y las hemorragias tipo hematuria, hemoptisis, hemorragia digestiva etc. La importancia de abordaje precoz y uso de RMN en el diagnóstico de compresión medular y la terapia intensiva con corticoides apoyando el tratamiento con quimio terapia, radioterapia y hormonoterapia e incluso cirugía.

El conocimiento de síndrome de cava superior como obstrucción de cava superior a su paso por el mediastino superior por infiltración, compresión o trombosis. Responsable son cánceres de pulmón y linfoma o trombosis de port-acath. Es este último caso son necesario la anticoagulación.

En un segundo grupo de urgencias las relacionadas con procesos metabólicos del tumor tipo hipercalcemia como la más frecuente, la hipoglucemia, el síndrome de secreción inadecuada de ADH etc. motivado por sustancias producidas por el tumor. El síndrome de hiperviscosidad y la hiperleucocitosis en procesos oncohematológicos.

En un último grupo abordaría urgencias relacionadas con complicaciones del tratamiento. Por su frecuencia y gravedad el síndrome febril neutropénico definido como la presencia de fiebre mayor de 38 y neutrófilos menores a 500 en lagunas series se describe hasta un 30% la ausencia de foco destacando la existencia de focos pulmonares (neumonía) o urinaria como más frecuente. Distinguir si son infección de alto riesgo o bajo riesgo según la gradación del TALCOTT Y programar un tratamiento ambulatorio con antibioterapia de amplio espectro (ciprofloxacino) durante periodos no superiores a 7 o 10 días.

La enterocolitis neutropénica es un síndrome clínico que se desarrolla en paciente inmunodeprimidos consistente en dolor abdominal y fiebre con un pronóstico de mortalidad de hasta en un 50%.

El tromboembolismo pulmonar es una entidad clínica de la que se debe estar siempre presente en estos pacientes por el tumor, la inmovilización, las cirugías previas, la quimioterapia y la radioterapia. Su clínica puede ser algo larvado con un dímero D no de utilidad pero siendo muy útil un TAC con

contraste y la gammagrafía de ventilación perfusión necesitando anticoagulación y un soporte hemodinámico precoz.

El conocimiento general de fármacos quimioterapéuticos y sus toxicidades (cardiaca, cutánea, gastrointestinal, hematológica) nos permiten abordarla durante los periodos críticos. La toxicidad más frecuente de todas son los vómitos o émesis postquimioterapia tratada con nuevos fármacos antiemético NK1 como aprepitant, antiH3 ondasetron, granisetron, asociados o no a corticoides y antieméticos de menor potencia como primperan como forma de toxicidad esperable en cierto fármacos emetógenos como (taxol, adriamicina, BCNU etc.) Control de diarrea postquimioterapia provocada por fármacos como irinotecan o cpt11 con uso racional de atropina. Manejo de la mucositis postquimioterapia con antisépticos+desbridante+anestésico+antifúngicos. Control de la neurotoxicidad de taxanos con amitriptilina. Nociones terapéutica de extravasaciones por agentes irritantes o vesicantes; uso de tiomucose, corticoides y medidas físicas.

Taller

Uso racional de la prescripción antibiótica en atención primaria. URM

Alcántara Bellón JD

Médico de Familia. Director de la UGC Luis Tarcido. Bollullos Par del Condado (Huelva)

Resumen

El descubrimiento de los antibióticos supuso uno de los hechos más trascendentes de la medicina. Desde su descubrimiento, han salvado millones de vidas, y han hecho posibles avances médicos inimaginables. Sin embargo, su uso indiscriminado e inadecuado es un factor clave en la aparición de las resistencias bacterianas. En muchos países, como el nuestro, son frecuentes las infecciones por bacterias sensibles a un solo antimicrobiano, y crecen los casos de infecciones causadas por bacterias resistentes a todos los antibióticos conocidos.

Los antibióticos se acaban, es tiempo de actuar. Con este mensaje desesperado la Sociedad Americana de Enfermedades Infecciosas (IDSA) se dirigía a la comunidad médica en el año 2008.

Desafortunadamente, este mensaje sigue vigente hoy en día porque los dos problemas a los que pedía hacer frente, las resistencias bacterianas y el agotamiento de la eficacia de los antibióticos, no han dejado de aumentar. El problema es de tal magnitud que, la Organización Mundial de la Salud (OMS), ha definido la resistencia a los antimicrobianos como una grave amenaza para la Salud Pública mundial y ha realizado un llamamiento a todos los países para desarrollar estrategias para optimizar el uso de estos medicamentos.

Conocemos que una de cada dos prescripciones de estos fármacos es innecesaria o se realiza de manera inadecuada tanto en atención primaria, como en hospitales. El 90% de todas las prescripciones antibióticas se realizan en atención primaria. La razón principal es que la formación médica en antimicrobianos es deficiente, porque existe un balance negativo entre la ingente cantidad de conocimientos que sobre las enfermedades infecciosas, las resistencias bacterianas y los antibióticos se genera continuamente, y el tiempo de formación que los médicos le dedicamos. Las consecuencias de este uso inadecuado de los antimicrobianos son muy graves: incremento de la mortalidad y morbilidad de los pacientes, de las reacciones adversas; de las resistencias bacterianas y del gasto sanitario.

La investigación, y la formación de los médicos para optimizar la utilización de los antimicrobianos, son las medidas más importantes para luchar contra la crisis de los antibióticos.

Los talleres prácticos y los programas para la optimización de antimicrobianos (PROA) son la mejor medida para mejorar la formación. Estos programas están integrados en el Programa PIRASOA, que tiene como objetivos reducir la incidencia de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria, en especial las producidas por bacterias resistentes, y optimizar el uso de antimicrobianos, tanto en Atención Primaria como en el Hospital.

En este taller, práctico, nos centramos en los Síndromes más frecuentes en Atención Primaria y está basado fundamentalmente en desmontar falsas creencias, mitos y supuestas verdades no demostradas científicamente, sobre el adecuado uso de antibióticos, rebatiendo frases erróneas como: “Fiebre es igual a infección, e infección es igual a tratamiento antibiótico”, “Los antibióticos

son inocuos”, “Hay que cubrir todas las posibilidades diagnósticas”, “Como va bien no lo cambio”, “Más vale que sobre” “Las resistencias bacterianas no tienen remedio”.

Nuestro objetivo es conseguir romper la inercia terapéutica, clarificar el tema y reconducir conductas no adecuadas que carecen de soporte científico.

Doctor tengo un bulto en el cuello desde hace poco

Yera Cano R¹, Lechuga J²

¹ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Úbeda. Jaén

² MIR 2º año. Hospital Clínico San Carlos. Madrid

Ámbito del caso

Ámbito mixto: atención primaria y hospital.

Motivos de consulta

Acude a consulta por bultoma en el lado izquierdo del cuello de pocos días de evolución.

Historia clínica

Enfoque individual. Antecedentes personales: varón de 29 años, no alergias medicamentosas, abuso de cocaína y uretritis gonocócica hace unos meses. En tratamiento con venlafaxina retard 150 mg.

Anamnesis: acude refiriéndonos que presenta un bultoma en el lado izquierdo del cuello de pocos días de evolución, sin fiebre ni ningún otro síntoma. No había tenido relaciones sexuales de riesgo ni había estado en contacto con animales.

Exploración: beg, coc, buena perfusión e hidratación. Bultoma en región supraclavicular izquierda, no adherida a planos profundos, consistencia media blanda, muy dolorosa a la palpación.

Pruebas complementarias: analítica, serología que fueron normales. Mantoux que resultó ser negativo. Radiografía de tórax normal. Ecografía: lesiones ocupantes de espacio hipoecogénicas, la mayor medía 3x1.73 cm. No lesiones ocupantes de espacio hepáticas, no esplenomegalia, testículos normales.

Enfoque familiar y comunitario: soltero, vive con sus padres. Todos preocupados por el problema de su hijo con el consumo de cocaína; ha llegado a crear problemas familiares.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: síndrome linfoproliferativo, reacción inflamatoria, tumor, metástasis tumorales. Dificultad para identificar exactamente la causa y derivación a otra unidad asistencial.

Tratamiento y planes de actuación: derivación a hematología para descartar síndrome linfoproliferativo.

Evolución: se realizó nueva analítica que fue normal. TAC: sugerente de proceso linfoproliferativo. Se realizó finalmente biopsia y se halló diagnóstico de linfoma de Hodgkin tipo esclerosis nodular IIIB. Posteriormente se realizó nueva radiografía de tórax donde se observaron adenopatías hiliares izquierdas y pinzamiento del seno costofrénico izquierdo. Actualmente en tratamiento con ciclos de quimioterapia.

Conclusiones

Es muy importante realizar en atención primaria una exhaustiva anamnesis, una completa exploración física y pedir pruebas complementarias, ya que en estos casos se puede llegar al diagnóstico en el 90% de los casos. Los ganglios supraclaviculares deben de ser objeto de estudio histológico en todos los casos.

Palabras Clave

Mass, lymphoma, Hodgkin.

¿Por qué no trago bien?

Pérez Razquin E¹, Barbosa Cortés M¹, Hidalgo Berutich A²

¹ Médico EBAP. Consultorio Tharsis. Huelva

² Médico EBAP. Consultorio Villanueva de los Castillejos. Huelva

Ámbito del caso

Atención primaria y especializada.

Motivos de consulta

Disfagia.

Historia clínica

Antecedentes personales: alergia a guisantes, soja, legumbres y frutos secos, exfumador.

Anamnesis: disfagia de años de evolución con episodios de impactación que alivia con ingesta de líquidos, sin odinofagia, disfonía, disnea ni fiebre.

Exploración: normal.

Pruebas complementarias: hemograma, bioquímica, coagulación, y VSG normales. Ig e total 184 (alta). Endoscopia: estenosis relativa 20 cms de arcada dentaria, sugestiva de esofagitis eosinofílica, que se biopsia, y confirma sospecha diagnóstica, resto sin hallazgos patológicos.

Enfoque familiar o comunitario: no procede.

Juicio diagnóstico: esofagitis eosinofílica.

Tratamiento y plan de actuación: Omeprazol 20 mg: 1-0-0, derivación a servicio alergología, y valorar tratamiento con fluticasona tópica.

Conclusiones

Dado que la esofagitis eosinofílica es una enfermedad de reciente estudio, no conocemos sus posibles complicaciones, pero los médicos de atención primaria, tendremos que estar alerta ante pacientes jóvenes o niños con antecedentes personales de alergia alimentaria, que presenten disfagia o impactación alimentaria, para un adecuado manejo y evitar incluso retraso del crecimiento en estos últimos.

Palabras Clave

Deglutition disorders, eosinophilic esophagitis, food allergens.

Adecuación de la indicación clínica de gastroprotección para omeprazol en una Unidad de Gestión Clínica (UGC) de Andalucía

Rojas Feixas L¹, Calvo Real M², Criado Portero I³

¹ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Rute. Córdoba

² Médico de Familia. CS Rute. Córdoba

³ Médico de Familia. DCCU y CS Priego de Córdoba. Córdoba

Objetivos

Determinar la adecuación de la indicación del tratamiento con omeprazol en relación a la indicación de gastroprotección, según las guías de práctica clínica (GPC), en la población adscrita a una UGC andaluza.

Diseño

Estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento

UGC andaluza.

Material y método

Población y muestra: población elegible: pacientes en tratamiento continuado con omeprazol durante tres meses previos al estudio. Población diana: pacientes consumiendo frecuentemente omeprazol.

Muestra: universo muestral.

Intervenciones: se registró la adecuación de indicación de tratamiento para gastroprotección en pacientes que en los tres meses previos habían presentado un tratamiento continuado con omeprazol. El análisis cuantitativo de las variables se realizó mediante descripción de datos, análisis bivalente y análisis lineal multivariante.

Resultados

El número de pacientes que consumían habitualmente omeprazol en la UGC estudiada en trimestre previo al estudio fue 646 pacientes, la edad media 68,67 (Dt 15,50), el 61,3% mujeres; el 38,7% hombres. Se advirtió una idoneidad en la indicación de tratamiento con omeprazol como gastroprotector en el 43.81% del grupo, se presentó un sesgo de información del 38.85% del grupo, y no presentó indicación de gastroprotección, aunque si para otras patologías el 17.34 % de pacientes. Al eliminar el sesgo de información resultó que de todos los pacientes que tenían indicación recogida en historia clínica, la gastroprotección supuso el 71,64% de los casos.

Conclusiones

El grado de adecuación según las GPC es elevado para la indicación de gastroprotección. En un elevado porcentaje de pacientes no se encuentra recogida el motivo de indicación del tratamiento con omeprazol.

Palabras Clave

Omeprazol, gastritis, prevención.

Diferencias en el grado de adecuación en la indicación de gastroprotección de omeprazol según las Guías de Práctica Clínica (GPC) en un grupo de intervención en una UGC de Andalucía

Rojas Feixas L¹, Criado Portero I², Calvo Real M³,

¹ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Rute. Córdoba

² Médico de Familia. DCCU y CS Priego de Córdoba. Córdoba

³ Médico de Familia. CS Rute. Córdoba

Objetivos

Determinar el grado de adecuación de indicación de omeprazol en gastroprotección, según las GPC, en los grupos de pacientes: respondedores y no respondedores tras intervención con un plan de mejora para optimización del consumo de omeprazol, en una UGC andaluza.

Diseño

Estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento

UGC andaluza.

Material y método

Población y muestra: población elegible: pacientes en tratamiento continuado con omeprazol durante los tres meses previos a la intervención. Población diana: pacientes que consumen frecuentemente Omeprazol.

Muestra: universo muestral.

Intervenciones: elaboración de hojas informativas con secundarismos e indicaciones de gastroprotección del omeprazol según GPC y colocación en consultas al alcance de los usuarios durante tres meses. Análisis cuantitativo de las variables mediante descripción de datos, análisis bivalente y análisis lineal multivariante. Pacientes respondedores: reducción al menos 6 dosis diarias definidas (DDD) post-intervención.

Resultados

El número de pacientes que consumían habitualmente omeprazol el trimestre previo al estudio fue 646, edad media 68,67 (Dt 15,50), 61,3% mujeres. Fueron respondedores 280. En el grupo de respondedores: edad media 67,25 años (Dt 16,33), 62,14% mujeres. En el de no respondedores: edad media 69,87 años (Dt 14,76), 60,38% mujeres. En el grupo de respondedores la indicación de gastroprotección era adecuada en 45,33% de casos, con un sesgo de información del 26,67%, en el grupo de no respondedores fue adecuada en 69,3% de casos, con un sesgo de información del 13,16%, existiendo diferencias significativas entre grupos ($p=0.016$).

Conclusiones

La indicación de omeprazol en la gastroprotección se relaciona con los grupos de respuesta no respondedores, apoyando la adecuada indicación del tratamiento desde el inicio en este grupo.

Palabras Clave

Omeprazol, gastritis, prevención.

Aneurisma trombosado en arteria poplítea

Díaz Aguilar C¹, Aguilera Peña M¹, Díaz Gómez J²

¹ FEA Urgencias. Hospital de Montilla. Córdoba

² FEA Radiología. Hospital de Montilla. Córdoba

Ámbito del caso

Urgencias hospitalarias.

Motivos de consulta

Dolor en hueso poplíteo derecho.

Historia clínica

Paciente mujer de 56 años sin antecedentes de interés. Acude a urgencias de nuestro hospital por presentar dolor en hueso poplíteo derecho de 5 días de evolución. Niega caída o sobreesfuerzo. Refiere que está siendo tratada de mediante escleroterapia de venas varicosas, además de usar medias de compresión. En tratamiento con metamizol e ibuprofeno sin mejoría clínica.

A la exploración no hay signos de trombosis venosa profunda (TVP) ni signos inflamatorios. En la inspección se observan varículas en ambos miembros inferiores y pequeños hematomas superficiales. A la palpación de hueso poplíteo derecho existe dolor que se reproduce con la flexión pasiva de la rodilla derecha. Son varios los procesos patológicos en los que pensar: quiste de Baker complicado, patología tendinosa o muscular o patología vascular, dentro de la cual están los estados trombóticos potencialmente graves.

Se solicita analítica con dímero d 660microg/dl. Se realiza ecografía doppler de ambos miembros inferiores que es informada de aneurisma de arteria poplítea derecha parcialmente trombosado con dificultad para detectar el pulso pedio; el miembro inferior izquierdo no presenta hallazgos patológicos.

Ingresa en el servicio de cirugía cardiovascular y se interviene mediante by-pass poplíteo-poplíteo. Durante su estancia hospitalaria no se produjo ninguna incidencia. Al alta se prescribe tratamiento con pentoxifilina 600mg/12h y clopidogrel 75mg/24h. Se realiza seguimiento en el servicio de rehabilitación y medicina física por dolor post-quirúrgico como secuela, empleándose tens analgésicos.

Conclusiones

El caso clínico no sólo nos despertó la curiosidad por lo poco frecuente de la patología (prevalencia del 0.1% en la población general, el 1% en hombres mayores de 65 años). Los aneurismas poplíteos per se no son peligrosos por su rotura sino por el riesgo de trombosis y de isquemia distal asociada que ocurre en aproximadamente el 30% de los casos filiados. Esto conlleva un riesgo de mortalidad cercano al 5% y de amputación en torno al 20-40%. En el ámbito de la medicina de familia, el conocimiento de las secuelas o complicaciones que la enfermedad/tratamiento pueden conllevar, nos obliga a actualizar nuestra biblioteca mental a pesar de tratarse de una enfermedad rara

Palabras Clave

Knee pain, popliteal aneurysm, surgery.

Paciente con dolor torácico y urticaria: Síndrome de Kounis

Castillo Moraga M¹, Mejías Estévez M², Gómez Pérez T³

¹ Médico de Familia. CS Sanlúcar barrio bajo. Cádiz

² Médico de Familia. Equipo de cuidados paliativos Costa Noroeste. Cádiz

³ Enfermero. EPES. Cádiz

Ámbito del caso

Consulta de medicina de familia y servicio de urgencias extrahospitalario y hospitalario.

Motivos de consulta

Reacción urticarial y dolor centrotorácico.

Historia clínica

Enfoque individual: paciente de 60 años, portador de dos Stent tras infarto agudo de miocardio (IAM) anterolateral dos años antes, episodio depresivo leve, urticaria recidivante con pruebas cutáneas negativas, ocasionalmente asociada a episodios de dolor torácico que se han atribuido a ansiedad. No otros factores de riesgo cardiovascular. No refiere otros antecedentes personales ni familiares de interés.

Consulta por lesiones cutáneas urticariformes en tronco, cara y miembros, eritema generalizado, prurito intenso y dolor centrotorácico opresivo de media hora de evolución.

Auscultación cardiopulmonar sin alteraciones. Regular estado general, sudoroso, muy ansioso. Tensión arterial 142/89 Mmhg. Saturación de oxígeno 98%. Resto de la exploración sin alteraciones. En el electrocardiograma (ECG), presenta ritmo sinusal y descenso de segmento ST en I, avl, v1, v2 y v3, no existentes en ECG previos de control realizados después del IAM.

Se canaliza vía periférica mientras se contacta con equipo de emergencias para traslado hospitalario. Se administra metilprednisolona 80 mg y dexclorfeniramina intravenosos, ácido acetilsalicílico 300 mg vía oral y un comprimido de cafinitrina sublingual. El paciente refiere mejoría total del dolor torácico y del prurito. Se observa atenuación de la reacción dérmica y normalización del ECG.

En el hospital se realiza seriación de ECG que no vuelve a presentar cambios y determinación de enzimas cardíacas, hemograma y bioquímica básicas sin alteraciones.

Juicio clínico: síndrome de Kounis (vasoespasm coronario asociado a urticaria).

Tratamiento y plan de actuación: se sustituye medicación habitual por otra equivalente para tratar de descartar alergia farmacológica. Se deriva a consulta de alergología para continuar estudio y a cardiología para seguimiento.

Conclusiones

El síndrome de Kounis debe ser considerado como diagnóstico diferencial en pacientes con urticaria y dolor torácico. Es importante descartar causas orgánicas de dolor torácico en situaciones de gran ansiedad del paciente. De igual forma es fundamental el abordaje interdisciplinar del paciente para asegurar un adecuado diagnóstico y seguimiento.

Palabras Clave

Allergic reaction, coronary vasospasm, Kounis.

Paciente que acude a consulta AP por persistencia de tos

Gómez Zafra L¹, Orozco Casado N², Dalouh I³

¹ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Felipe. Jaén

² MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Federico del Castillo. Jaén

³ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Torredonjimeno. Jaén

Ámbito del caso

Mixto. Parte en atención primaria, urgencias y atención especializada. Caso multidisciplinar.

Motivos de consulta

El motivo de la primera visita fue un cuadro de tos sin expectoración junto con odinofagia de varios días de evolución en tratamiento con cloperastina (por cuenta del paciente) sin mejoría por lo que consulta con su médico de familia.

Historia clínica

Antecedentes personales: exfumador hace 15 años (45 paq/a). Alérgico a la aspirina. Resto sin interés.

Anamnesis: varón, 56 años, acude a consulta de atención primaria por cuadro de tos sin expectoración junto con malestar general. Pautamos algidol, un sobre cada 8 h y si no mejora volver de nuevo. A los tres días, vuelve con empeoramiento de su estado general, disnea de esfuerzo, fiebre de hasta 38.5º, tos seca.

Exploración: consciente y orientado, regular estado general, eupneico en reposo, febril, buena coloración de piel y mucosas, normohidratado y normoperfundido. Acr: tonos rítmicos, puros, son roces, soplos u extratonos. Murmullo vesicular conservado con crepitantes en campo superior derecho. Miembros inferiores sin edemas ni signos de trombosis venosa profunda. Se deriva al servicio de urgencias hospital médico-quirúrgico de Jaén para valoración y realización de pruebas complementarias.

Pruebas complementarias: analítica: HB 13, leucocitos 22.360 (PMN 95%), plaquetas 336.000. Glucosa 124, urea 64, creat 1'4, sodio 129, PCR 251. Gasometría arterial: po2 73, pco2 28, PH 7'49. SAT o2 96%. Radiografía tórax: neumonía extensa que ocupa todo lóbulo superior derecho. No derrame pleural. Índice cardiotorácico normal. Broncograma aéreo. Electrocardiograma: ritmo sinusal a 80 lpm, eje normal, no alteraciones agudas de la repolarización.

Enfoque familiar y comunitario: estudio de la familia y la comunidad. Familia nuclear en etapa IV (contracción), con mujer y dos hijos (uno de ellos continua conviviendo con ellos). Red social con alto apoyo emocional e interacción social positiva.

Diagnóstico diferencial: tuberculosis pulmonar, neoplasia, tromboembolismo pulmonar, neumonitis, vasculitis granulomatosas, insuficiencia cardíaca, Sd hemorrágicos alveolares, enfermedad pulmonar intersticial.

Juicio clínico: tras valorar la clínica se plantea como principal diagnóstico neumonía en lóbulo superior derecho.

Tratamiento: se procede a ingreso hospitalario en servicio de neumología con tratamiento antibiótico intravenoso (clindamicina y cotrimazol), mucolíticos y paracetamol IV

Evolución: satisfactoria desde el punto de vista respiratorio por lo que es alta médica a los siete días.

Conclusiones

La aplicabilidad de este caso para médicos de familia es la importancia del seguimiento de nuestros pacientes que acuden por cuadros banales de tos, que se cronifican y no mejoran con tratamiento sintomático. Importancia también de la auscultación cardiorrespiratoria para tener en cuenta la solicitud de radiografía de tórax.

Diferencias por sexo en una intervención educativa sobre conocimientos y actitudes hacia la sexualidad en adolescentes de dos institutos

Barbosa Cortés M¹, Pérez Razquin E², Carrillo Rufete M³, Hidalgo Berutich A¹, Pedregal González M⁴

¹ Médico EBAP. Consultorio Villanueva de los Castillejos. Huelva

² Médico EBAP. Consultorio Tharsis. Huelva

³ Enfermera EBAP. Consultorio Villanueva de los Castillejos. Huelva

⁴ Médico de Familia. UDM de AF y C de Huelva. Huelva

Objetivos

Conocer posibles diferencias por sexos en efectividad de intervenciones del programa forma joven sobre conocimientos y actitudes en sexualidad.

Diseño

Estudio de intervención con grupo control sin asignación aleatoria.

222 alumnos de 3º,4º de ESO y 1º,2º de bachillerato: 126 en intervención, 96 en control.

Emplazamiento

Atención primaria.

Material y método

La intervención consistió en asesorías individuales/grupales y talleres sobre educación afectivo-sexual.

Variables independientes son intervención educativa, edad, sexo, curso y centro escolar.

Variable dependiente es el “cuestionario de actitudes y conocimientos hacia la sexualidad” con 26 preguntas sobre sexualidad y prácticas sexuales, anticoncepción y riesgo de embarazo, infecciones de transmisión sexual, autoestimulación e igualdad de género. Fue validado. Se solicitó consentimiento informado.

Resultados

Edad media: 16,8 años (Dt: 1,44). 59,7% chicas y 40,3% chicos. Hay mayor participación femenina en grupo intervención (65,3%) que en grupo control (52,6%) ($p=0,06\%$).

Las diferencias por sexo solo fueron estadísticamente significativas en 3 preguntas:

“si mis padres me pillaran con un preservativo, se enfadarían mucho conmigo” ($p<0,001$, $p=0,008$). Opinión mayoritaria de chicas frente a chicos en ambos grupos.

“la masturbación es una forma legítima de conseguir placer” ($p= 0,03$, $p= 0,046$). Opinión predominante de chicos frente a chicas en ambos grupos.

“la homosexualidad es una enfermedad” ($p=0,07$). Opinión mayoritaria de chicos frente a chicas en grupo control.

Conclusiones

Las intervenciones en educación sexual resultan efectivas para mejorar los conocimientos y actitudes, prácticas sexuales, y anticoncepción en adolescentes, sin grandes diferencias en cuanto a sexo, aunque persisten actitudes diferentes según género, lo que puede interpretarse como una adecuada educación entre chicos y chicas.

Hemorragia intracerebral, una emergencia neurológica

Moreno Osuna F, Recio Ramírez J, Molina Martos Á.

Médico adjunto de Urgencias. Hospital Alto Guadalquivir de Montilla. Córdoba

Ámbito del caso

Urgencias hospitalarias.

Motivos de consulta

Cefalea súbita hemicraneal derecha con vómitos y vértigo y palpitaciones.

Historia clínica

Antecedentes personales: diabetes mellitus tipo 2, déficit del factor x de la coagulación dislipemia.

Anamnesis: paciente que consulta por cefalea hemicraneal derecha de 2 horas de evolución con palpitaciones, vómitos y vértigos.

Exploración: Neurológica: escala de Glasgow: 15, hemianopsia temporal bilateral, leve hemiparesia izquierda. Auscultación cardiopulmonar: arritmico, taquicardico, murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos.

Pruebas complementarias: Hemograma, bioquímica, coagulación. Radiografía de tórax. Electrocardiograma: fibrilación auricular, frecuencia cardiaca 170. TAC craneal: hematoma parietooccipital derecho abierto a sistema ventricular. Hematoma subdural hemisférico derecho. Signos de herniación subfalciana.

Juicio clínico: hematoma parietooccipital derecho. Hematoma subdural. Fibrilación auricular rápida.

Diagnóstico diferencial: ictus isquémico, disección carotídea.

Tratamiento: 2 ampollas de amidorona intravenosas + ondasetron intravenoso+ paracetamol + metamizol intravenoso + elevar cabecero cama 30 grados, control de temperatura, glucemia, y tensión arterial.

Planes de actuación: se deriva a hospital de referencia para valoración por neurocirugía.

Evolución: tras cinco días ingresado en unidad de cuidados intensivos y con tratamiento conservador el paciente evoluciona favorablemente pasando a planta de neurología y siendo dado de alta tras 32 días, con reabsorción favorable de ambas hemorragias cerebrales y en ritmo sinusal.

Conclusiones

La hemorragia intracerebral sólo representa entre el 10 y el 15% de todos los ictus, sin embargo condiciona un peor pronóstico, con unas tasas más elevadas de morbilidad y mortalidad. Es frecuente que durante las primeras horas tras el inicio de los síntomas se produzca un empeoramiento clínico, lo cual condiciona un peor pronóstico, por lo que la hemorragia intracerebral constituye una emergencia neurológica en la que debe realizarse un diagnóstico y tratamiento adecuado de manera precoz y dónde el médico de urgencias hospitalarias y extrahospitalarias desempeña un papel fundamental

Doctor llevo mucho tiempo con las lesiones en la cara

Yera Cano R¹, Gallardo Ramírez M², Ortiz Viana M¹

¹ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Úbeda. Jaén

² MIR 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Úbeda. Jaén

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de consulta

Acude a consulta por presentar unas lesiones en nariz, frente, mentón y zona lateral del cuello de cuatro meses de evolución.

Historia clínica

Enfoque individual.

Antecedentes personales: varón de 42 años, no alergias medicamentosas, enfermedad reflujo gastroesofágico, esteatosis hepática, asma, bulboduodenitis.

Anamnesis: acude refiriendo lesiones en la cara de varios meses de evolución sin fiebre ni ningún otro síntoma añadido, no antecedentes familiares de lesiones similares. Tampoco había tomado ningún tóxico ni lo achacaba a ningún tratamiento. En ese momento el paciente se encontraba muy preocupado porque estaba en trámite de divorcio con su mujer.

Exploración: lesiones eritematosas eccematosas papulosas de características inflamatorias que se extendían a mejillas, nariz, frente, mentón y cuello. También se observaban signos de cuperosis en las mismas zonas eritematosas. También se observaron lesiones eritematosas en región genital y perianal con descamación posterior. Signos de liquenificación en manos.

Pruebas complementarias: se solicitó analítica completa con hemograma, bioquímica, serología, perfil reumatoideo e incluso anticuerpos antinucleares.

Enfoque familiar y comunitario: en trámite de divorcio con problemas familiares. Posteriormente se añadió otro factor emocional: se encontraba en paro.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: rosácea. Diagnóstico diferencial: lupus eritematoso sistémico. Dificultad para filiar causa y manejo terapéutico.

Tratamiento y planes de actuación: ante la sospecha de que fuese un caso de rosácea se pautó metronidazol en gel y doxiciclina vía oral.

Evolución: el paciente, a pesar del tratamiento, continuó con nuevos brotes de lesiones eritematosas papulopustulosas y eccematosas en las mismas zonas y seguían relacionándose con factores emocionales previos que padecía el paciente. Se consultó con el servicio de dermatología de atención primaria y finalmente se diagnosticó al paciente de rosácea fulminans, una variante de rosácea que aparece de forma casi exclusiva en mujeres adolescentes. Se pautó isotretinoína vía oral añadiendo glucocorticoides durante un corto periodo y mejoró considerablemente.

Conclusiones

Muy importante realizar una correcta anamnesis y exploración física detallada, además de la realización de pruebas complementarias. Ante la manifestación de estos signos descritos en un hombre no hay que descartarlo por ser una variante de rosácea exclusiva en mujeres.

Palabras Clave

Skin, rosacea, stress.

Mi marido ha perdido la memoria bruscamente

Yera Cano R¹, Gallardo Ramírez M², Ortiz Viana M¹

¹ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Úbeda. Jaén

² MIR 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Úbeda. Jaén

Ámbito del caso

Atención primaria y hospitalaria.

Motivos de consulta

Acude a consulta por presentar afasia de forma súbita.

Historia clínica

Enfoque individual. Antecedentes personales: varón de 61 años, no alergias medicamentosas, cardiopatía isquémica no revascularizada. Tratamiento: bisoprolol y ácido acetilsalicílico.

Anamnesis: refiere dificultad para la nominación de ciertos nombres y objetos sin objetivar pérdida de fuerza. No presentaba fiebre ni otros síntomas añadidos.

Exploración: buen estado general, consciente, orientado en tiempo y espacio, afasia motora. Pupilas isocóricas y normorreactivas, motores oculares externos conservados, resto de pares craneales conservados, no pérdida de fuerza ni sensibilidad, no disimetría, marcha normal. Auscultación: tonos cardíacos rítmicos, murmullo vesicular conservado sin ruidos patológicos. Abdomen blando, no doloroso a la palpación, no masas ni organomegalias. No edemas en miembros inferiores ni signos de trombosis venosa profunda.

Pruebas complementarias: analítica con parámetros dentro la normalidad. Radiografía de tórax: silueta cardíaca dentro del límite superior a la normalidad, no infiltrados ni derrame pleural. Electrocardiograma: ritmo sinusal a 90 latidos por minuto con extrasístoles ventriculares y q en cara anterior. TAC cráneo: tenue área hipodensa en región frontoparietal izquierda con discreto borramiento de los surcos cerebrales, compatible con lesión isquémica en evolución.

Enfoque familiar y comunitario: paciente casado con 3 hijas, todos con gran preocupación ante la situación actual del paciente.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: ictus. Diagnóstico diferencial: amnesia global transitoria, tumor, jaqueca, infección neurológica. Dificultad para pautar tratamiento correcto lo más pronto posible.

Tratamiento y planes de actuación: anticoagulación. Ingreso en medicina interna para solicitud de más pruebas complementarias para filiar causa desencadenante.

Evolución: evolucionó favorablemente durante ingreso. Se realizaron varias pruebas: ecografía doppler de troncos supraaórticos, donde se observaron placas de ateroma calcificadas en bifurcación carotídea. En ecocardiografía transtorácica se observó cardiopatía hipertensiva y una leve dilatación de aurícula izquierda. Resonancia magnética con contraste: infarto isquémico agudo prominentemente cortical frontal opercular izquierdo e infarto crónico cortical frontal derecho. Estudio de trombofilia normal. Finalmente alta con tratamiento: atorvastatina, ácido acetilsalicílico, omeprazol, bisoprolol, captopril.

Conclusiones

Destacar la importancia de realizar una buena historia clínica y solicitar las pruebas complementarias adecuadas, ya que de esta manera podemos llegar al 100% del diagnóstico como en este caso.

Palabras Clave

Aphasia, brain, infarction.

Más allá de la hiperglucemia

Escañuela García R¹, Sales Blanco G², Casado Sánchez I³

¹ CP3. DCCU de Málaga. Málaga

² Médico de Familia. CS Álora. Málaga

³ CP2. DCCU de Málaga. Málaga

Ámbito del caso

Urgencias extrahospitalarias y hospitalarias.

Historia clínica

Mujer de 94 años con antecedentes personales de DM2 (glicazida), HTA (losartan) y temblor esencial. Avisa la familia a ccue por disnea y disminución del nivel de conciencia. Afirman que ese mismo día ha finalizado tratamiento con azitromicina por irva que comenzó hace 5 días, y que cada día está más deteriorada y realizando menos ingestas.

A la llegada del equipo la paciente presenta disminución del nivel de la conciencia importante (Glasgow de 8/15), signos de deshidratación, saturación de O₂ de 70%, Fr de 36 con roncus, glucemia hi (>500 mg/dl), TA 90/60 Mmhg. ECG anodino.

Juicio clínico: coma hiperosmolar. Actitud: O₂ con reservorio, canalización de vía periférica con aplicación de suero salino, 20 ui de insulina IV y traslado al hospital.

Observación de urgencias: destaca glucemia de 856 mg/dl, creatinina de 3.14 mg/dl, NA 166 meq/l, Cl 136 meq/ly k normal, leucocitosis con desviación a la izquierda, hematocrito de 33%. PH 7.2, cetonuria negativa. Empeoramiento en las siguientes horas (Glasgow 6/15) pese a rehidratación oral e intentos de corrección de la glucemia y desequilibrios electrolíticos.

Tras consultar con la familia se decide sedación con cloruro mórfico y midazolam, con posterior éxitus.

Conclusiones

El síndrome hiperglucémico hiperosmolar no cetósico es una complicación grave que ocurre con mayor frecuencia en las personas con diabetes tipo 2 de avanzada edad y usualmente es el resultado de una enfermedad o infección. La mortalidad es elevada en estos pacientes porque con frecuencia no se hace el diagnóstico, o se hace tardíamente cuando ya el proceso lleva varios días de evolución y las alteraciones metabólicas se han hecho más graves y difíciles de revertir.

Palabras Clave

Hiperosmolar, hiperglucemia, desequilibrio electrolítico.

Actuación en varón de 24 años que presenta síntomas inespecíficos

Dalouh I¹, Gómez Zafra L², Orozco Casado N³

¹ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Torredonjimeno. Jaén

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Torredonjimeno. Jaén

³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Federico Del Castillo. Jaén

Ámbito del caso

El caso se desarrolla en atención primaria, en el área de urgencias hospitalarias y en atención especializada.

Motivos de consulta

Paciente varón de 24 años que acude a consulta por sentirse en los últimos días decaído, con cansancio, sudoración nocturna y sensación distérmica.

En esta primera consulta, recetamos paracetamol para la sensación distérmica, y recomendamos que se observara por si no hubiera mejoría. A los 3 días, acude nuevamente y nos comenta que desde hace una semana había notado una tumoración a nivel de la celda maxilar y en región supraclavicular izquierda sin darle demasiada importancia; ante esta situación, decidimos derivar al paciente a urgencias para valoración y realización de pruebas complementarias.

Historia clínica

Antecedentes personales: obesidad. No tratamiento actual. Hábitos tóxicos: tabaquismo y bebedor ocasional.

Exploración: Acr: disminución del murmullo vesicular en base derecha. Abdomen: blando, depresible, sin signos de irritación peritoneal, ni masas ni megalias. Adenopatía 2 cm supraclavicular izquierda redondeada, dolorosa a la palpación, y adenopatía en celda maxilar derecha.

Pruebas complementarias: Analítica: leucocitosis 17.000, PMN 80%; FA 191, PCR 1,8. Serología: negativa. TAC tórax: adenopatías supra e infraclaviculares, múltiples imágenes adenopáticas a nivel mediastínico tanto peritraqueales como tímicos. Fondo de ojo: 2 pequeñas lesiones corneales izquierdas. TAC abdominal: esplenomegalia, imágenes adenopáticas retroperitoneales a nivel paraórtico lado izquierdo y/o nivel aortocava. Biopsia adenopatía: linfoma Hodgkin, variante de celularidad mixta.

Tras valorar la clínica, y las pruebas complementarias planteamos como diagnóstico linfoma Hodgkin, variante de celularidad mixta.

Conclusiones

Destaca la implicación y seguimiento del médico de familia que aprovecha los parte de IT (incapacidad temporal) que tiene que recoger el paciente para preguntarle sobre su estado de salud y el tratamiento que está recibiendo.

Palabras Clave

Fiebre, linfoma Hodgkin, incapacidad temporal.

Algo más que EPOC

Ortigosa Meléndez M¹, Casado Sánchez I², Escañuela García R³

¹ Médico de Familia. DCCU de Málaga. Málaga

² Médico de Familia. DCCU de Málaga. CS Miraflores. Málaga

³ Médico de Familia. DCCU de Málaga. CS Puerta Blanca. Málaga

Ámbito del caso

Urgencias extrahospitalarias y hospitalarias.

Motivos de consulta

Se activa DCCU por paciente de 80 años, EPOC, con aumento de disnea de habitual de 3 días de evolución.

Historia clínica

Antecedentes personales: Namc, HTA, DM, EPOC severo enfisematoso con O₂ domiciliario, saosmoderado con bipap, Ic, Fa. En tratamiento con amlodipino/olmesartán, nitroglicerina parches, acenocumarol, foster nexthaler, terbamin th, budesonida, eklira, combiprasal, omeprazol, digoxina, lorazepam y deflazacort.

A la exploración: TA 240/110, saturación O₂ 96% con gafas nasales a 4lpm, FC 98 lpm, FR 40 rpm, afebril, consciente y orientado, regular estado general, sudoroso, cianosis distal, taquipneico, acr: arrítmico, MVC, sibilantes y ronus dispersos con tiraje subcostal, no edemas en miembros inferiores. ECG: FA a 86 lpm, BCRD, signos de impregnación digital (cubeta digital).

Durante el traslado se administra captopril 25 oral, diazepam 5 sublingual, aerosolterapia con bromuro de ipatropio y budesonida, 2 ampollas furosemida IV, 1/3 cloruro mórfico IV y 3 ampollas labetalol IV. Llegada al hospital: TA 210/117. Taquipneico con trabajo abdominal. Mal perfundido. Crepitantes bibasales.

Pruebas complementarias: RX tórax signos congestivos. Gasometría: PH 7.213, PCO₂ 78.5, bicarbonato 30. resto, sin alteraciones.

Juicio clínico: EAP secundario a crisis hipertensiva. Se coloca cpap, se inicia perfusión con NTG y furosemida IV con control de diuresis, consiguiéndose mejoría clínica y subjetiva, con TA 130/75, FR 20, saturación O₂ 99% con gafas nasales a 4 lpm.

Se ingresó en medicina interna para seguimiento.

Conclusiones

HTA y EPOC son patologías prevalentes en las consultas de atención primaria. Presentan un alto impacto sobre la población, por su elevada prevalencia y por la pérdida de calidad de vida. Muestran un aumento de riesgo de complicaciones para los pacientes afectados, como en este caso. Por ello el seguimiento y control de estos pacientes es un objetivo a alcanzar para los médicos de AP.

Palabras Clave

EPOC, hipertensión arterial, edema agudo de pulmón.

Hepatotoxicidad por estatinas

Ortiz Viana M¹, Yera Cano R², Dueñas Dueñas L³

¹ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital San Juan de La Cruz. Úbeda (Jaén)

² MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Úbeda. Jaén

³ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Úbeda. Jaén

Ámbito del caso

Atención primaria. Atención hospitalaria.

Motivos de consulta

Anorexia, pérdida de peso, dolor en miembros inferiores, coluria.

Historia clínica

Enfoque individual. Antecedentes personales: osteoporosis, degeneración macular asociada a la edad, espondiloartrosis, infarto de miocardio, temblor esencial, hipertrofia de ventrículo izquierdo.

Tratamiento: ácido acetil-salicílico, lorazepam, primidona, bisoprolol, hidroclorotiazida, carteolol en colirio.

Anamnesis: mujer de 82 años que sufre un infarto de miocardio en enero de 2015. Fue revascularizada con 2 Stents. Desde entonces, se sustituyen los 40 mg de simvastatina por 80 mg de atorvastatina al día. En enero de 2016 se le hace una analítica por presentar un cuadro de dolor en miembros inferiores, anorexia, pérdida de peso y coluria.

Exploración: ictericia de piel y mucosas. Resto sin interés.

Pruebas complementarias: analítica de sangre: GGT: 624 u/l, AST 2262 u/l, ALT 1308 u/l, FA 301 u/l, CPK 1650 u/l, índice de protrombina 64%, tiempo de protrombina 14,7 seg, BT 3,6 mg/dl BD 3,1 mg/dl. Es portadora sana de VHB, otros marcadores de hepatitis negativos. Eco abdominal: sin hallazgos de interés. Ecocardiograma: hipocinesia apical.

Enfoque familiar y comunitario: dos hijos. Su cuidadora es su nuera.

Juicio clínico: miopatía y hepatotoxicidad por estatinas.

Diagnóstico diferencial: hepatitis víricas, tóxicas, isquémicas, autoinmune, por obstrucción biliar
Identificación de problemas: polimedicación, alternativa terapéutica, evolocumab.

Tratamiento: se suspende tratamiento con atorvastatina, sustituyéndose por ezetimiba y, después, por evolocumab al no controlarse con el anterior.

Planes de actuación: retirada del fármaco sospechoso (atorvastatina) y controles analíticos. El cuadro se resolvió espontáneamente. Actualmente, en tratamiento con evolocumab. Seguimiento por su médico de atención primaria y cardiología.

Evolución: satisfactoria. Se han normalizado las cifras de transaminasas.

Conclusiones

La estatinas son fármacos seguros y bien tolerados. Son una causa poco frecuente de hepatotoxicidad. La atorvastatina es la más implicada. Hay que vigilar la función hepática de manera periódica, sobre todo, en pacientes que tienen de base las transaminasas altas y en mayores de 80 años por presentar mayor predisposición a sufrir este tipo de efecto adverso. A mayor dosis y potencia mayor riesgo de efectos adversos. Deben valorarse los efectos adversos del evolocumab.

Palabras Clave

Statins, myopathy, toxic hepatitis.

VHC y sus efectos

Casado Sánchez I¹, Escañuela García R², Ortigosa Meléndez M³

¹ Médico. DCCU de Málaga. CS Cruz Humilladero. Málaga

² Médico. DCCU de Málaga. CS Puerta Blanca. Málaga

³ Médico. DCCU de Málaga. Málaga

Ámbito del caso

Urgencias extrahospitalaria y hospitalaria.

Motivos de consulta

Paciente de 72 años con vómitos hemáticos de repetición en lugar público, acude UVI móvil.

Historia clínica

Antecedentes personales: Namc. HTA. Hepatopatía crónica por VHC en estadio cirrótico Child B con datos de Htp, episodio previo de descompensación hídrica que precisó paracentesis evacuadora. Loe hepática de 24 mm entre segmentos VII y V del LHD sugestiva de hepatocarcinoma, sobre la que se realizó tratamiento percutáneo con microondas.

Tratamiento actual: propranolol 40 mg/12h, mononitrato isosorbida 50 mg/24h, hidroclorotiazida/ameride 50/5mg/12h, furosemida 40 mg/24h, omeprazol 20 mg/24h, sofosbuvir/ledipasvir.

Exploración física: TA 90/40. FC 80 lpm. Saturación O₂ 100%. Consciente, orientado y colaborador. Beg. Bh. Bn. Palidez cutánea. Rítmico y regular. MVC. No se auscultan ruidos respiratorios. Abdomen anodino. No focalidad neurológica.

En el hospital, se administra bolo y perfusión de somatostatina y se coloca SNG donde se evidencia sangrado activo. Se solicitan 2 ui de hematíes.

Analítica (1): HB 12.2, VCM 101, plaquetas 101000, leuco 7800 (n78%), actividad protrombina 59%, glucosa 170, urea 117, creatinina 1.51, NA 141, K 4.5, LDH 237, GOT 45, BT 2.2, BI 0.8, PCR 1. Se contacta con digestivo para EDA con juicio endoscópico HDA por varices esofágicas grado II con datos premonitorios. Gastropatía de la HTP. Lamc. Terapéutica endoscópica: esclerosis con etanolamina. Analítica (2): HB 9.7g/dl, HTO 27.7%, VCM 97 fl, plaquetas 59000, tiempo protrombina 50%.el paciente permaneció estable 24 horas en observación y posteriormente, ingreso en digestivo.

Conclusiones

La infección por VHC es un problema sanitario a nivel mundial. En España se estima que en torno al 2% de la población está infectada, por lo que, si tenemos en cuenta las consecuencias a largo plazo de la infección (hepatitis crónicas, cirrosis hepáticas y hepatocarcinomas), la lucha de la enfermedad debe ser un tema prioritario para los profesionales sanitarios, insistiendo en la prevención primaria y secundaria.

Palabras Clave

Hcv, cirrhosis, hepatocellular carcinoma.

Otras causas de abdomen agudo: apendagitis epiploica

Rodríguez Chaves M¹, Borne Jerez S², Albarrán Núñez M²

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Isla Chica. Huelva

² Médico. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva

Ámbito del caso

Urgencias hospitalarias.

Motivos de consulta

Dolor abdominal de aparición súbita, de doce horas de evolución, en hemiabdomen inferior derecho sin otra sintomatología acompañante.

Historia clínica

Varón de 31 años. Obeso y fumador de 10 cigarrillos al día, sin otros antecedentes de interés. El paciente consulta por presentar dolor abdominal de aparición súbita, de 12 horas de evolución, intenso y localizado en flanco derecho y fosa iliaca derecha. Sin fiebre y sin náuseas, vómitos o alteraciones del hábito intestinal.

A la exploración, hemodinámicamente estable. Abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación en fosa iliaca derecha con defensa, Murphy negativo. Sin masas palpables y con ruidos hidroaéreos conservados. Resto de exploración por aparatos normal.

Pruebas analíticas dentro de la normalidad, salvo proteína C reactiva 2,1 mg/dl.

Ante la persistencia del dolor y la defensa a la palpación de la zona a pesar de analgesia intravenosa, se completa estudio con pruebas de imagen donde se detectan hallazgos compatibles con infarto omental o apendagitis epiploica.

El diagnóstico diferencial se plantearía en primer momento con la apendicitis aguda por su localización e incluso con otras causas de dolor abdominal como hernias o gastroenteritis aguda. En caso de localización izquierda, también habría sido a tener en cuenta la diverticulitis.

Identificación de problemas: la no correlación entre la clínica del paciente y los resultados, anodinos, de las pruebas complementarias iniciales, motivo por el cual se decide completar estudio con prueba de imagen.

Enfoque familiar y comunitario: buena red de apoyo social, sin factores estresantes.

El abordaje de esta patología se realizaría de forma conservadora, con antiinflamatorios orales, reposo y corrección de sobrepeso; con todo ello, la evolución del paciente fue favorable.

Conclusiones

Importancia a la hora de enfrentarnos a un dolor abdominal agudo de las etiologías más frecuentes pero sin olvidar que existen otras tantas menos comunes. En este caso en particular, destacar el papel que nuestra impresión clínica y exploración tiene a la hora de evaluar al paciente ya que se completa el estudio a pesar de la normalidad de los valores analíticos debido a ello.

Palabras Clave

Appendix epiploica, omental appendix, acute lower abdominal pain.

Perfil del paciente con intento de autolisis en un hospital comarcal

González López De Gamarra S, Doblas Miranda C, Recio Ramírez J, Muñoz Romero E, Gómez García M, Díaz Aguilar C

Médico de Urgencias. Hospital de Montilla. Córdoba

Objetivos

Conocer el perfil de los pacientes que llegan a un servicio de urgencias hospitalarias tras intento autolítico, así como las formas mediante las cuales llevan a cabo las tentativas.

Diseño

Estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento

Atención hospitalaria.

Material y método

Pacientes que ingresan en el servicio de urgencias por intento de autolisis durante el año 2015.

Resultados

De un total de 45 casos, el 71% correspondía a mujeres, con una media de edad de 51 años. El 29% eran hombres cuya media de edad era menor (44 años).

Según forma de tentativa, la más frecuente era la sobreingesta exclusiva con fármacos psicótrpos (55,5%) y 24,4% más si consideramos combinación con otros tipos de fármacos o tóxicos. 6 fueron casos de autolesiones (3 mediante heridas incisas en muñecas, 2 por intento de ahorcamiento y otro por disparo).

El 82,2% tenía tratamiento psiquiátrico previo, anteriores tentativas de suicidio en el 46,6%. De los meses de marzo a septiembre incluyen la mayoría de las tentativas (71,11%). Casi todos los casos se derivan para valoración psiquiátrica (71% a salud mental de distrito y 27% a hospital de referencia).

Conclusiones

El perfil de nuestro paciente suicida es el de una mujer de mediana edad que abusa de fármacos psicótrpos que en la mayoría tiene prescrito por sus antecedentes psiquiátricos. Destacar la estacionalidad de los meses de primavera-verano como de más incidencia de casos y la derivación a valoración psiquiátrica urgente de casi todos los casos tras someterse a un periodo de observación.

Palabras Clave

Suicide, attempted, emergency service, hospital, emergency services, psychiatric

Disnea en paciente de 79 años

Santos Moyano M¹, Vázquez Mancilla E², Navarro Jiménez J³

¹ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Carranque. Málaga

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

³ Médico de Familia. CS Carranque. Málaga

Ámbito del caso

Urgencias.

Motivos de consulta

Disnea.

Historia clínica

Antecedentes personales: no alergias medicamentosas conocidas, no hábitos tóxicos, no tratamiento habitual.

Anamnesis: paciente de 79 años que acude por cuadro disnea de una semana de evolución, edematización periférica y ortopnea, no disnea paroxística nocturna, previamente refiere estar completamente asintomático, no cuadro catarral, no fiebre.

Exploración: Buen estado general, eupneico en reposo, afebril. Auscultación: rítmico, soplo pansistólico multifocal, más intenso en foco aórtico y crepitantes bibasales. Miembros inferiores: edemas con fovea hasta rodillas.

Pruebas complementarias: EKG: ritmo sinusal a 101 lpm, eje izquierdo, BRDHH, con alteraciones secundarias a la repolarización, T negativa lateral. Analítica de sangre: hemoglobina 14,2, plaquetas 266000, glucosa 105, urea 71, creatinina 1,66 fg 39, NA 146, CK 189, LDH 403, NTPROBNP 34343, CKMB 5,90, troponina i 0,71, dímero d 2096. Radiografía de tórax: cardiomegalia, elongación y ateromatosis aórtica, signos de congestión venocapilar. Ecocardiograma: hipertrofia VI, función sistólica severamente deprimida, imagen sugestiva de trombo intracavitario, válvula aórtica calcificada y engrosada y estenosis severa, cavidades derechas dilatadas con datos de hipocontractilidad de VD.

Enfoque familiar y comunitario: el paciente vive solo, viudo e independiente para ABVD, poco frecuentador de la consulta de atención primaria, sin datos de interés en su historia única de salud digital.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial: insuficiencia cardíaca en paciente con estenosis aórtica severa no conocida, VI con imagen de trombo intracavitario y función global severamente deprimida, VD con función sistólica deprimida. Diagnóstico diferencial de disnea: origen pulmonar: asma, neumonía, edema pulmonar, neumotórax, TEP, acidosis metabólica...origen cardíaco: IAM, insuficiencia cardíaca, obstrucción valvular, arritmias, taponamiento cardíaco...

Evolución: se le realiza cateterismo: enfermedad coronaria severa de dos vasos, se revasculariza con Stents farmacoactivos e implante de válvula aórtica percutánea.

Conclusiones

El interés de nuestro caso para atención primaria, viene de la necesidad del examen periódico de salud a >65años, si los hubiera hecho se podría haber detectado la estenosis aórtica, siendo tratado y evitando el desarrollo de este cuadro y las lesiones estructurales.

Palabras Clave

Health services for the aged, dyspnoea, aortic valve stenosis.

Adenopatía axilar significativa

García González J¹, Chávez Sánchez J², Carbajo Martín L³.

¹ Médico de Familia. DCCU. AGS Sur de Sevilla. Sevilla

² Médico de Familia. DCCU. AGS Sur de Sevilla. Sevilla

³ Médico de Urgencias. Hospital de alta resolución Utrera. Sevilla

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de consulta

Lesión nodular tumefacta y dolorosa de 3.5 cm de diámetro en axila derecha.

Historia clínica

Enfoque individual: Varón de 52 años. Antecedentes de hipertensión arterial en tratamiento con enalapril. Acude a la consulta por lesión nodular tumefacta y dolorosa de 3.5 cm de diámetro en axila derecha de más de una semana de evolución. Además refiere en la anamnesis sudoración nocturna ocasional sin fiebre.

Exploración física sin hallazgos (salvo la lesión en axila).

Enfoque familiar: vive con su mujer y dos hijos. Padre fallecido. Madre viva con antecedentes de hipertensión y diabetes.

Tratamiento, planes de actuación: Se pauta tratamiento antibiótico sin mejoría, en las pruebas complementarias analítica, serología, hemograma y marcadores tumorales normales, por lo que se consulta el caso con medicina interna para valoración. Se realiza TAC con diagnóstico de adenopatía axilar de 3 cm y conglomerado adenopático retroperitoneal. Se le realiza biopsia-extirpación de adenopatía axilar con diagnóstico anatomopatológico de linfoma de Hodgkin clásico.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial: Linfoma de Hodgkin. El aumento del tamaño del ganglio requiere estudio cuando aparecen uno o más ganglios de diámetro igual o superior a 1 cm, sin una causa previa conocida. Las adenopatías pueden ser inflamatorias o no inflamatorias. Las adenopatías no inflamatorias englobarían a las neoplásicas. Un 50% son tumores de los ganglios linfáticos y un 40% son metástasis de otros tumores. Las adenopatías inflamatorias agudas están relacionadas con infección vías aereodigestivas altas. Las inflamatorias subagudas/crónicas hay que destacar: TBC, VIH, sarcoidosis, toxoplasmosis, otras: tularemia, enfermedad por arañazo de gato, sífilis, brucelosis.

Conclusiones

La pregunta más importante que nos plantearemos ante un paciente con adenopatías, es si se trata de un proceso banal que no precisa más exploraciones o si se debe realizar exploraciones complementarias para aclarar su naturaleza. Para responder a esta pregunta es fundamental realizar una rigurosa evaluación de la presentación clínica, una correcta anamnesis y exploración física, para orientar bien el diagnóstico, antes de realizar estudios complementarios. La presentación más frecuente del linfoma de Hodgkin es en forma de adenopatías simultáneas por lo que ampliar la exploración o el interrogatorio puede simplificar el diagnóstico.

Palabras Clave

Lymph nodes, Hodgkin disease, lymph node biopsy.

Midriasis unilateral arreactiva

García González J¹, Chávez Sánchez J¹, Carbajo Martín L²

¹ Médico de Familia. DCCU. AGS Sur de Sevilla. Sevilla

² Médico de Urgencias. Hospital de alta resolución Utrera. Sevilla

Ámbito del caso

Urgencias atención primaria y hospitalarias.

Motivos de consulta

Visión borrosa y sensación de cuerpo extraño en ojo.

Historia clínica

Enfoque individual: mujer de 76 años con antecedentes de EPOC severo en tratamiento con oxígeno domiciliario, salbutamol, bromuro de ipratropio y budesonida nebulizados. Acude por presentar sensación de cuerpo extraño y dificultad para la visión en ojo derecho de una hora de evolución tras realizar tratamiento nebulizado prescrito.

En la exploración destaca además de una hipoventilación marcada con sibilancias y roncus dispersos, anisocoria con midriasis arreactiva en ojo derecho sin otra clínica neurológica ni oftalmológica acompañante.

Enfoque familiar y comunitario: vive con una hija soltera, cuidadora formal por las mañanas.

Plan de actuación, tratamiento: se deriva al hospital de referencia, donde es valorada por el servicio de oftalmología y neurología que descartan causa orgánica y atribuyen la midriasis al efecto anticolinérgico secundario a bromuro de ipratropio.

Juicio clínico: midriasis unilateral arreactiva como efecto secundario de bromuro de ipratropio nebulizado

Diagnóstico diferencial: Enfermedad cerebral: parálisis III par, tumores, meningitis, encefalitis, abscesos cerebrales, accidentes vasculares encefálicos, aneurismas cerebrales. Enfermedad ocular: glaucoma, alteraciones estructurales del iris, cirugía ocular previa. Causa farmacológica.

Conclusiones

La anisocoria se define como la diferencia de tamaño de las pupilas. Se considera un signo clínico de alarma pues se asocia a daño cerebral grave pero también hay que pensar en causas más benignas como el glaucoma, uso de colirios midriáticos o tratamientos broncodilatadores.

El bromuro de ipratropio es un derivado sintético de la atropina que antagoniza los efectos de la acetilcolina al bloquear los receptores muscarínicos colinérgicos. Hay que tener en cuenta que, si entra en contacto con los ojos, puede producir irritación y dolor ocular, midriasis, cicloplejía y visión borrosa, aunque estos efectos son transitorios.

La formación del paciente y de sus familiares por parte del personal sanitario en la técnica de nebulización es fundamental para evitar fracasos terapéuticos y efectos secundarios de los fármacos.

Palabras Clave

Anisocoria, bronchodilator agents, secondary effect.

"Doctor, mi hijo tiene tos"; cuadros pertusoides en la infancia

Rodríguez Chaves M¹, Morera Sanz M², González Fernández B¹

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Isla Chica. Huelva

² Pediatra. UGC Adoratrices. Huelva

Ámbito del caso

Pediatría atención primaria.

Motivos de consulta

Tos persistente de un mes de evolución, paroxística, con algún vómito en dicho contexto. Sin fiebre ni sintomatología alérgica asociada.

Historia clínica

Varón de 10 años. Sin antecedentes de interés. Acude por presentar tos, de un mes de evolución, que en la última semana ha ido en aumento, paroxística, con inspiración profunda y estridor al final de alguna de las crisis y algún vómito asociado a las mismas. Durante las primeras semanas, aparte de tos, presentó congestión nasal y rinorrea. Sin fiebre. Asintomático en los periodos intercrisis.

A la exploración física, auscultación cardiorrespiratoria normal, sin ruidos patológicos sobreañadidos. Resto de exploración por aparatos normal.

Pruebas complementarias: se completa estudio con analítica general, radiografía de tórax y Mantoux que han resultado normales.

Diagnóstico diferencial: en un primer momento, se podría pensar en una infección respiratoria de vías altas y en una bronquitis aguda. Cuando el paciente acude con tos de un mes de duración, el diagnóstico diferencial incluiría la posibilidad de estar ante una tuberculosis o una infección respiratoria de vías bajas, hiperreactividad bronquial asociada a alergia medioambiental, aparte de, sobre todo, por las características de la tos y ausencia de clínica que oriente a otras posibilidades de síndrome pertusoide.

Tratamiento: iniciamos tratamiento con macrólido vía oral, en este caso, azitromicina 10 mg/kg/24 horas durante 5 días.

Evolución: favorable, aunque presenta tos de similares características varios meses después.

Conclusiones

La importancia de este caso radica en conocer la manifestación clínica del síndrome pertusoide en la infancia, cuando se afectan niños y no lactantes, presentando estos una clínica menos prolongada y más leve; teniendo en cuenta esta posibilidad en el diagnóstico diferencial de la tos de largo tiempo de evolución que tan frecuente es en pediatría de atención primaria. Por otro lado, la identificación temprana de los casos para iniciar el tratamiento antibiótico lo antes posible e iniciar el aislamiento oportuno, lo cual constituye un reto en la actualidad, por la similitud a la infección respiratoria de vías altas en un primer momento.

Palabras Clave

Pertussis, whooping cough, paroxysmal cough.

Incremento de la adherencia terapéutica en diabéticos tipo 2 en tratamiento con insulina: la consulta telefónica

Cordobés López J¹, Gómez Osuna Y², Marcos Sánchez A³

¹ Médico de Familia. CS Trigueros. Huelva

² Enfermera de Familia. CS Trigueros. Huelva

³ Médico de Familia. CS San Juan Del Puerto. Huelva

Objetivos

La diabetes tipo 2 (DM2) es un equivalente de enfermedad vascular.

Se debe mejorar la adherencia terapéutica para alcanzar el objetivo terapéutico individual minimizando los efectos secundarios, siendo la comunicación telefónica una herramienta para tal fin. El objetivo principal es mejorar el cumplimiento terapéutico.

Diseño

Estudio quasi experimental de intervención terapéutica en DM2 con insulina gliargina en seguimiento mínimo de seis meses.

Emplazamiento

ZBS rural.

Material y método

Los pacientes se incluyen mediante aleatorización simple.

Se contacta telefónicamente indicando los cambios de hábitos de vida y de dosis de insulina hasta alcanzar los objetivos terapéuticos.

Se determinan y/o calculan la glucemia capilar preprandrial, HBA1c basal, 3 y 6 meses, CT, C-LDL, C-HDL, TG, creatinina y el índice microalbuminuria/creatinina.

Resultados

Tamaño muestral de 29 pacientes, de edad media 68,3 años para ambos géneros (60% mujeres), de 10,6 +/- 6,6 años de evolución de DM2, asociados a otros FRCV (HTA 96%, dislipemia 74,5%, tabaco 24,1), ECV (38,5%), función renal conservada (96.2%).

El fármaco antidiabético asociado más frecuentemente es la metformina asociado o no a otro (53.2%).

Se aprecia una reducción significativa de niveles de glucemia capilar desde el inicio con reducción media del 56%. El descenso medio de la HBA1c es de casi un punto a los tres meses y de 1,4 al finalizar el estudio. No se apreció diferencias según género, edad o de ECV, ni se modifica metabolismo lipoproteico o función renal.

Conclusiones

El apoyo telefónico mejora los niveles del metabolismo hidrocarbonado, al aumentar la interacción educador-paciente y, por ende, la adherencia terapéutica.

Palabras Clave

Medication adherence, diabetes mellitus, type 2, insulin

La ecografía testicular en urgencias. Detección de tumores testiculares

Recio Ramírez J¹, Sánchez Sánchez M², Aguilera Peña M³, Fernández Romero E⁴, Sancho Zapatero J⁵, Vida López J⁶.

¹ Médico de Familia. Servicio de Urgencias. Hospital de Montilla. Córdoba

² Enfermera. Servicio de Urgencias. Hospital de Montilla. Córdoba

³ FEA Urgencias. Hospital de Montilla. Córdoba

⁴ Médico de Familia y de Urgencias. Hospital de Montilla. Córdoba

⁵ Hospital de Montilla. Córdoba

⁶ Hospital de Montilla. Córdoba

Objetivos

Analizar del uso de la ecografía en urgencias en el síndrome escrotal agudo.
Diagnóstico precoz de tumores testiculares.

Diseño

Estudio descriptivo observacional (2014-2015).

Emplazamiento

Servicio de urgencias hospitalario de 2º nivel.

Material y método

Se incluyeron pacientes sin límite de edad que acudieron al servicio de urgencias por dolor testicular (n=78), y que se les realizó una ecografía testicular (n=32).

Se estudiaron las variables: edad, teste afectado, tiempo evolución, fiebre, sistemático de orina, diagnóstico ecográfico y antibiótico administrado.

Resultados

La edad media fue de 39 años. Seis pacientes son menores de 20 años, de los cuales el 33,3 % (n = 2) fueron torsiones testiculares. El testículo afectado en el 75% de los casos es el derecho. En cuanto al tiempo de evolución la mayoría llevada sólo unas horas con el dolor (31%), y el 70% menos de 3 días. Sólo el 15% de los casos presentaba fiebre, todos relacionados con orquiepididimitis complicadas con leucocituria.

El diagnóstico más frecuente fue la orquiepididimitis aguda (43,7% n=14), seguida del hidrocele (12,5%, n=4), tumor (12,5%, n=4), torsión (9,4%, n=3), trauma (6,25%, n=2), varicocele (6,25%, n=2), absceso (6,25%, n=2) y otros (3 %, n=1). En el 72% de los casos se administró pauta antibiótica (amoxicilina-clavulánico y ciprofloxacino). Sólo el 15% de los casos preciso de ingreso urgente.

Conclusiones

El diagnóstico más frecuente en urgencias del síndrome escrotal agudo es la orquiepididimitis aguda del teste derecho, con manejo ambulatorio.

Los tumores testiculares son un hallazgo ecográfico más frecuente de lo esperado, pudiendo realizarse un diagnóstico precoz en urgencias por ecografía.

Palabras Clave

Emergency hospital service; ultrasound; testicle.

¿Doctor por qué me duele la mandíbula?

Sánchez García M¹, Bejarano Ávila G², Reyes Gilabert E³

¹ Médico de Familia. DS Sevilla Sur. Sevilla

² Odontóloga. UGC de Salud Bucodental. DS Aljarafe Sevilla Norte. Sevilla

³ Odontólogo. DS Aljarafe Sevilla Norte. Sevilla

Ámbito del caso

Atención primaria. Caso multidisciplinar.

Motivos de consulta

Mujer que acude por dolores en la zona mandibular.

Historia clínica

Enfoque individual. Antecedentes personales: colon irritable.

Anamnesis: mujer de 65 años que acude a consulta por presentar desde hace un par de meses al levantarse dolores en la zona mandibular, costándole abrir la boca para comer y sensibilidad dental al tomar alimentos fríos y calientes. Nos comenta que aprieta los dientes por la noche.

Exploración física: en el examen intraoral se observa atricción severa en sectores postero-superiores e inferiores; con cambio de coloración de la dentina. Test de Hamilton (44 puntos). Se deriva a odontólogo.

Pruebas complementarias: analítica con valores dentro del rango de la normalidad, ortopantomografía.

Enfoque familiar y comunitario: viuda hace un año vive con su única hija que es soltera.

Juicio clínico: trastorno de ansiedad, bruxismo. Diagnóstico diferencial con otras patologías médicas que puedan provocar ansiedad (hipotiroidismo, hipertiroidismo, feocromocitoma, insuficiencia coronaria, arritmias, abstinencia a sustancias, eTC); diferenciar el bruxismo de abrasión pérdida de sustancia dentaria por frotamiento, atricción por pérdida de sustancia dentaria por desgaste funcional, erosión pérdida de sustancia dentaria por sustancias químicas.

Tratamiento, planes de actuación: tratamiento odontológico con rehabilitación protésica, férula de descarga, ejercicios miofuncionales y antiinflamatorios. Así mismo desde atención primaria tratamiento farmacológico de la ansiedad (antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y benzodiazepinas) e intervención psicoterapéutica.

Evolución: la paciente presenta mejoría de la sintomatología que motivó la consulta así como del estado de ánimo.

Conclusiones

El bruxismo es un trastorno que tienen personas que aprietan los dientes de forma involuntaria sin tener un objetivo masticatorio. Es un hábito inconsciente. Como factores predisponentes están los trastornos emocionales y el estrés.

Es un mecanismo de escape, que genera diferentes consecuencias, entre ellos, el dolor orofacial, los cambios funcionales, factores oclusales y psicosociales, lo que interfiere en la calidad de vida, de ahí la importancia de un adecuado tratamiento y diagnóstico precoz.

Palabras Clave

Facial pain, anxiety, bruxism, irritable bowel syndrome.

El uso del AMPA y el descenso del riesgo vascular en pacientes hipertensos

Cordobés López J¹, Gómez Osuna Y², Marcos Sánchez A³

¹Médico de Familia. CS Trigueros. Huelva

²Enfermera de Familia. CS Trigueros. Huelva

³Médico de Familia. CS San Juan del Puerto. Huelva

Objetivos

La hipertensión arterial (HTA) es la principal causa de morbimortalidad siendo primordial su control para prevenir enfermedad vascular (EV). El uso de la automedida de la presión arterial (AMPA) debe aumentar la adherencia terapéutica y disminuir la inercia terapéutica.

Determinar el grado de control del riesgo vascular en hipertensos según el uso del AMPA.

Diseño

Estudio descriptivo transversal en hipertensos en dos grupos: SIN (SEV) y con EV (CEV).

Emplazamiento

Hipertensos de ZBS

Material y método

Los pacientes se incluyen mediante aleatorización simple.

Se determinan datos antropométricos, presión arterial (PA) clínica y AMPA, metabolismo hidrocarbonado, lipoproteico y función renal.

Resultados

El tamaño muestral de 97. El grupo SEV (n=56), edad media 60,4 y 59% hombres, el 39,3% utilizan AMPA. El grupo CEV (n'=41), 65,8% hombres, edad media 63,8 utilizan el AMPA el 48.8%. No se aprecia diferencias significativas según edad o género.

El control de PA en consulta en el grupo SEV es inferior al AMPA (40,4% vs 74,8 %). Usuarios con AMPA tienen un mejor perfil lipoproteico estadísticamente significativo. Alcanzan el objetivo terapéutico el 22,3%, siendo del 53,3% si usan AMPA.

El grupo CEV el control de PA es superior AMPA respecto a la consulta (28,3% vs 19,3%). El 13,4% alcanzan el objetivo terapéutico, no existe diferencias entre el uso o no del AMPA.

Conclusiones

Con la AMPA hay un mejor control de PA al aumentar la adherencia terapéutica, siendo superior a lo publicado.

Es preocupante el mal control de los FRCV, no más que la mitad si utilizan AMPA (2,4 veces más que los no usuarios).

Palabras Clave

Risk factors, hypertension, measurement equipment

Cefalea y defectos del campo visual

Manzano De Alba A¹, Hernández Burgos P²

¹ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Algeciras Norte y Hospital Punta Europa. Cádiz

² MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Algeciras Norte. Cádiz

Ámbito del caso

Atención ambulatoria y atención urgencias hospitalarias.

Motivos de consulta

Dolor de cabeza con visión de pelos negros móviles.

Historia clínica

Paciente mujer de 55 años.

Antecedentes personales: no alergias medicamentosas, hipotiroidismo, neuralgia del trigémino, meningioma, trastorno depresivo e intervenida hace años de catarata en ojo izquierdo como antecedentes médicos. En tratamiento con duloxetine, alprazolam, lormetazepam y eutirox. Fumadora de 12 cigarrillos al día.

Anamnesis: la paciente acude por cefalea holocraneal, más intensa a nivel occipital con defectos en el campo visual que la paciente describe como “puñado de pelos que caen” a nivel de ojo izquierdo, que apareció en su domicilio y desapareció en consulta. No otros síntomas oftalmológicos referidos.

Exploración y pruebas complementarias: buen estado general, tensión arterial (TA) 193/108 mmhg. Resto de constantes normales. Exploración neurológica y auscultación cardiorrespiratoria normal. La paciente es valorada por oftalmólogo de guardia, presentando: movimientos oculares extrínsecos conservados, pupilas isocóricas reactivas a la luz, no diplopía, no nistagmus. Agudeza visual: ojo derecho 0,7, ojo izquierdo 0,4. Biomicroscopia (BMC): cámaras normales, corneas transparentes, no tiñen, leve hiperemia periférica bilateral, pseudofaquia, catarata nuclear ojo izquierdo con componente blanquecino subcapsular posterior. Presión intraocular (PIO): 14 mmhg bilateral. Fondo de ojo: retina aplicada 360º, macula normal, microhemorragia en llama en la raíz de la rama temporal inferior, no desgarros de retina, flóculos vítreos centrales.

Juicio clínico: crisis hipertensiva con desprendimiento de vítreo posterior.

Diagnóstico diferencial: accidente isquémico transitorio (AIT), migraña con aura, hemorragia intraocular, desprendimiento de retina, crisis de glaucoma.

Tratamiento: se realiza segunda toma de tensión arterial obteniéndose TA 180/110 mmhg, por lo que se le administra captopril 25 miligramos sublingual, realizando posteriormente nueva toma de tensión con cifras de 120/85 mmhg, procediendo al alta de la paciente, con analgésicos habituales en caso de cefalea y control de cifras tensionales por su médico con instauración de tratamiento antihipertensivo si lo precisara.

Evolución: no precisó control oftalmológico, ni quirúrgico posteriormente. En controles tensionales posteriores se evidenciaron cifras superiores a 150/90 mmhg por lo que se implantó tratamiento antihipertensivo.

Conclusiones

Ante una situación de alteraciones visuales descartar cuadros urgentes oftalmológicos: como desprendimiento de retina, trombosis retiniana o traumatismos oculares.

Palabras Clave

Posterior vitreous detachment, arterial hypertension, headache.

Úlcera genital aguda o úlcera de Lipschütz: a propósito de un caso

Martínez Muñoz J¹, Esquinas Nadales M²

¹Médico de Familia. UGC Rodríguez Arias. San Fernando (Cádiz)

²Médico. DCCU del Hospital de Puerto Real. Cádiz

Ámbito del caso

Caso multidisciplinar en el que participan atención primaria y dermatología.

Motivos de consulta

Mujer de 15 años acude por aparición de úlceras genitales dolorosas precedidas de febrícula y dolor abdominal.

Historia clínica

No alergias medicamentosas. No relaciones sexuales. No relaciones de riesgo. Consulta por cuadro brusco de úlceras genitales dolorosas precedida de dolor abdominal periumbilical y fosa ilíaca derecha, febrícula. Exploración inicial úlcera de 2 cm con borde negruzco e irregular en labio mayor izquierdo y de menor tamaño en labio menor derecho siendo derivada urgente a dermatología.

Exploración: adenopatías inguinales no dolorosas. Úlcera de 2 cm borde negruzco e irregular y pseudomembranas blanquecinas en labio mayor izquierdo y labio menor derecho y edemas.

Pruebas complementarias: hemograma serie roja, leucocitos 11,7, plaquetas, coagulación, bioquímica, inmunoglobulinas, complemento y anticuerpos antinucleares normales, serología bacteriana y vírica negativa, microbiología úlceras negativa, detección de ADN en úlceras negativo. Ecografía abdominal: adenopatías milimétricas. Biopsia: tejido de granulación.

Enfoque familiar: familia nuclear estadio III (familia con hijo adolescente). Red social y apoyo emocional por parte de sus progenitores. Ingresos en dermatología iniciando tratamiento, siendo diagnóstica de úlcera de Lipschütz.

El diagnóstico diferencial de las úlceras genitales agudas incluye las causas infecciosas de transmisión sexual e infecciosas de no transmisión sexual, enfermedades sistémicas, traumáticas y malignas o tumorales.

Tratamiento: corticoides intravenoso. Valaciclovir, amoxicilina 875/clavulánico 125, metamizol y tramadol. Curas con permanganato potásico y lidocaína viscosa al 2% con acetónido de triamcinolona al 0,1% en orobase.

Tres días de ingreso, es alta y continuó el tratamiento en domicilio. Seguimiento multidisciplinar, con revisión en dermatología a la semana.

Conclusiones

La úlcera de Lipschütz es poco frecuente e infradiagnosticada, que suele presentarse en mujeres jóvenes sin actividad sexual. Se reconoce por aparición súbita de lesiones ulceradas y dolorosas en genitales. El diagnóstico es por exclusión, se resuelve en un mes. El médico de familia juega un papel esencial en el diagnóstico diferencial, pues ésta úlcera aguda es poco conocida y debe considerarse entre las opciones diagnósticas de la patología vulvar en mujer joven sin actividad sexual, pudiéndose llegar a un diagnóstico inicial o considerar la derivación a dermatología para completar el estudio y llegar al diagnóstico definitivo.

Palabras Clave

Lipschütz ulcer, acute genital ulcer, genital ulcer.

Lesiones en la mucosa oral como primer signo de lupus eritematoso sistémico. Abordaje multidisciplinar

Bejarano Ávila G¹, Reyes Gilabert E², Sánchez García M³

¹ Odontóloga. UGC de Salud Bucodental. DS Aljarafe Sevilla-Norte. Sevilla

² Odontóloga. CS Viso Del Alcor. Sevilla

³ Médico De Familia. CS Alcalá De Guadaira. Sevilla

Ámbito del caso

Mixto, atención primaria y hospitalaria.

Motivos de consulta

Mujer de 35 años que acude a odontología de atención primaria con lesiones dolorosas en la mucosa oral.

Historia clínica

Enfoque individual. Antecedentes personales: no alergias medicamentosas. No fumadora. Sin antecedentes médicos de interés.

Anamnesis: refiere dolor y escozor al ingerir alimentos picantes y úlceras en boca. Cansancio, dolor torácico y en articulaciones.

Exploración: a nivel intraoral observamos úlceras con placas blancas en la mucosa oral de ambos carrillos; manchas eritematosas en paladar y los labios secos sin borde del bermellón. Derivamos a su médico de familia ante la sospecha de patología sistémica.

Pruebas complementarias: hicimos biopsias de varias zonas para el estudio anatomopatológico mostrando degeneración vacuolar y engrosamiento de la membrana basal; e inmunohistoquímico con infiltrado inflamatorio. El médico solicitó analítica con hemograma completo resultando bajo todos los valores (glóbulos rojos, blancos y plaquetas); análisis de anticuerpos antinucleares, contra el ADN de doble cadena y antifosfolípidos positivos; proteínas del complemento c3 y c4 bajas y proteína c-reactiva alta. Proteinuria en la orina. Auscultación cardiorespiratoria: arritmia, sonido anormal del pulmón. Examen de piel: manchas rojas en manos y dedos.

Enfoque familiar y comunitario. Estudio de la familia y la comunidad: está casada y tiene dos hijas menores. Presenta buen apoyo familiar y social. Ama de casa.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: Se encontraron signos comunes compatibles con el diagnóstico de lupus eritematoso sistémico en fase activa y fue derivada a reumatología. Las lesiones orales fueron sospechosas de liquen plano y la presencia de anticuerpos antinucleares de artritis reumatoide u otra enfermedad autoinmune.

Tratamiento, planes de actuación: Se instauró pauta diaria con corticoides orales y tópicos en orabase, buena higiene oral. Protección solar.

Evolución: La paciente actualmente se encuentra controlada, sin síntomas clínicos de interés.

Conclusiones

Es importante el diagnóstico precoz de las lesiones orales que puedan ser un primer síntoma de lupus eritematoso sistémico para establecer un tratamiento temprano que evite progresar la enfermedad e implementar medidas de higiene oral para mejorar la calidad de vida del paciente.

Palabras Clave

Lupus erythematosus, systemic; mouth mucosa; adult.

Consecuencias de la sobrecarga de la cuidadora familiar. Abordaje multidisciplinar

Sánchez García M¹, Ponce Troncoso A², Ponce González J³

¹ Médico de Familia. DS Sevilla Sur. Sevilla

² Enfermera. CS Don Paulino García Donas. Alcalá De Guadaira. (Sevilla)

³ Enfermero. CS Don Paulino García Donas. Alcalá De Guadaira. (Sevilla)

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de consulta

Hiperfrecuentación y sintomatología ansioso-depresiva.

Historia clínica

Enfoque individual. Antecedentes personales: HTA en tratamiento con enalapril y desde hace unos meses lorazepam.

Anamnesis: señora de 55 años que acude en el último año a la consulta en diez ocasiones por diferentes motivos con sintomatología variada: astenia, insomnio, ansiedad, nerviosismo, tristeza, eTC. Se cita en consulta programada conjunta con el enfermero que atiende al padre en el domicilio, identificándose cansancio del rol del cuidador con test de Zarit de 60 puntos (sobrecarga intensa), síntomas de ansiedad y depresión con subescala de ansiedad de 5 puntos y subescala de depresión de 3 puntos de la escala de Goldberg y bajo apoyo social percibido con cuestionario Duke-Unk de 20 puntos. Tiene dos hermanos que viven en la misma localidad pero no colaboran en los cuidados del padre.

Exploración física: sin hallazgos.

Pruebas complementarias: analítica reciente normal.

Enfoque familiar y comunitario: al preguntar por la familia comenta que desde hace un año cuida a su padre con Alzheimer. Conviven en el domicilio con su marido, dos hijos solteros estudiantes universitarios y su padre.

Juicio clínico: sobrecarga de la cuidadora.

Tratamiento, planes de actuación: se deriva a taller de apoyo psicoeducativo y emocional a cuidadoras organizado por la enfermera gestora de casos del centro y a la asociación de cuidadoras "azahar"

Evolución: la señora asiste con regularidad a las sesiones del taller de cuidadoras, ha dejado de hiperfrecuentar la consulta. Manifiesta estar animada, más tranquila, está aprendiendo a pedir ayuda a los hermanos e hijos para poder salir al taller y a reuniones con la asociación y con amigas. Ha dejado de tomar lorazepam.

Conclusiones

Con un abordaje multidisciplinar se pueden dar enfoques alternativos que forman parte de la cartera de servicio de los centros de atención primaria. Con frecuencia la atención de las personas hiperfrecuentadoras pasa por un abordaje psicosocial.

Palabras Clave

Primary health care, caregivers, stress.

Disfunción familiar tras enfermedad grave de uno de sus miembros. Abordaje multidisciplinar

Sánchez García M¹, Ponce Troncoso A², Ponce González J³

¹ Médico de Familia. DS Sevilla Sur. Sevilla

² Enfermera. CS Don Paulino García Donas. Alcalá De Guadaira. (Sevilla)

³ Enfermero. CS Don Paulino García Donas. Alcalá De Guadaira. (Sevilla)

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de consulta

Déficit de autocuidado y dependencia total tras el alta hospitalaria.

Historia clínica

Enfoque individual. Antecedentes personales: hipertensión arterial, ictus con secuela de hemiplejias izquierda, desnutrición, incontinencia urinaria y fecal con necesidad de pañales absorbentes. Tratamiento: ácido acetilsalicílico, enalapril.

Anamnesis: paciente varón de 75 años que tras sufrir un ictus con mal pronóstico recuperativo, presenta dependencia total y déficit de todo tipo de autocuidados tras el alta hospitalaria. Existe riesgo de disfunción familiar.

Exploración física: para la resolución del caso se ha trabajado desde una perspectiva sistémica, realizando una valoración familiar que incluye las relaciones familiares, el ciclo vital familiar, tipo y estructura familiar, los acontecimientos vitales estresantes y el apoyo social.

Enfoque familiar y comunitario: familia nuclear en la etapa 4 o de contracción del ciclo vital familiar de la OMS compuesta por matrimonio y 3 hijos, 2 de ellos independizados residentes en la misma localidad.

Juicio clínico: interrupción de los procesos familiares y cambio de roles por un miembro enfermo.

Tratamiento, plan de actuación: seguimiento domiciliario conjunto médico y enfermero. Entrevistas en el centro con algunos de los miembros de la familia con apoyo del trabajador social. Con el objetivo de conseguir normalización familiar, se llevan a cabo actividades para fomentar la implicación familiar y mejorar el apoyo entre los miembros de la familia.

Evolución: la familia puso en marcha mecanismos adaptativos que le permitió seguir funcionando correctamente con el objetivo fundamental de cuidar al familiar enfermo. No hubo complicaciones ni reingresos del paciente.

Conclusiones

Con un abordaje multidisciplinar se pueden tratar problemas familiares complejos, a fin de amortiguar los acontecimientos vitales estresantes de las familias, velando por la funcionalidad familiar.

Palabras Clave

Primary health care, family relationships, dependency.

Morir en casa: cuidados en los últimos días. Abordaje multidisciplinar e interniveles

Sánchez García M¹, Ponce Troncoso A², Ponce González J³

¹ Médico de Familia. DS Sevilla Sur. Sevilla

² Enfermera. CS Don Paulino García Donas. Alcalá De Guadaira. (Sevilla)

³ Enfermero. CS Don Paulino García Donas. Alcalá De Guadaira. (Sevilla)

Ámbito del caso

Atención primaria y especializada.

Motivos de consulta

Control de síntomas en paciente terminal.

Historia clínica

Enfoque individual. Antecedentes personales: paciente con carcinoma de próstata de 10 años de evolución en seguimiento por el servicio de urología. Diagnosticado recientemente de metástasis óseas y hepáticas con abordaje paliativo.

Anamnesis: paciente de 75 años atendido en la unidad de día de la unidad de cuidados paliativos (UCA) de nuestro hospital de referencia. En tratamiento con fentanilo transdérmico para control del dolor y transfusiones de concentrados de hematíes ocasionalmente.

Enfoque familiar y comunitario: Paciente soltero, que convive con una hermana viuda y una sobrina, que ejerce de cuidadora principal. Todos muestran su deseo de permanecer en casa.

Juicio clínico: paciente terminal.

Planes de actuación: se programan visitas domiciliarias conjuntas con el enfermero para seguimiento y control de síntomas. Coordinación interniveles con el hospital de referencia. Coordinación con el DCCU para evitar derivaciones al hospital. Asignación de material de apoyo al cuidado (cama articulada) a través de la enfermera gestora de casos.

Evolución: el dolor y otros síntomas (malestar, cansancio, intranquilidad, deterioro funcional progresivo) no se controlan. Escala visual analógica EVA progresando hasta los 9 puntos. Además del soporte emocional y atención a la familia, se añade al tratamiento morfina oral de liberación inmediata. Escala de Karnofsky progresando hasta los 40 puntos, la familia no quiere hospitalizarlo.

Se contacta con la unidad de día para sedación en domicilio y se le coloca bomba elastomérica subcutánea con cloruro mórfico y midazolam. El paciente fallece en casa, rodeado de su familia, tranquilo, con síntomas controlados.

Conclusiones

Con un abordaje multidisciplinar e interniveles adecuado, se pueden dar respuestas a las necesidades de cuidados paliativos en el domicilio, procurando una muerte digna en casa con síntomas controlados.

Palabras clave

Primary health care, palliative care, terminal care.

Programa de anticoagulación: ¿están bien controlados los pacientes en nuestro centro de salud?

Aguado De Montes M¹, Bascuñana Garrido M², Sánchez González I³, González López M³, Blanco Rubio B⁴, De Francisco Montero M⁴

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Las Palmeritas. Sevilla

² Médico de Familia. CS Las Palmeritas. Sevilla

³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Las Palmeritas. Sevilla

⁴ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Las Palmeritas. Sevilla

Objetivos

Establecer perfil del paciente en tratamiento anticoagulante oral en centro salud urbano y conocer grado de control. Identificar áreas de mejora, avanzar en adecuación de práctica clínica, minimizar incidentes de seguridad.

Diseño

Estudio observacional descriptivo.

Emplazamiento

Atención primaria (AP)

Material y método

Auditoría historias clínicas pacientes en tratamiento anticoagulante en AP (UGC urbana 18.500 ciudadanos; 23,68% mayores 65 años).

Indicadores evaluados: cumplimiento criterios anticoagulación, complicaciones derivadas del tratamiento, escalas de riesgo (CHA2DS2-VASC, HAS-BLED), fármaco, dosis, rango terapéutico, interacciones, factores riesgo cardiovascular.

Resultados

235 pacientes, 53 atención domiciliaria. Distribución sexos similar (50,56% mujeres). media de edad: 72 años. 98,29% indicación ajustada a guías.

Diagnóstico más frecuente: fibrilación auricular permanente no valvular (55%).

Fármaco más utilizado: acenocumarol (88,6%), dosis más frecuente: 4 mg/24 horas. El 25,10% estaba en tratamiento con nuevos anticoagulantes. En 16% se identifican interacciones. El 48,86% en rango terapéutico en último control.

Casi 50% pacientes aproximadamente 70% de permanencia del tiempo en rango, 18,75% con tiempo de permanencia superior al 83%. Alrededor 70% permanece en rango más del 50% del tiempo. 146 pacientes riesgo tromboembólico moderado-alto (CHA2DS2-VASC); 130 riesgo sangrado elevado (HAS-BLED). 18,18% presentaron eventos trombóticos en último año, 5,11% complicaciones hemorrágicas.

Conclusiones

98% indicación adecuada. Casi 50% tienen aproximadamente el 70% de permanencia del tiempo en rango. Incidencia complicaciones hemorrágicas escasa, aun cuando HAS-BLED indicaba riesgo alto en mayoría. No registro ordenado de posible motivo "fuera de rango". Mantenemos proyectos de mejora: monitorizar indicadores y posibles causas control no adecuado. Sesiones de equipo: compartir datos, avanzar en conocimiento de los profesionales e impulsar registro adecuado en historia digital de complicaciones relacionadas con tratamiento anticoagulante y posibles causas de INR "fuera de rango". Actividades participación ciudadana en grupos, con contenido educativo dirigidas a personas con control inestable o que inician tratamiento.

Palabras Clave

Anticoagulantes orales, criterios de anticoagulación, complicaciones.

Experiencia de participación con las personas anticoaguladas en nuestra unidad

Aguado De Montes M¹, Bascuñana Garrido M², Sánchez González I³, Blanco Rubio B⁴, González López M³, De Francisco Montero M⁴

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Las Palmeritas. Sevilla

² Médico de Familia. CS Las Palmeritas. Sevilla

³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Las Palmeritas. Sevilla

⁴ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Las Palmeritas. Sevilla

Objetivos

Incrementar conocimiento sobre aspectos básicos de anticoagulación. Fomentar autocuidado. Promover que los pacientes anticoagulados controlen y eviten complicaciones derivadas del tratamiento. Mejorar en el control de anticoagulación en pacientes que asistieron a sesiones formativas.

Diseño

Estudio observacional descriptivo.

Emplazamiento

Atención primaria.

Material y método

Tras analizar los datos de pacientes con anticoagulación, se planteó como una de las medidas de mejora para el programa TAO, iniciar actividades de participación y formación con estas personas, para conocer sus expectativas, conocimientos, y creencias sobre el tratamiento, y evaluar posteriormente el nivel de control.

Se realizaron tres sesiones formativas, tras captación aleatoria telefónica.

En la sesión, se valoran conocimientos básicos iniciales mediante encuesta. Se plantean preguntas y se resuelven dudas. Se valoran conocimientos aprendidos con una encuesta final.

Resultados

Asistieron 35 pacientes (54% hombres, edad media: 78 años).

78,28% toman solos la medicación, 85% cree que la presentación del medicamento facilita su administración. 91% no deja de realizar determinadas actividades por estar anticoagulado.

Tras la sesión formativa:

94% capaces de afrontar problemas que surgen con el tratamiento (71% antes).

Resolución dudas: finalidad del tratamiento, horarios toma de medicación, riesgo de hemorragias y falsos mitos sobre alimentación. El 100% sabe que puede tomar paracetamol y vacunarse, 94,11% conoce que no debe tomar aspirina. 91,17% considera estar bien informado (65,71% previo).

Conclusiones

Implicar al paciente en el autocuidado de su enfermedad y su tratamiento mediante información y formación facilita la aceptación de la enfermedad, adherencia al tratamiento y mejora la seguridad clínica. Se observará en 2016 si se avanza en control de anticoagulación.

Palabras Clave

Anticoagulantes orales, promoción, autocuidado.

Vómitos y mialgias tras esfuerzo físico intenso que deriva en insuficiencia renal aguda

Jiménez Tapia T¹, López Coto M², González Fernández B³

¹MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Orden. Huelva

²MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Torrejón. Huelva

³MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Isla Chica. Huelva

Ámbito del caso

Urgencias hospitalarias.

Motivos de consulta

Vómitos.

Historia clínica

Mujer de 21 años. Sin antecedentes personales de interés. Solo realiza tratamiento con anticonceptivos orales. Desde hace cuatro días trabaja recolectando fresas.

Consulta a su médico de atención primaria por dolores musculares tras esfuerzos físicos en el trabajo, y se prescribe naproxeno (toma 4 comprimidos en total). Desde entonces refiere náuseas y vómitos alimenticios. No fiebre, dolor abdominal ni síndrome miccional. Acude de nuevo a su médico que diagnostica gastritis y retira naproxeno. Ante la persistencia del cuadro decide consultar en urgencias hospitalarias.

A su llegada asintomática. Refiere escasa ingesta de sólidos y líquidos. Oligoanuria. No otra clínica por aparatos. En la exploración encontramos una leve deshidratación de mucosas. Hemodinámicamente estable y afebril. El resto de la exploración es anodina.

En la bioquímica objetivamos un fracaso renal agudo (CR 7,32) con acidosis metabólica e hipertransaminasemia. Ampliamos el estudio con CPK (>30000), iones en orina y ecografía de abdomen (hallazgos compatibles con nefropatía médica).

Como diagnóstico diferencial pensamos en fracaso renal agudo oligoanúrico secundario a: necrosis tubular por consumo de aines, rabdomiolisis o deshidratación por vómitos y bajo aporte hídrico.

Nuestra paciente pasa observación iniciándose fluidoterapia intensa y aporte de bicarbonato ante la confirmación de rabdomiolisis, y a las 24h ingresa en planta de nefrología.

Durante su evolución continúa con diuresis escasas, aparición de edemas en brazos y piernas y más adelante en genitales, empeoramiento de la función renal, llegando a plantearse hemodiálisis. Al quinto día recupera diuresis y mejora progresivamente. Se da de alta tras 11 días de ingreso aconsejándose estudio por neurología para descartar miopatía de base.

El diagnóstico final es de fracaso renal agudo secundario a rabdomiolisis severa y deshidratación leve secundaria a vómitos.

Conclusiones

Las manifestaciones clínicas de la rabdomiolisis se dividen en síntomas y signos musculares (dolor, debilidad, calambres y contracturas), sintomatología general (náuseas, vómitos, malestar general) y complicaciones asociadas (arritmias cardíacas, síndrome compartimental y fracaso renal agudo). En atención primaria debemos prestar atención a síntomas como las mialgias asociadas a vómitos y oligoanuria para el diagnóstico de este síndrome ya que el inicio precoz del tratamiento es fundamental para el pronóstico.

Palabras Clave

Rhabdomyolysis, acute kidney failure, dehydrating.

Abordaje del paciente pluripatológico en Atención Primaria: queremos seguir avanzando

Bascuñana Garrido M¹, Aguado De Montes M², Sánchez González I³, Blanco Rubio B⁴, González López M³, De Francisco Montero M⁴

¹ Médico de Familia. CS Las Palmeritas. Sevilla

² MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Las Palmeritas. Sevilla

³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Las Palmeritas. Sevilla

⁴ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Las Palmeritas. Sevilla

Objetivos

Establecer perfil del paciente pluripatológico según proceso asistencial integrado (PAI) en UGC atención primaria urbana.

Identificar áreas de mejora: evaluación de indicadores de calidad en atención al paciente con pluripatología para avanzar en adecuación de práctica clínica.

Diseño

Estudio observacional descriptivo.

Emplazamiento

Atención primaria (AP).

Material y método

Se identifican: pacientes incluidos como pluripatológicos en 2015 en UGC urbana (18.559 ciudadanos, 23,68% mayores 65 años), cuidador principal, categorías de inclusión y evaluación conjunta medicina interna, otros parámetros: valoración integral, polimedicación, interacciones medicamentosas, derivaciones otras especialidades e ingresos hospitalarios en último año.

Se contrastan resultados con indicadores de calidad del PAI para reflexionar sobre áreas de mejora.

Resultados

215 personas pluripatológicas: 50.23% varones.

Prevalencia pluripatológicos: 1.15% población general, 4.50% mayores 65 años. 70% cumplen criterios de inclusión. Categoría más frecuente: a.2, cardiopatía isquémica, 57% realizada valoración integral e identificación cuidador principal 77%. 88% polimedicados, 31.63% con interacciones medicamentosas. 15% seguimiento habitual por internista de referencia, 7% interconsultas en último año; derivaciones a otras especialidades: oftalmología (15.42%), cardiología (11.68%), traumatología (7.94%). 25.12% ingreso hospitalario en último año, causa más frecuente: insuficiencia cardíaca(18%).

Conclusiones

Según indicaciones del PAI, seguimiento conjunto con medicina interna adecuado. Existe prevalencia inferior a la esperada. Debemos mejorar identificación según criterios de inclusión. El PAI pluripatológico: Prioriza planificación del seguimiento clínico a personas con especial fragilidad por concurrencia de varias enfermedades crónicas. Facilita la colaboración entre atención primaria y hospitalaria, compartiendo la evaluación periódica y seguimiento terapéutico, así como prevención/tratamiento precoz de crisis de inestabilidad clínica y adecuación de los ingresos hospitalarios. Impulsa la mejora en captación, registro y evaluación de pacientes y personas cuidadoras, así como revisión periódica de perfil terapéutico e interacciones medicamentosas para avanzar en la seguridad clínica de estos pacientes.

Palabras Clave

Multiple disease, quality indicators, primary health care.

Promoción de la salud y evaluación de la terapia anticoagulante oral: análisis de indicadores e incidencias estimados congresistas

Bascuñana Garrido M¹, Aguado De Montes M², Sánchez González I³, González López M³, Blanco Rubio B⁴, De Francisco Montero M⁴

¹ Médico de Familia. CS Las Palmeritas. Sevilla

² MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Las Palmeritas. Sevilla

³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Las Palmeritas. Sevilla

⁴ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Las Palmeritas. Sevilla

Introducción

El crecimiento del número de pacientes anticoagulados, aparición de nuevos fármacos, evolución del perfil de paciente con mayor edad, comorbilidad, discapacidad y polimedicación, hacen necesarios el desarrollo y promoción de intervenciones para mejorar seguridad clínica y la calidad asistencial.

Objetivos

Establecer perfil del paciente anticoagulado (tanto en tratamiento conavk como nacos) en UGC urbana.

Conocer grado de control de INR en pacientes anticoagulados con AVK. Averiguar y mejorar nivel de conocimientos sobre tratamiento con anticoagulantes orales de los pacientes tratados y seguidos en nuestro centro de salud.

Diseño

Estudio observacional descriptivo.

Emplazamiento

Atención primaria (AP).

Material y métodos

Sujetos de estudio: pacientes en tratamiento anticoagulante, con independencia del motivo y tipo de anticoagulación, con seguimiento y control en nuestro centro de salud (incluidos en programa Taonet- en el caso de tratamiento con AVK).

Muestra: pacientes en tratamiento anticoagulante adscritos a nuestro centro de salud.

Análisis: distintos parámetros descriptivos: media $\pm$ desviación estándar, mediana (intervalo intercuartílico), cálculo de proporciones. En el análisis bivariable se empleará el test Chi cuadrado de Pearson, test exacto de Fisher, y prueba T para comparación de medias aritméticas. Para el estudio del buen o mal control se procederá a la categorización de variables continuas. Para determinar variables asociadas con mal control, se empleará el método de regresión logística binaria. Las candidatas serán aquellas que muestren significación estadística en el análisis bivariable o que en otros estudios publicados hayan presentado asociación con el grado de control de INR. Además en el análisis multivariable se calculará: curva ROC (receiver operating characteristic), nomograma y gráfica de calibración correspondiente del modelo predictivo.

En los resultados se considerará estadísticamente significativo un valor de $p < 0,05$.

Para la recogida, procesamiento y análisis de los datos se ha empleado hoja de cálculo de Microsoft Excel y el programa estadístico r versión 3.1.2.

Variables: las variables de resultado evaluadas serán: edad, sexo, tiempo en tratamiento, criterios de anticoagulación, complicaciones derivadas del tratamiento, escalas de riesgo (cha2ds2-vasc, has-bled), fármaco, dosis, toma de antiagregantes, rango terapéutico, interacciones, factores riesgo cardiovascular.

Limitaciones: registro incompleto de la historia anticoagulante del paciente en Diraya y/o Taonet. Cambio de tratamiento anticoagulante durante el estudio.

Intervenciones: se plantean realizar sesiones formativas para pacientes anticoagulados (captación aleatoria telefónica), para conocer expectativas, conocimientos y creencias sobre el tratamiento. En las sesiones se valoran conocimientos iniciales mediante encuesta. Se plantean preguntas, se resuelven dudas. Valoración conocimientos aprendidos con encuesta final. Se valorará si existe un mejor control de anticoagulación en los pacientes que asistieron a las sesiones.

Aplicabilidad

El estudio nos permitirá identificar áreas de mejora, avanzar en adecuación de la práctica clínica y minimizar incidentes de seguridad. Así mismo, se mejorarán los conocimientos sobre anticoagulación en los pacientes en tratamiento, promoviendo así el autocuidado, lo cual podría mejorar el control de su enfermedad.

Aspectos ético-legales

Tras obtener los permisos pertinentes por parte de comisión de seguridad de la información del DSAP Sevilla y con absoluto respeto a la ley orgánica de protección de datos (LOPD. 1999), se consultaron las historias de los pacientes en el sistema Diraya y en la base de datos Taonet.

Palabras clave

Anticoagulants, international normalized ratio, quality indicators.

¡Doctora ayude a mi hija! Historia de una relación de maltrato en una adolescente

Rodríguez Martínez M¹, Castillo Moraga M², Lozano Del Valle R²

¹ Médico de Familia. Dispositivo de apoyo. UGC Barrio Bajo-Barrio Alto. Sanlúcar de Barrameda (Cádiz)

² Médico de Familia. CS Sanlúcar de Barrameda Barrio Bajo. Cádiz

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de consulta

Dependencia alcohólica e intentos autolíticos.

Historia clínica

Enfoque individual: Mujer de 17 años que acude a consulta acompañada por su madre, que es quien demanda la asistencia. Refiere consumo de cannabis y alcohol diariamente, desde inicio de relación sentimental con 13 años. No enfermedades conocidas. La madre refiere que tras iniciar dicha relación, comienza aislamiento social y del entorno familiar, con cambios frecuentes del estado de ánimo (crisis de ansiedad y labilidad emocional); excesiva preocupación ante cambios en su entorno; rechaza las relaciones interpersonales por miedo a ser excluida; somatizaciones; ideas obsesivo-compulsivas, abandono estudios y mala relación con sus padres, por lo que acude a psiquiatra privado con 14 años. Tras romper con su pareja hace 6 meses, refiere haber sufrido malos tratos (físicos y psicológicos) y que era su pareja quien la introdujo en el policonsumo. En últimos 6 meses realiza 4 intentos autolíticos ingiriendo productos de uso doméstico, precisando atención urgente.

Durante la consulta se muestra poco colaboradora inicialmente y ansiosa. Refiere oír una voz (como un pensamiento) que la incita a lesionarse “me dice que me tire de un coche”. Pensamientos pasivos de muerte; no delirios. Trastornos del sueño. Reconoce seguir consumiendo alcohol para calmar ansiedad. Baja autoestima y autoaceptación. Reconoce dificultad en las relaciones con los padres y miedo a ser excluida socialmente.

Enfoque familiar y comunitario: menor de dos hermanos, convive en domicilio familiar. Hogar estructurado; sus padres trabajan y se muestran preocupados por ella. No tiene amistades. Abuelo paterno esquizofrénico.

Juicio clínico: violencia de género. Policonsumo. Trastorno adaptativo secundario a ruptura sentimental. Trastorno esquizoafectivo.

Plan de actuación: Derivada a la unidad de salud mental comunitaria; inicia tratamiento con antipsicótico, antidepresivo, benzodiacepinas, antiepiléptico y apoyo psicológico. Deshabitación alcohólica en centro provincial de drogodependencias.

Evolución: Buena respuesta con abandono de consumo.

Conclusiones

El maltrato en adolescentes se presenta desde el principio. El consumo de drogas y alcohol es empleado por la pareja como elemento de control de voluntad. La cercanía de la atención primaria sitúa al médico de familia como elemento esencial de ayuda, situándose como eje vertebrador de la asistencia multidisciplinar en una víctima de maltrato.

Palabras Clave

Adolescent, domestic violence, primary health care.

Efecto inesperado de la suma de factores de riesgo cardiovascular y focalidad neurológica fluctuante

González García J¹, Castilla Yélamo J², Ramos Guerrero A³.

¹ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Bormujos. Sevilla

² MIR 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital San Juan de Dios. Bormujos (Sevilla)

³ Adjunto de Medicina Interna. Hospital San Juan de Dios. Bormujos (Sevilla)

Ámbito del caso

Paciente que ingresa por probable ictus isquémico y al que acabamos diagnosticando miastenia gravis autoinmune generalizada.

Motivos de consulta

Varón de 56 años que consulta en urgencias por borramiento del surco nasogeniano izquierdo consensación de claudicación mandibular, habla gangosa y pérdida de fuerza en brazo izquierdo de 6 días de evolución.

Historia clínica

Urgencias: borramiento del surco nasogeniano izquierdo y caída del brazo izquierdo con maniobra de barré en unos 30 segundos. 1) analítica. 2) electrocardiograma (ECG). 3) TC de cráneo.

Diagnóstico: ictus subagudo de perfil aterotrombótico en paciente con tensión arterial (TA) mal controlada. Se administran furosemida 40 mg intravenosos (IV) y captopril 25 mg sublingual (SL) e ingresa en planta médica.

Planta médica: el paciente refiere que desde hace 4 meses padece fatigabilidad al masticar de carácter fluctuante. Exploración neurológica similar a la de urgencias, añadiendo voz bitonal, ptosis palpebral tras inducir postura forzada de los mismos, dificultad para tragar líquidos y sólidos, y fatigabilidad en miembros superiores (MMSS) al mantenerlos alzados. Se realizan: 1) analítica con proteínas específicas, pruebas de autoinmunidad y ac anti-r ach. 2) ECG. 3) ecografía doppler de troncos supraaórticos. 4) ecocardiografía transtorácica. 5) resonancia nuclear magnética (RNM) de cráneo. 6) TC de cabeza, cuello y tórax. 7) Holter de frecuencia cardíaca.

Diagnóstico diferencial: botulismo; síndrome miasténico de Eaton- Lambert; neuroastenia; timoma; hipertiroidismo; enfermedad de graves; debilidad muscular inducida por aminoglucosidos; miopatía mitocondrial; parálisis periódica hipopotasémica; distrofia muscular oculofaríngea. Tras la unión de clínica y resultados en pruebas complementarias de despistaje, se diagnostica de ictus isquémico fronto parietal izquierdo de perfil lacunar en paciente con TA mal controlada y obesidad grado 2 y de probable miastenia gravis generalizada. Se inicia tratamiento con prednisona 30 mg al día y se deriva a consultas del servicio de neurología. 1) test de estimulación repetitiva. 2) TC de cráneo. Incrementan dosis de prednisona a 45 mg/ día y añaden un comprimido al día de piridostigmina 30 mg. El paciente nota considerable mejoría clínica.

Diagnóstico final: miastenia gravis generalizada autoinmune.

Conclusiones

La miastenia gravis es una enfermedad autoinmune que se caracteriza por debilidad muscular fluctuante y fatiga de distintos grupos musculares. Afecta fundamentalmente a mujeres entre los 20 y 40 años. Los primeros síntomas pueden sobrevenir tras de un estrés emocional u orgánico, una infección (la respiratoria es la más frecuente), intervención quirúrgica, trauma, práctica de un deporte violento, menstruación, embarazo, parto, vacunaciones, la ingesta de sustancias que bloquean la conducción neuromuscular (como bebidas quinadas y setas), o la administración de fármacos bloqueantes de dicha unión. Los músculos oculares, faciales y bulbares son los más frecuentemente afectados por la enfermedad. La presencia de anticuerpos contra receptores de acetilcolina en un paciente con manifestaciones clínicas compatibles confirma el diagnóstico. El tratamiento debe ser individualizado: fármacos anticolinesterásicos, corticosteroides, plasmaféresis, inmunoglobulina, inmunosupresores y timectomía.

Palabras Clave

Ictus, miastenia gravis, anticuerpos antirreceptores de acetilcolina (ac anti- r ach).

Pigmentación de la mucosa oral - melanosis del fumador. A propósito de un caso

Reyes Gilabert E¹, Sánchez García M², Bejarano Ávila G³

¹ Odontólogo. DS Aljarafe-Sevilla Norte. Sevilla

² Médica de Familia. CS Alcalá De Guadaira. Sevilla

³ Odontóloga. UGC de Salud Bucodental. DS Aljarafe Sevilla-Norte. Sevilla

Ámbito del caso

Atención primaria y hospitalaria.

Motivos de consulta

Mujer de 37 años que acude a la consulta de su médico de familia por coloración anormal no dolorosa de la mucosa yugal.

Historia clínica

Enfoque individual. Antecedentes personales: no alergias medicamentosas. Fumadora de 1 paquete diario y en tratamiento con anticonceptivos orales. Sin antecedentes médicos de interés.

Anamnesis: la paciente refiere cambio de coloración en mucosa yugal no sabe de cuánto tiempo de evolución.

Exploración: se observan máculas pigmentadas de menos de 1 cm de diámetro de color marrón oscuro en mucosa yugal derecha y encía adherida labial anterior. Existe pigmentación dentaria y halitosis.

Pruebas complementarias: analítica con resultados normales y derivación a odontología de atención primaria con realización de ortopantomografía y biopsia de la mucosa yugal con estudio histopatológico mostrando aumento de melanina en células epiteliales basales y de la lámina propia, con leve infiltrado de linfocitos e histiocitos en el tejido conjuntivo subyacente, gránulos de melanina en las células fagocíticas del corion.

Enfoque familiar y comunitario: la paciente está casada con dos hijos y estrés con consumo de tabaco desde hace 15 años.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas. Lesiones compatibles con diagnóstico de melanosis por tabaquismo previamente otras entidades que deben considerarse antes de establecer un diagnóstico definitivo son la pigmentación fisiológica, síndrome de Peutz-Jeghers, enfermedad de Addison y melanoma.

Tratamiento y planes de actuación. Eliminación del hábito de fumar con revisiones periódicas, si es necesario y existe cambio en las lesiones volver a biopsiar. Exploración minuciosa de paladar blando ya que la melanosis del fumador en esta localización se asocia con enfermedades relacionadas con el tabaco como carcinoma broncogénico.

Evolución. La paciente no ha dejado de fumar pero ha reducido el consumo de tabaco, se realizan revisiones periódicas y las lesiones no han presentado cambios en un año.

Conclusiones

La melanosis del fumador es una pigmentación benigna no relacionada con factores genéticos pero sí relacionada con el hábito tabáquico junto al consumo de anticonceptivos orales. Para el estudio de un paciente con una o más lesiones pigmentadas de la mucosa bucal, es fundamental realizar una historia clínica completa y detallada para realizar un diagnóstico correcto descartando enfermedades sistémicas o lesiones precancerosas.

Palabras Clave

Melanosis, tobacco, mouth mucosa.

Doctor, tengo fiebre

González Contero L, Salva Ortiz N, Bermúdez Torres F

Médico de Familia. Hospital Santa María del Puerto. Cádiz

Ámbito del caso

Urgencias hospitalarias.

Motivos de consulta

Paciente que presenta fiebre intermitente de meses de evolución.

Historia clínica

Varon de 40 años de edad, ganadero.

Antecedente personales de interés: no presenta alergias médicas conocidas, fumador de 5 cigarrillos al día, bebedor ocasional, no otros factores de riesgo cardiovascular, no refiere otras enfermedades medicó quirúrgicas.

Historia actual: refiere que, desde hace aproximadamente 7-8 meses, presenta: fiebre intermitente, no mayor a 38,5º, acompañado de astenia, adinamia, cefalea, dolores osteomusculares generalizados y pérdida de peso de 13 kg. En el último mes, dolor intenso en hipocondrio izquierdo y palidez. Acude porque en los últimos 4 días tiene tos, disnea a moderados esfuerzos y disminución de diuresis.

Exploración física: paciente en regulares condiciones, con apariencia de enfermo, TA: 120/80 FC: 92/min, saturación 95% a aire ambiente, afebril. Auscultación cardíaca: soplo diastólico grado III/VI en foco aórtico irradiado a todos los focos. Auscultación pulmonar: murmullo vesicular conservado con ruidos de secreciones de vías altas. Dedos en palillo de tambor. Abdomen: blando, depresible, esplenomegalia de do traveses de dedos, no otros hallazgos destacables. Miembros inferiores: cambios tróficos y edemas con mínima fovea en tobillos.

Pruebas complementarias: anemia con hemoglobina: 5.3 g/dl normocítica normocrómica, leucocitos 6930, recuento de plaquetas normal, hematuria, proteinuria y cilindros hemáticos, creatinina: 4.2 mg/dl, albúmina 2.1 g/dl, transaminasas normales, complemento bajo, ancas negativo. RX Tórax: índice cardiorácico ligeramente aumentado, no otros hallazgos destacables. Electrocardiograma: ritmo sinusal a 100 lpm. Ecocardiografía: aorta bivalva con valvas engrosadas con vegetación de 10 mm de longitud que protruye en el tracto de salida del ventrículo izquierdo. TAC toracoabdominal: infarto esplénico.

Tratamiento a seguir en urgencias: se procede a ingreso y se inician medidas de soporte, así como ceftriazona, gentamicina, vancomicina, como terapia empírica para endocarditis infecciosa con cultivo negativo; pero con la historia de evolución larga, su contacto con animales y los estudios clínicos se sospechó endocarditis por Coxiella, iniciándose doxiciclina. Serología: positiva para Coxiella Burneti.

Evolución: adecuada tras tratamiento.

Conclusiones

Destacar la importancia de una buena historia clínica y seleccionar las pruebas diagnósticas adecuadas en urgencia, para orientarnos a un correcto diagnóstico y con ello, tratamiento específico del paciente. Así como la importancia de un equipo multidisciplinar en nuestro medio.

Palabras Clave

Fever, endocarditis, infectious.

Empleo de la ecografía en el diagnóstico de patologías oculares

Salva Ortiz N, González Contero L, Bermúdez Torres F

Médico de Familia. Hospital Santa María del Puerto. Cádiz

Ámbito del caso

Atención primaria y urgencias hospitalarias.

Motivos de consulta

Paciente de 73 años intervenido de cirugía de cataratas del ojo derecho hace 5 días que acude a consulta por referir desde el segundo día, disminución de la agudeza visual con sensación de cuerpo extraño flotando. No refiere dolor ocular ni otra sintomatología acompañante. Su médico de atención primaria deriva urgencias para valoración.

Historia clínica

Antecedentes personales: no alergias medicamentosas, diabetes tipo 2, HTA, dislipemia.

Anamnesis: varón de 73 años intervenido de cataratas del ojo derecho hace 5 días que acude a consulta de atención primaria por disminución de agudeza visual y sensación de cuerpo extraño flotando.

Pruebas complementarias: en urgencias se realiza fondo de ojo en el que se observan restos hemáticos que impiden la valoración de la retina. Se solicita ecografía ocular en la que se aprecia una membrana gruesa de alta ecogenicidad con disposición biconvexa (en "beso") y escasos o nulos movimientos. Forma un ángulo obtuso con la pared posterior no desprendida. No alcanza el disco óptico. Doppler + arterial (arterias ciliares posteriores).

Juicio clínico: desprendimiento de coroides.

Diagnóstico diferencial: desprendimiento de vítreo posterior y retina.

Conclusiones

La ecografía ocular es una prueba accesible e inocua en la que se valoran las membranas oculares cuando el fondo de ojo no es accesible por visualización directa. Para diferenciar los diferentes tipos de desprendimientos de membranas debemos valorar: tiempo de evolución, grosor de la membrana, localización, morfología, presencia de vascularización y movilidad.

Palabras Clave

Choroid, waterfalls, ultrasonography.

Sinovitis transitoria escapulo humeral. Localización inusual

Molina Martos Á, Díaz Aguilar C, Moreno Osuna F

Médico de Urgencias. Hospital de Montilla. Córdoba

Ámbito del caso

Urgencias hospitalarias.

Motivos de consulta

Fiebre y dolor en hombro derecho.

Historia clínica

Antecedentes personales: embarazo controlado. Vacunación según calendario incluyendo prevenir y 1ª dosis varicela. Ingreso con 10 días de vida por fiebre en contexto de infección por rotavirus.

Anamnesis: niña de 1 año de edad. Acude por dolor y limitación de la movilidad de hombro derecho desde hace 2 días. Fiebre vespertina intermitente de 3 días de evolución, máximo 38,1°C, que remite con antitérmicos, no otra sintomatología clínica. Refieren aumento de temperatura local y leve eritema del hombro. No traumatismo previo.

Exploración: peso 9 kg. Temperatura 35,6 °C. Exploración dentro de la normalidad con buen estado general. Yale <10. Hombro derecho: dolor a la movilización en todos los planos del espacio, tumefacción 1/5 en comparación al contralateral, ligero eritema a nivel de hueco axilar. No aumento de temperatura local.

Pruebas complementarias: Radiografía de ambos hombros y clavículas: no muestran alteraciones de interés. Ecografía de hombro derecho: no se observan anomalías morfológicas de la cabeza del húmero derecho (estudio comparativo con la izquierda). Lámina muy fina de líquido articular visible en el receso antero-inferior derecho y no visible en el izquierdo, que apoya la sospecha clínica. Analítica: linfocitosis (47%). Monocitosis (17,1%). PCR: 3,3. Hemocultivo: Staphylococcus epidermidis + (posible contaminación).

Juicio clínico: sinovitis transitoria de hombro derecho en contexto síndrome febril. (viriasis).

Evolución: se instauró tratamiento con ibuprofeno solución, mejorando la movilización y el dolor en 48 horas, así como la desaparición de la fiebre.

Conclusiones

La sinovitis asociadas a síndrome febril en paciente pediátrico es una patología frecuente en atención primaria donde el diagnóstico en la mayoría de los casos es clínico, apoyado con radiología convencional. Lo inusual de este caso es la localización, en hombro y la edad de presentación, debido a que la mayoría de los casos se localizan en caderas, cuadro infeccioso previo y edades mayores (revisando la bibliografía existente). El reto más importante es el diagnóstico diferencial con: artritis séptica, osteomielitis, necrosis avascular cuyas secuelas pueden ser muy graves a pesar de un tratamiento empírico precoz.

Palabras Clave

Synovitis, shoulder, child, preschool.

Hipertensión intracraneal idiopática. A propósito de un caso

Salva Ortiz N, Bermúdez Torres F, González Contero L

Médico de Familia. Hospital Santa María del Puerto. Cádiz

Ámbito del caso

Atención primaria y urgencias hospitalarias.

Motivos de consulta

Mujer 43 años con cefalea diaria matutina y mareo con giro de objetos, acúfenos, náuseas, vómitos y disminución visual, más intensos al realizar ejercicio.

Historia clínica

Antecedentes familiares: madre asmática. Hábitos tóxicos: fumadora de 20 cigarrillos al día.

Antecedentes personales: no alergias medicamentosas, no enfermedades de interés.

Anamnesis: mujer 43 años con cefalea diaria matutina y mareo con sensación de giro de objetos, acúfenos, náuseas, vómitos y disminución visual que se intensifica al realizar ejercicio.

Exploración física: buen estado, bien hidratada y coloreada, eupneica. Auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen normal. Neurológico: pares craneales normales. Por confrontación disminución del campo visual temporal izquierdo. No nistagmus. Fuerza y sensibilidad normales. Romberg negativo

Exploraciones complementarias: analíticas. RX tórax y ECG, TAC y RMN normal. Fondo de ojo: papiledema punción lumbar: celularidad normal y PIC elevada.

Diagnóstico diferencial: tumores, hidrocefalia, infecciones. Diagnóstico: hipertensión intracraneal idiopática.

Tratamiento: acetazolamida

Evolución: mala, pendiente de derivación ventrículo-peritoneal

Conclusiones

El diagnóstico de la enfermedad que exponemos en este caso clínico se alcanza por exclusión de otras enfermedades, por lo que es fundamental orientar nuestra anamnesis y pruebas complementarias de forma adecuada para poder diagnosticarla. Ante las múltiples consultas de esta paciente con los mismos síntomas sin mejoría a pesar de los tratamientos pautados debía hacernos sospechar que había otra causa desencadenando los síntomas.

Palabras Clave

Headhache, hypertension, vomiting.

¡Vaya síncope!

Salva Ortiz N, Bermúdez Torres F, González Contero L

Médico de Familia. Hospital Santa María del Puerto. Cádiz

Ámbito del caso

Urgencias hospitalarias.

Motivos de consulta

Varón 36 años que consulta por mareos con pérdida de conciencia de segundos de duración que se acompaña de disnea brusca, náuseas y sudoración profusa.

Historia clínica

Antecedentes familiares: padres diabéticos. Hábitos tóxicos: fumador de 40 cigarrillos al día.

Antecedentes personales: no alergias medicamentosas, no enfermedades de interés.

Anamnesis: varón 36 años con mareos y pérdida de conciencia de segundos. Disnea brusca, náuseas y sudoración profusa.

Exploración física: afebril, TA: 100/60 mmhg, FC: 94 lpm. SAT. O2: 99%. Dolor y tumefacción en pantorrilla derecha.

Exploraciones complementarias: analíticas: dímero d 3238, marcadores cardíacos negativos, gasometría y RX tórax normal, ECG fa a 120 lpm no conocida, angio TAC: tromboembolismo pulmonar bilateral, venografía miembros inferiores: defecto de replección en tercio medio de la vena femoral superficial derecha, que se extiende hasta la poplítea.

Diagnóstico diferencial: ictus, infarto miocardio, disección aórtica. Diagnóstico: tromboembolismo pulmonar +trombosis venosa profunda pierna derecha+ fibrilación auricular.

Tratamiento: fibrinólisis rt-pa.

Evolución favorable.

Conclusiones

Con este caso clínico se pone de manifiesto la necesidad de realizar una exploración física minuciosa y la importancia de tener en cuenta dentro de los diagnósticos diferenciales determinadas patologías, aunque no presenten las manifestaciones típicas.

Palabras Clave

Syncope, thromboembolism, arrhythmia.

Para prevenirlo y diagnosticarlo hay que sospecharlo

García González J¹, Chávez Sánchez J¹, Carbajo Martín L²

¹ Médico de Familia. DCCU. AGS Sur De Sevilla. Sevilla

² Médico de Urgencias. Hospital de Alta Resolución Utrera. Sevilla

Ámbito del caso

Urgencias hospitalarias y extrahospitalarias.

Motivos de consulta

Dolor en miembro inferior derecho.

Historia clínica

Enfoque individual: varón de 48 años, sin antecedentes de interés salvo fumador activo. Acude a urgencias por dolor en región aquilea derecho sin traumatismo previo. En la exploración no signos inflamatorios, no cambios de coloración, homans negativo, pulsos distales presentes y simétricos.

Enfoque familiar y comunitario: vive con su mujer y su hijo. Trabaja como repartidor.

Tratamiento y plan de actuación: se pautan aines y control por su médico. A la semana acude de nuevo a urgencias de su centro de salud por persistencia de los síntomas además de dolor torácico opresivo y hemoptisis, la auscultación es normal, saturación de O₂ 98%, presenta eritema y edema con fovea en miembro inferior derecho. Se deriva a urgencias hospitalarias con sospecha de TEP. Hemograma, coagulación y bioquímica normal. D-dímeros 1876/ml. Radiología de tórax destaca infiltrado difuso en lóbulo normal. ECG: ritmo sinusal a 98 latidos por minutos, brdhh. Angio TAC confirma tromboembolismo pulmonar submasivo

Juicio clínico: tromboembolismo pulmonar (TEP) submasivo.

Evolución: se inicia tratamiento de anticoagulación e ingresa en uci. Pasa a planta con evolución favorable y posterior alta con seguimiento en consultas de medicina interna.

Conclusiones

La tromboembolia pulmonar (TEP) es la manifestación más grave de la enfermedad tromboembólica venosa. Se produce como consecuencia de la migración hasta el árbol arterial pulmonar de un trombo procedente del territorio venoso.

La enfermedad tromboembólica es una patología frecuentemente subdiagnosticada y asociada a una alta morbimortalidad. Nuestro caso, se enfocó inicialmente como un problema musculoesquelético en miembro inferior, fue la persistencia de la clínica en miembros y aparición de otros síntomas como el dolor torácico y la hemoptisis lo que nos hizo sospechar en la enfermedad tromboembólica. Una vez realizado el diagnóstico se debe investigar el/los factores desencadenantes e iniciar anticoagulación. El TEP puede presentarse de forma muy variada, de ahí que siempre debemos tenerlo presente para no retrasar su diagnóstico.

Palabras Clave

Pulmonary thromboembolism, deep vein thrombosis, anticoagulation.

¿Qué tengo doctor?

Ortigosa Meléndez M, Casado Sánchez I, Escañuela García R

Médico. DCCU de Málaga. Málaga

Ámbito del caso

Atención primaria y urgencias hospitalarias.

Motivos de consulta

Malestar general, disminución fuerza muscular y temblores generalizados.

Historia clínica

Enfoque individual. Antecedentes personales: alergia b-lactámicos. Colon irritable. Seguimiento por neurología (dudosas crisis comiciales) y psiquiatría. Tratamiento: antiepilépticos, ansiolíticos y antidepresivos con escaso resultado.

Anamnesis: mujer, 32 años, desde hace 1 semana presenta visión doble, temblores generalizados y astenia intensa. Similares síntomas en varias ocasiones, ha sido valorada por neurología y psiquiatría.

Exploración física: C y O. eupneica. Sin focalidad neurológica. Tono, fuerza y reflejos conservados. Cardiorespiratorio y abdomen sin alteraciones.

Pruebas complementarias: aporta TAC cráneo y ECG normales.

Enfoque familiar: Familia nucleareta I (formación) y normofuncional. Vive con su hijo de 3 años, novio y madre. Alto apoyo emocional. Según su madre ha cambiado mucho, estrechamiento de su mundo relacional y disminución de sus relaciones personales. Ahora ha aparecido su padre, no tiene buena relación y hace que tenga crisis desesperación en relación a su situación actual.

Juicio clínico: crisis conversiva.

Evolución: nueva crisis en consulta, cae al suelo sin traumatismo, da golpes con las piernas que ceden al ser reprendida. Sin relajación de esfínteres, ni estado poscrítico. Exploración: no hay que destacar nada nuevo, (hiperventilación). La madre insiste en valoración hospitalaria. Va a urgencias en ambulancia de traslado. Urgencias: nueva crisis similar a la anterior. C y O. Taquipneica. Acr: normal. Abdomen sin alteraciones. Neurológico sin alteraciones. Administran 50 mg IV de clorazepato dipotásico. Solicitan analítica y drogas de abuso en orina. La paciente solicita en presencia de su madre alta voluntaria. Se le ofrece valoración por psiquiatría, no acepta.

Conclusiones

Los pacientes con síndromes o síntomas somáticos acuden mayoritariamente al médico general por sus dolencias, sólo una parte pequeña acepta ser atendidos en servicios de psiquiatría, aunque tienden a mantener sus controles con el médico de AP. La importancia de su despistaje diagnóstico en medicina general, es fundamental. Parece necesario un abordaje específico, con el fin de entenderle y aliviarle y reducir los niveles de ansiedad y frustración y disminuir la iatrogenia que conlleva su tratamiento. Se requiere que el médico general sea capaz de realizar un diagnóstico correcto de estos trastornos y manejar adecuadamente incluyendo la intervención de psiquiatra cuando corresponda.

Palabras Clave

Psiquiatría, crisis conversiva, somático.

Evolución de pacientes con diabetes mellitus tipo 2(DM2) sin retinopatía diabética (RD) y factores de riesgo asociados (FRA) durante 5 años en un centro de salud (CS) urbano

Sampedro Abascal C¹, De la Casa Ponce M², Galobart Morilla P³, Navarro Domínguez M⁴, Muñoz Rodríguez J⁵, Delgado Díaz A⁶

¹ Médico de Familia. CS Mercedes Navarro. Sevilla

² Médica de Familia. UGCDe Huelva Centro. Huelva

³ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Mercedes Navarro. Sevilla

⁴ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Mercedes Navarro. Sevilla

⁵ Médico de Familia. CS Alcalde Manuel Bustos. Sevilla

⁶ Enfermera. CS Mercedes Navarro. Sevilla

Introducción

La DM2 es una de las enfermedades con mayor impacto sociosanitario negativo en nuestro medio, no sólo por su alta prevalencia, sino también por las complicaciones crónicas que produce y por su elevada tasa de mortalidad. En España, la diabetes es la tercera causa de mortalidad entre las mujeres y la séptima en los varones. Por ello es interesante analizar la evolución de la diabetes y los distintos factores asociados para poder establecer futuros criterios y abordarlo específicamente.

Objetivos

Objetivo principal: conocer la evolución de los pacientes con DM2 sin afectación de la retina y sus complicaciones, en una muestra aleatoria de un CS urbano durante 5 años.

Objetivo secundario: analizar los factores asociados macrovasculares, microvasculares, tóxico (tabaco), metabólico HBA1C, lípidos, índice masa corporal. Hipertensión arterial (HTA).

Diseño

Estudio descriptivo prospectivo y longitudinal de una población de DM2 sin RD.

Emplazamiento

Centro de salud (CS) ubicado en el ámbito territorial de un distrito sanitario urbano tras la realización de una retinografía.

Material y métodos

Todos los pacientes que se derivaron durante los meses de enero, febrero y marzo del 2011 y revisados en el 2016 para realizar una retinografía fueron valorados por el médico de familia referente y/o por el/la oftalmóloga sin encontrar patología. Se recogieron las variables: edad, sexo, índice masa corporal, hábitos tóxicos, hemoglobina glicada, colesterol, tratamientos con antidiabéticos orales y/o insulina, complicaciones macrovasculares, cardiopatía, enf cerebrovascular y microvasculares las retinopatías.

El estudio estadístico se realizó con el programa estadístico Spss-Windows 13.0 para Windows con licencia FISEVI (spss inc. Chicago, illinois) considerándose como significativos aquellos valores igual o inferior a 0.05. El análisis comparativo de medias se ha expresado en forma de media $\pm$ desviación standart mediante la aplicación del estadístico t de Student para los valores cuantitativos y la aplicación del test de Chi-cuadrado para los valores cualitativos, determinándose el riesgo relativo para cada factor de riesgo evaluado con sus intervalos de confianza (IC 95%). Finalmente se ha realizado un estudio multivariante con regresión logística no condicionada, en la que se han introducido los distintos factores asociados estudiados, determinándose su significación estadística así como el riesgo relativo para cada uno de ellos.

Aplicabilidad

Relevancia en cuanto a su impacto clínico asistencial. Importancia para conseguir una prevención/ intervención más efectiva. Difusión de los resultados para mejorar el abordaje diagnóstico y terapéutico de este tipo de pacientes.

Aspectos ético-legales

Está pendiente de ser aprobado por la comisión de ética e investigación del distrito sanitario correspondiente. Se salvaguardará la norma de protección de datos y se llevará a cabo según los principios éticos para la investigación médica "declaración de Helsinki". Se incluye hoja de consentimiento informado y hoja informativa a los pacientes

Palabras Clave

Diabetes mellitus, primary care, risk factors.

Dolor torácico típico. Fenómeno de compresión miocárdica o de Milking

López Coto M¹, Trueba Carreón J², Jiménez Tapia T³

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Torrejón. Huelva

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Gibraleón. Gibraleón (Huelva)

³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Orden. Huelva

Ámbito del caso

Interdisciplinar: atención primaria, urgencias hospitalarias y atención especializada.

Motivos de consulta

Dolor torácico típico.

Historia clínica

Enfoque individual. Antecedentes personales: Activa e independiente para actividades básicas de la vida diaria (ABVD). Antecedentes médicos: hipertensión arterial (HTA), dislipemia. Operaciones: cuadrantectomía mamaria. Poliplectomía rectal.

Anamnesis: mujer de 72 años que acude a urgencias de su centro de salud por dolor centrotorácico, opresivo e irradiado a miembro superior izquierdo. La despierta a las 2:30 horas de la madrugada. Alivia tras cafinitrina sublingual.

Exploración física: por aparatos normal, único dato de interés tensión arterial 160/90.

Pruebas complementarias: electrocardiograma (EKG): signos dinámicos de isquemia subepicárdica. Análítica completa con troponina normal. Radiografía de tórax normal. Ecocardiografía: signos de cardiopatía hipertensiva. Coronariografía: trayecto intramiocárdico de arteria coronaria anterior (ADA) con compresión sistólica y lesión moderada en segmento medio.

Enfoque familiar y comunitario: Familia normofuncional: casada y con hijos. Buen apoyo familiar.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: Tras el estudio completo existen 3 juicios clínicos:

1. Síndrome coronario agudo sin elevación de segmento ST (Scasest) de alto riesgo.
2. Trayecto intramiocárdico de ADA con fenómeno de compresión sistólica o de Milking y lesión moderada.
3. HTA mal controlada.

Diagnóstico diferencial: Con el vasoespaso, sobre todo, por la diferencia en el tratamiento farmacológico.

Tratamiento, planes de actuación: Tratamiento higiénico dietético, vacunación antigripal y controles de TA mediante un seguimiento estrecho de su médico de familia. Farmacológico incidiendo en betabloqueantes, además de antiagregantes, inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECAS) y estatinas.

Evolución: Tras el alta, nuestra paciente vuelve a las pocas semanas a urgencias por el mismo dolor. Ingresa de nuevo y se decide nueva coronariografía con revascularización de la lesión existente en ADA, ya que la clínica continuaba.

Conclusiones

Las arterias coronarias, en ocasiones, tienen un segmento intramiocárdico. Durante la sístole dichos trayectos pueden sufrir fenómeno de compresión, aunque no en todos los casos. Debemos hacer diagnóstico diferencial con el vasoespaso. La aplicabilidad de este caso en medicina de familia es: la importancia de realizar una buena historia clínica para filiar el tipo dolor torácico, fundamentalmente, para identificar si precisa ser derivado a urgencias hospitalarias para su manejo.

Palabras Clave

Angina pectoris, chest pain, acute coronary syndrome.

Úlcera vascular de evolución tórpida. Abordaje multidisciplinar

Barroso Recasens C¹, Ponce Troncoso A², Sánchez García M³

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. DS Sevilla Sur. Sevilla

² Enfermera. CS Don Paulino García Donas. Alcalá Guadaira. (Sevilla)

³ Médico de Familia. CS Don Paulino García Donas. Alcalá Guadaira. (Sevilla)

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de consulta

Úlcera en pierna derecha de evolución tórpida.

Historia clínica

Enfoque individual. Antecedentes personales: paciente con HTA, dislipemia e insuficiencia venosa crónica de varios años de evolución.

Anamnesis: mujer de 78 años que presenta una herida en la zona supramaleolar interna de la pierna derecha, de 8 x 3 cm con esfacelos amarillentos en su lecho, con piel perilesional íntegra, sin signos de infección, con zonas de lipodermatosclerosis y melanodermia, de 4 meses de evolución, de origen venoso, c6 (cambios cutáneos con úlcera activa) de la clasificación CEAP. Presenta nivel de dolor 4.

Enfoque familiar y comunitario: paciente casada con 4 hijos independizados con buen apoyo familiar.

Juicio clínico: úlcera vascular de origen venoso. Diagnóstico diferencial con úlceras arteriales, neuropáticas o mixtas.

Planes de actuación: consulta programada con el enfermero para valoración de la lesión. Presenta pulso pedio y tibial posterior debilitado. Índice tobillo brazo 1 mediante doppler arterial, donde se descarta patología arterial periférica. Se coloca vendaje compresivo multicapa. Se programa nueva consulta a las 48 horas para comprobar tolerancia al vendaje compresivo y posteriormente consultas semanales para cambio de vendaje.

Evolución: la paciente tolera bien el vendaje y la herida evoluciona favorablemente tanto el lecho de la misma como el resto de la pierna. A los dos meses la herida está completamente resuelta y se recomienda utilización de medias de compresión en ambas piernas para prevenir recidivas.

Conclusiones

Conclusiones con un abordaje multidisciplinar e integral, basados en la evidencia científica, se consigue solucionar problemas crónicos de evolución tórpida como el que aquí se ha tratado.

Extrapiramidalismo yatrógeno. A propósito de un caso

Sánchez García M¹, Reyes Gilabert E², Bejarano Ávila G³

¹ Médico de Familia. DS Sevilla Sur. Sevilla

² Odontólogo. DS Aljarafe-Sevilla Norte. Sevilla

³ Odontóloga. UGC de Salud Bucodental. DS Aljarafe Sevilla-Norte. Sevilla

Ámbito del caso

Atención primaria y especializada.

Motivos de consulta

Revisión por estomatitis subprotésica.

Historia clínica

Antecedentes personales: demencia tipo Alzheimer, trastorno depresivo, hipertensión arterial. Tratamiento: risperidona, sertralina, mirtazapina, furosemida.

Anamnesis: mujer de 80 años que es traída por su familia a consulta de odontología para revisión estomatitis subprotésica, presenta flexión cervical forzada dolorosa que mantiene junto con movimientos de protusión lingual desde hace 3 días. Hace una semana inició tratamiento con risperidona por salud mental, actualmente a dosis de 2 mg cada 12 horas. Se contacta con el médico de guardia del centro de salud.

Exploración física: contractura muscular cervical en flexión con imposibilidad para realizar la extensión y dolor a la palpación de musculatura paravertebral.

Enfoque familiar y comunitario: paciente viuda dependiente para las actividades básicas de la vida diaria, institucionalizada y con buen apoyo por parte de sus dos hijas.

Juicio clínico: distonía cervical por risperidona. Diagnóstico diferencial con otras distonías secundarias como: las asociadas ametabolopatías (enfermedad de Wilson), a enfermedades neurodegenerativas (enfermedad de Parkinson, enfermedad de Huntington), a otras enfermedades neurológicas (tumores en ganglios nasales, hemorragia subaracnoidea, infarto en ganglios basales, isquemia cerebral global), inducidas por tóxicos (monóxido de carbono), enfermedades infecciosas (tétanos, encefalitis, rabia, meningitis), enfermedades psiquiátricas (estereotipias o automatismo a motores en un enfermo psicótico); o con distonías primarias.

Tratamiento, plan de actuación: se administra biperideno intramuscular con buena respuesta. Se suspende la risperidona y se pauta diazepam, dextetopropeno, calor local. Se deriva a psiquiatría para valoración.

Evolución: presenta mejoría clínica de la sintomatología extrapiramidal, pautándose por el psiquiatra la quetiapina con buena tolerancia de la misma.

Conclusiones

La distonía aguda es un efecto adverso bastante frecuente producido por el uso de antipsicóticos. Su cuadro clínico es fácilmente evidenciable y el tratamiento médico realizado a tiempo es exitoso la mayoría de las veces. Hay que ser muy cuidadosos con la dosis, comenzando con dosis muy bajas. El tratamiento debe ser mantenido solo si se aprecian beneficios claros y se debe suprimir a intervalos regulares, observando la evolución. En algunos pacientes puede que no sea posible suprimirlo.

Palabras Clave

Extrapiramidal symptoms, iatrogenic, neuroleptics.

Análisis de radiografías solicitadas por médicos de familia

Maqueda Pedrosa D¹, García Lozano M¹, Silva Santos M², Winkler G³

¹ Médico de Familia. CS Camas. Sevilla

² Médico de Familia. CS Sanlúcar la Mayor. Sevilla

³ Médico de Familia. CS El Juncal. Sevilla

Objetivos

Cuantificar la prevalencia en la solicitud de estudios radiográficos y analizar las proyecciones radiográficas solicitadas con más frecuencia.

Diseño

Estudio cuasi experimental. Multicéntrico. Auditoría de historias de salud digital de pacientes citados en agenda de radiología.

Emplazamiento

Atención primaria.

Material y método

Muestra: 518 sujetos. Muestreo aleatorio sistemático.

Criterios de inclusión: sujetos que se hayan realizado una radiografía, con independencia de género o región anatómica.

Criterios de exclusión: menores de 14 años.

Variables dependientes: adecuación en indicación, número de placas y proyecciones radiográficas.

Variables independientes: sociodemográficas, relacionadas con el profesional, estudio radiológico, cuadro clínico y registro.

Análisis descriptivo univariante y bivariante. Análisis multivariante. Paquete estadístico spss.

Resultados

El 59,1% eran mujeres y la edad media era de 52,24 años (desviación estándar (de) 18,96). Los juicios clínicos que más destacaban como motivos de solicitud radiográfica fueron contusión en un 12,7%, seguido de bronquitis en un 6,4% y gonalgia en un 5%. La primera proyección más demandada fue la lateral de tórax en un 23,6% de los casos, seguida de posteroanterior de tórax en un 8,7%. cuando se solicitaba en un mismo paciente un segundo estudio, lo más frecuente fue posteroanterior de tórax en un 21,6% seguida de lateral de columna dorsolumbar en un 5,8%.

Conclusiones

Mejorar la solicitud de las radiografías más frecuentemente solicitadas en atención primaria, en lo referente a adecuación según clínica y proyecciones. Destacar el aumento de estudios radiográficos, centralizado mayoritariamente en mujeres. Se establecen medidas destinadas a la reducción de estudios en base a criterios establecidos en guías de práctica clínica.

Palabras Clave

Primary health care, radiographic imagen, prevalence.

Seguimiento anticoagulación. Abordaje multidisciplinar e interniveles

Barroso Recasens C¹, Ponce Troncoso A², Sánchez García M³

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. DS Sevilla Sur. Sevilla

² Enfermera de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Don Paulino García Donas. Alcalá Guadaira. (Sevilla)

³ Médico de Familia. CS Don Paulino García Donas. Alcalá Guadaira. (Sevilla)

Ámbito del caso

Atención primaria y especializada. Multidisciplinar.

Motivos de consulta

Mala tolerancia al anticoagulante oral (ACO).

Historia clínica

Enfoque individual. Antecedentes personales: paciente con antecedentes de fibrilación auricular en tratamiento con anticoagulante oral acenocumarol (Sintrom) desde hace 3 meses, derivado desde el servicio de hematología del hospital de referencia para control de INR y dosificación de ACO en el centro de salud.

Anamnesis: mujer de 64 años, con INR en rango terapéutico (2-3), que hace dieta adecuada, sin cometer transgresiones dietéticas y sin olvidos de medicación. Desde hace semanas se queja de reacción alérgica en forma de erupción cutánea y picores, detectado por la enfermera cuando realiza los controles de INR. Se deriva dermatología.

Enfoque familiar y comunitario: paciente viuda, con 4 hijos independizados, con buen apoyo familiar.

Juicio clínico: reacción alérgica al acenocumarol. Diagnóstico diferencial con otras causas de prurito y lesiones cutáneas como psoriasis, urticaria, dermatitis atópica, dermatitis de contacto, prurito senil, entre otras.

Tratamiento, plan de actuación: derivación desde la consulta de enfermería a médico de familia para valorar la reacción alérgica, quien deriva a dermatólogo para completar estudio. Consultado al servicio de hematología del hospital de referencia a fin de valorar cambio de ACO, cambiándose a preparado a warfarina sódica (Aldocumar).

Evolución: tras el cambio, la paciente ha mejorado de la erupción cutánea y el picor. La tolerancia a la warfarina es buena y el INR se mantiene en rango terapéutico.

Conclusiones

Con un abordaje multidisciplinar e interniveles, se pueden solucionar de manera rápida y efectiva problemas relacionados con el uso y manejo de anticoagulantes orales.

Mal control metabólico por falta de apoyo social. A propósito de un caso

Peñato Luengo A¹, Ponce Troncoso A², Sánchez García M³

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Don Paulino García Donas. Alcalá Guadaira. (Sevilla)

² Enfermera de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Don Paulino García Donas. Alcalá Guadaira. (Sevilla)

³ Médico de Familia. CS Don Paulino García Donas. Alcalá Guadaira. (Sevilla)

Ámbito del caso

Atención primaria. Caso multidisciplinar.

Motivos de consulta

Diabetes mal controlada.

Historia clínica

Enfoque individual. Antecedentes personales: DM tipo 2 en tratamiento con insulina, HTA, dislipemia, insuficiencia venosa crónica y obesidad. Tratamiento: insulina glargina, simvastatina, enalapril.

Anamnesis: mujer de 60 años, diabética, que estando bien controlada, presenta desde hace un año mal control metabólico, con hba1c de 8.5, hiperlipemia y aumento de peso de 10 kg.

Enfoque familiar y comunitario: paciente separada desde hace 1 año, con 2 hijos independizados, que dice encontrarse “muy sola y sin nadie con quien sincerarse”.

Juicio clínico: mal control metabólico.

Planes de actuación: consulta programada con la enfermera para valoración de la situación. Presenta un patrón de regulación e integración del régimen terapéutico para su enfermedad que resulta insatisfactorio. Ha dejado de hacer dieta adecuada y fraccionada, así como ejercicio físico regular. A veces olvida la medicación. Esta situación viene motivada por falta de interés secundaria a una escasa red social y un bajo apoyo social percibido según cuestionario Mos.

Además de continuar con la educación sanitaria para el control de su enfermedad, se deriva al grupo socioeducativo (GRUSE) que organiza el trabajador social del centro de salud.

Evolución: la paciente acude regularmente a las sesiones de gruse, ha hecho amigas y salen a caminar diariamente. En 3 meses ha perdido 8 kg, y la hba1c ha bajado a 7.1. Se encuentra más animada y con ganas de controlar su salud.

Conclusiones

Con un abordaje multidisciplinar e integral, se pueden dar enfoques alternativos que forman parte de la cartera de servicio de los centros de atención primaria. Con frecuencia la atención de las personas con enfermedad crónica pasa por un abordaje psicosocial.

Dolor lumbar en varón de 60 años

González Contero L¹, Salva Ortiz N², Bermúdez Torres F²

¹ Médico de Familia. Hospital Santa María Del Puerto. Cádiz

² Médico de Familia. Urgencias. Hospital Santa María Del Puerto. Cádiz

Ámbito del caso

Urgencias hospitalarias.

Motivos de consulta

Dolor lumbar de horas de evolución.

Historia clínica

Varón de 58 años de edad con los siguientes antecedentes personales: no refiere alergias medicamentosas conocidas. Ex fumador. Niega otros hábitos tóxicos. Hipertensión arterial controlada con enalapril 20 mg/24hr. Niega otros factores de riesgo cardiovascular. Síndrome ansioso en tratamiento con lorazepam 1mg/12 hr. Niega otros antecedentes médico quirúrgicos de interés.

Historia actual: acude a urgencias por presentar, desde hace horas, dolor en zona lumbar de inicio brusco que le despierta de madrugada, irradia a hipogastrio, náuseas y vómitos. No modifica con posturas ni con movimientos. No síndrome miccional. No fiebre.

Exploración física: regular estado general, nauseoso, inquieto. Afectado por el dolor. TA 110/60 mmHg, FC 50lpm y sat O₂ 98%, ACP sin hallazgos, abdomen doloroso a la palpación difusa, se palpa masa pulsátil, sin auscultarse soplo, la PPL es negativa. Pulsos femorales están presentes y simétricos.

Pruebas complementarias: RX de columna lumbar sin hallazgos relevantes. Analítica completa con hemograma, bioquímica, coagulación y sedimento de orina, sin hallazgos destacables. Se solicita angio TAC abdominal donde se objetiva un aneurisma de aorta abdominal infrarrenal de 7,4 x 6,5 cm de diámetro máximo en cortes axiales con trombo mural circular y hematoma en el interior del trombo, persiste luz permeable de 4 x 3,2 cm.

Manejo en urgencias: se inician medidas de soporte, tratamiento analgésico, y se avisa a cirugía vascular.

Evolución: tras valoración por especialista y estabilización hemodinámica se procede a su ingreso para cirugía electiva en los próximos días. Permanece asintomático y con buen control tensional hasta las 24 horas del ingreso en que presenta cuadro brusco de cortejo vegetativo, hipotensión y anemia de 2 puntos de hemoglobina con reaparición del dolor lumbar y abdominal, por lo que se solicita nuevo angio-tac que confirma rotura aneurismática con importante hematoma retroperitoneal, por lo que se realiza cirugía urgente con resección e injerto, sin complicaciones. El paciente evoluciona favorablemente.

Conclusiones

Son básicos en nuestro trabajo diario una buena anamnesis y adecuada exploración física para un correcto diagnóstico del paciente, así como elegir las pruebas complementarias a realizar y plantear los diagnósticos diferenciales posibles para un manejo rápido y efectivo de la entidad clínica.

Palabras Clave

Lumbar, pain, aneurysm.

Síndrome confusional agudo en ancianos

González Contero L¹, Salva Ortiz N², Bermúdez Torres F²

¹ Médico de Familia. Hospital Santa María Del Puerto. Cádiz

² Médico de Familia. Urgencias. Hospital Santa María Del Puerto. Cádiz

Ámbito del caso

Urgencias hospitalarias.

Motivos de consulta

Deterioro del estado general.

Historia clínica

Varón de 86 años de edad con los siguientes antecedentes personales: HTA, cardiopatía hipertensiva, hipercolesterolemia, arteriopatía periférica con claudicación intermitente. HBP grado III. Último ingreso hace 4 meses por insuficiencia renal aguda por uropatía obstructiva con sondaje urinario permanente desde entonces, encefalopatía vascular degenerativa crónica leve. Tratamiento domiciliario actual: candesartan 16 mg/día, diazepam 5 mg/noche.

Historia actual: desde hace varias semanas deterioro importante, con caídas frecuentes, la última esta semana, tras encerrarse en el cuarto de baño de su domicilio, teniendo que tirar la puerta y encontrarlo en el suelo, golpe en la cabeza, consciente con incoherencias al hablar. En estas semanas muestra alteración del comportamiento, de predominio nocturno, con alucinaciones visuales ("merluzas gigantes que se esconden en la hierba"), y mostrando agresividad hacia su mujer. No refiere otros síntomas. No síndrome miccional. No fiebre.

Exploración física: PA 122/63 FC 79 Tª 36.6 SATo2 100. Consciente, con lenguaje incoherente, delirante, que alterna con fases de discurso lúcido. Gcs 14/15. No déficit neurológico focal. Resto de la exploración anodina.

Pruebas complementarias: ECG: RS a 75 x, HVI. RX tórax: ligera cardiomegalia. Analítica: glucosa 109 / creatinina 1.36 / iones normales / HB 13.6 / leucocitos 9.700 (n 77%) / orina: no leucocitosis, nitritos negativo, sangre 150 hematíes. TAC craneal: importante colección extraxial izquierda a nivel temporal fronto parietal, preferentemente hipodensa en relación con hematoma subdural subagudo-crónico. En su seno se aprecian pequeños focos más hiperdensos en relación con sangrados más recientes. Esta colección está provocando efecto masa con desviación de estructuras de la línea media y pequeña herniación subfalcial. Se comenta con servicio de neurocirugía que decide tratamiento quirúrgico.

Evolución: adecuada.

Conclusiones

El síndrome confusional agudo no es una enfermedad sino un síntoma, y debemos tener en cuenta todas las entidades que pueden manifestarlo, con un correcta anamnesis y exploración, podremos hacer un adecuado diagnóstico diferencial.

Palabras Clave

Confusional, subdural, elderly.

¿Cómo son los pacientes con DM2 mal controlada?

Morales Sutil M¹, De Juan Roldán J², Faz García M¹, Cervilla Suárez F, Luis Sorroche J, Alarcón Pariente E¹

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Palo. Málaga

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Palma-Palmilla. Málaga

Objetivos

Analizar el perfil de los pacientes con DM2 mal controlada y factores asociados.

Diseño

Descriptivo transversal.

Emplazamiento

Centro de salud.

Material y método

Sujetos: pacientes con DM2 adscritos a un cupo de atención primaria 2015 (n=195).

Variables: edad, sexo, años evolución, fondo de ojo (FO) (normal, RD no proliferativa, RD proliferativa). Exploración anual de pies (normal, de riesgo, diabético), determinación semestral HBA1C, LDL colesterol, microalbuminuria, criterios de mal control: hba1c>7%.

Análisis: análisis bivalente: chi2 variables cualitativas, T Student variables cuantitativas. Análisis multivariante: regresión logística binaria, p≤0.05.

Resultados

Edad: 69,10± 0,63 años, 59% hombres. El 95,38% tienen realizada una hba1c anual, 71,28% dos determinaciones, valor medio: 6,87% ± 0.084 primera determinación, 6,63% ± 0.075 segunda. Hba1c<7 en 62,05% y 47,69% respectivamente.

El 94,35% tienen un LDL colesterol anual; 69,74% dos: valor medio 101,75 ± 1.90 mg/dl, primera determinación, 96,70 ± 2.31 mg/dl segunda. LDL colesterol<100 mg/dl: 61,53% y 47,17% respectivamente. 91,8% realizada una determinación de microalbuminuria, 67,7% dos: positiva en 16,2% y 12,9% respectivamente.

A 112 se les realizó el FO en 2014, 75,8% normal no se repetiría en 2015; RD no proliferativa 10,7% y proliferativa 2,7%.

Exploración de pies realizada en 92,3% pacientes: normal 51,7%, de riesgo 47,8%, pie diabético 0,6%.

El análisis multivariante muestra tres factores asociados al mal control (coeficiente de determinación r²=0.502): mayor edad [p0.001, exp beta= 1,224 (1,091-1,373)], mayor LDL en la segunda determinación [p0.046, exp beta=1,045 (1,001-1,091)] y microalbuminuria [p0.045, exp beta=0,035 (0,001-0,926)]

Conclusiones

Existe un importante número de paciente con mal control terapéutico asociado a mayor edad y mayor LDL, apareciendo la microalbuminuria + como protector.

Palabras Clave

Diabetes mellitus prevention and control, primary health care, cross-sectional studies.

Patología bucodental de pacientes en tratamiento oncológico. A propósito de un caso

Reyes Gilabert E¹, Sánchez García M², Bejarano Ávila G³

¹ Odontólogo. DS Aljarafe-Sevilla Norte. Sevilla

² Médico de Familia. DS Sevilla Sur. Sevilla

³ Odontóloga. UGC de Salud Bucodental. DS Aljarafe Sevilla-Norte. Sevilla

Ámbito del caso

Atención primaria y especializada.

Motivos de consulta

Caries, fracturas dentales y boca seca.

Historia clínica

Enfoque individual. Antecedentes personales: hipertensión, dislipemia, cáncer de mama. Tratamiento: enalapril, simvastatina, diazepam y quimio y radioterapia para el cáncer.

Anamnesis: mujer de 56 años que acude a la consulta de su médico de familia por caries, fracturas dentales, sensación de boca seca, quemazón e intenso dolor en paladar blando, labios y lengua blanquecina.

Exploración física: resto radicular en 14,26 y 47. Caries rampante. Placa bacteriana. Se observa lengua blanquecina, eritema y úlceras en la mucosa labial interna y paladar blando con disminución de la secreción salival.

Pruebas complementarias: analítica con resultado de plaquetas 40.000/mm³ y leucocitos 350/mm³ y ortopantomografía.

Enfoque familiar y comunitario: casada con dos hijos. Buen apoyo familiar.

Juicio clínico: lesiones linguales compatibles con diagnóstico de candidiasis oral previamente otras entidades que deben considerarse diagnóstico diferencial con otras entidades como la leucoplasia y el liquen oral pero las lesiones se desprenden al raspado. Caries rampante, xerostomía y déficit de autocuidado de higiene oral con abundante tártaro dental. Mucositis en cara interna labial y paladar blando.

Tratamiento y planes de actuación: paracetamol y solución de clorhidrato de lidocaína viscosa al 2% para dolor de mucositis. Tratamiento de la candidiasis con miconazol en gel, higiene oral al tener alterado leucocitos y plaquetas no cepillado dental, se realiza con solución salina al 0,9% de cloruro sódico y clorhexidina. Saliva artificial con xilitol para xerostomía. Exodoncias 6 meses después de radioterapia (riesgo de osteonecrosis) y según el nivel plaquetario. Fluoraciones y obturaciones de caries dentales.

Evolución: Se realiza control higiene oral y fluoraciones. A los 6 meses postradioterapia se realizan exodoncias dentales previa profilaxis antibiótica y nivel plaquetario de 80.000/mm³.

Conclusiones

Es importante que desde atención primaria se implique y participe con el equipo oncológico interdisciplinar con la finalidad de prevenir y tratar las complicaciones bucales. Se precisa de tratamiento bucal de forma oportuna antes de la oncoterapia, y una atención integral que incluya el manejo de las complicaciones de la radioterapia antes durante y después de la terapia oncológica.

Palabras Clave

Mucositis, drug therapy, radiotherapy.

Micosis bucal: otra forma de debutar

Sánchez García M¹, Reyes Gilabert E², Bejarano Ávila G³

¹ Médico de Familia. DS Sevilla Sur. Sevilla

² Odontólogo. DS Aljarafe-Sevilla Norte. Sevilla

³ Odontóloga. UGC de Salud Bucodental. DS Aljarafe Sevilla-Norte. Sevilla

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de consulta

Paciente confusa y con alteraciones conductuales.

Historia clínica

Enfoque individual. Antecedentes personales: hipertensión arterial. Último ingreso hace 4 meses por neumonía donde le indicaron terapia antibiótica y síndrome confusional agudo durante el ingreso. Tratamiento actual: candesartan, diazepam.

Anamnesis: acude a consulta paciente de 85 años de edad, que es traída por su hija. Los familiares refieren que desde hace siete días la notan diferente, presenta insomnio, abandono de sus actividades cotidianas, se irrita con facilidad y con frecuencia se le olvida donde deja las cosas, ha presentado fiebre en dos ocasiones así como también se queja de ardor bucal desde hace dos semanas. Pérdida ponderal en los últimos meses y ánimo bajo.

Exploración física: desorientación temporal, alucinaciones visuales, afectación de la memoria reciente, cambios en la escritura y omisión de consonantes. En el examen bucal se observó placa eritematosa de bordes difusos, superficie depapilada, ligeramente engrosada, localizada en el dorso de lengua, placa blanca correspondiente a saburra, en la mucosa de paladar se observa placa eritematosa difusa.

Pruebas complementarias: analítica discreta leucopenia, albumina, proteínas y colesterol por debajo de los límites de la normalidad. Cultivo de muestra obtenida por raspado de la lengua, paladar y de la prótesis aislándose candida albicans.

Enfoque familiar y comunitario: paciente viuda que vive con sus dos hijas solteras.

Juicio clínico: síndrome confusional agudo (SCA). Candidiasis eritematosa (por uso prolongado de antibióticos) y estomatitis subprotésica. Malnutrición proteico-calórica. Diagnóstico diferencial del SCA con demencia, lesiones cerebrales localizadas, trastornos psiquiátricos.

Tratamiento, plan de actuación: nistatina durante dos semanas y haloperidol para controlar la sintomatología neuropsiquiatría. Se programan visitas de seguimiento y dietoterapia.

Evolución: revisión las dos semanas se observó ligera mejoría de la lesión con disminución del eritema y de la sintomatología. Se autolimitó el cuadro confusional.

Conclusiones

El SCA puede ser la carta de presentación de una infección localizada como lo fue en este caso. Habitualmente tiene una causa multifactorial. El diagnóstico precoz del cuadro, de su etiología y de los principales factores de riesgo, permite prevenir posibles consecuencias adversas.

Palabras Clave

Oral candidosis, mycosis, delirium, acute confusional state.

Ptosis en paciente con antecedentes de melanoma

Silva Santos M¹, Maqueda Pedrosa D²

¹ Médico de Familia. CS Sanlúcar la Mayor. Sevilla

² Médico de Familia. UGC Camas. Sevilla

Ámbito del caso

Mixto.

Motivos de consulta

Ptosis palpebral, alteración del habla y disnea de esfuerzo.

Historia clínica

Enfoque individual: antecedentes personales: fumadora 15 cigarrillos/día. No bebedora. Fibromialgia, incontinencia urinaria mixta en seguimiento ginecología y urología. IQ: melanoma MSI, apendicectomía.

Anamnesis: mujer, 46 años. Acude a su MAP por ptosis palpebral, éste ante los antecedentes de melanoma, sospecha de metástasis cerebrales y la deriva a urgencias, no acudió y a los pocos días comienza con alteración del habla, debilidad a la masticación, sensación disneica.

Exploración: buen estado general, ortopnea, SAT O₂ 97%, FC 100 lpm. Ptosis palpebral derecha con leve fatigabilidad, fuerza cuello 3/5, fatigabilidad posterior a la elevación de miembros superiores, no debilidad en miembros inferiores. Marcha autonómica.

Pruebas complementarias: bioquímica y hemograma normal, marcadores tumorales negativos, VSG 3. Estimulación repetitiva: compatible con alteración de unión neuromuscular, RM y angiorm normales, AC antirreceptor de acetilcolina positivos. RX y TAC tórax sin hallazgos significativos.

Enfoque familiar y comunitario: estudio de la familia y de la comunidad: Familia nuclear, etapa iii del ciclo vital familiar. Alto nivel económico y gran apoyo familiar-emocional. Familia normofuncional. Antecedentes familiares: madre con diabetes, padre tumor cerebral.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: Diagnóstico final: miastenia gravis generalizada con afectación bulbar/respiratoria. Diagnóstico diferencial: el principal metástasis cerebrales de melanoma intervenido, botulismo, miopatía mitocondrial, entre otras.

Tratamiento, planes de actuación: Inició tratamiento con prednisona 50 mg/día, mestinón 60 mg/6horas y 5 días inmunoglobulinas 25 mg/24 horas. Se añade ventilación mecánica no invasiva durante el sueño.

Evolución: Al alta está prácticamente asintomática, persiste ligera debilidad de flexores del cuello con la repetición 4+/5. En domicilio va mejorando con el tratamiento, la disfagia desapareció y solo toma 1 comprimido mestinón al día.

Conclusiones

La aplicabilidad de este caso para la medicina familiar y comunitaria se basa en realizar la historia clínica con una buena anamnesis y exploración física, indagando síntomas de alarma, la importancia del seguimiento y evolución de nuestros pacientes es nuestra fuerza y no podemos olvidarlo, no siempre un antecedente de enfermedad justifica todas las posteriores sintomatología por lo que no podemos echar al olvido el resto de patologías relacionadas con la clínica.

Palabras Clave

Melanoma, ptosis, primary health care.

Edema palpebral

Chamorro González-Ripoll C¹, García Ruíz C²

¹ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Adoratrices. Huelva

² MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Torrejón. Huelva

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de consulta

Edema palpebral bilateral y odinofagia.

Historia clínica

Varón de 18 años sin antecedentes personales de interés.

Anamnesis: refiere edema palpebral bilateral de una semana de evolución, acompañado de odinofagia. Niega fiebre ni otra sintomatología.

Exploración física: tensión arterial: 114/70, frecuencia cardíaca: 78 latidos por minuto. Cabeza y cuello: edema en párpados superiores, sin otras alteraciones oculares. Adenopatía cervical de 0.5 cm, móvil y no dolorosa. Auscultación cardiorrespiratoria: sin alteraciones. Orofaringe hiperémica. No exudados amigdalares. Abdomen: blando, depresible y no doloroso. Discret hepatomegalia. Extremidades: sin hallazgos.

Pruebas complementarias: se solicita hemograma y bioquímica con función renal, hepática y tiroidea.

Juicio clínico: sospecha de faringoamigdalitis aguda, enfermedad renal o tiroidea.

Diagnóstico diferencial de edema palpebral: reacción alérgica. Traumatismo oftálmico. Infección local o sistémica. Patología tumoral. Enfermedad tiroidea. Enfermedad renal (hipertensión arterial). Angioedema hereditario o recurrente. Miositis. Blefarocalasia.

Tratamiento: sintomático y revisión con resultados de pruebas analíticas.

Evolución: el paciente acude a urgencias tres días después por fiebre y odinofagia. A la exploración, se observa exudado amigdal y adenopatías submaxilares dolorosas. Prescriben tratamiento con amoxicilina 500/ácido clavulánico 125 mg cada 8 horas durante 8 días. Diez días después, revisamos al paciente. Han cedido los exudados amigdalares y la fiebre, persisten las adenopatías y una discreta hepatomegalia. Refiere astenia. No presenta exantemas. En la analítica destacan linfocitos 75%, PCR: 1.5, GPT: 159, GOT: 87. Revisamos el cuadro clínico, sospechamos mononucleosis infecciosa. Solicitamos nueva analítica que incluye anticuerpos de VEB (virus de Epstein Barr), CMV (citomegalovirus), anticuerpos heterófilos y transaminasas. Un mes desde el comienzo de los síntomas, revisamos al paciente. Está asintomático. Exploración por aparatos normal. En la analítica destaca linfocitosis informada como reactiva, anticuerpos heterófilos y VEB positivos. CMV negativo. Resto de parámetros normales.

Conclusiones

El edema palpebral puede ser un hallazgo sutil en la mononucleosis infecciosa y, aunque no forma parte de su diagnóstico diferencial, puede estar presente al inicio del cuadro hasta en 1/3 de pacientes. Gracias a la posibilidad que tiene el médico de familia de llevar a cabo un seguimiento cercano de sus pacientes, hemos podido diagnosticar esta enfermedad aunque al inicio no estuviese entre nuestro diagnóstico diferencial.

Palabras clave

Edema, eyelid, dysphagia.

Adecuación diagnóstica y terapéutica de los pacientes entre 65 y 80 años con enfermedad pulmonar obstructiva crónica en el ámbito de atención primaria

García Huertas C¹, Pedregal González M²

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Bollullos Par del Condado. Huelva

² Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Técnico de Salud Pública UD de MFyC. Huelva

Objetivos

Describir la adecuación diagnóstica de EPOC entre 65 y 80 años.
Determinar la adecuación del tratamiento en relación con gravedad y fenotipo.
Describir la relación entre gravedad, edad y género.
Determinar la prevalencia de deshabituación tabáquica.

Diseño

Observacional descriptivo.

Emplazamiento

Atención primaria.

Material y método

N=45 tras criterios de inclusión.

Variables: edad, sexo, índice Bodex, la escala de disnea medical Research Council y el Copd Assessment test. Fev1, Fev6 y el cociente.

Análisis: porcentajes para describir variables cualitativas; media y desviación típica para cuantitativas. Intervalos de confianza al 95%. T-Student para comparar medias, anova para más de dos; Chi-cuadrado para comparar cualitativas. Se verificaron las condiciones de aplicación.

Resultados

Edad 72,11 años (Dt 4,51). El 71,11% IC (56,69-82,89) de los pacientes eran varones. Un 55,55% IC (40,91-69,5), presentaron un cociente Fev1/Fev6 menor del 75% tras broncodilatador. En un 22,22% IC (11,88-36,05), se relaciona el tratamiento con el fenotipo y grado de gravedad de EPOC.

Un 48,88% IC (34,58-63,33) de los pacientes diagnosticados de EPOC no tiene espirometría previa de carácter obstructivo. No se encontró relación estadísticamente significativa entre la gravedad y la edad y el género. Continúan fumando el 31,11% IC (18,93-45,66), siendo un 17,77% IC (8,61-30,98) los pacientes que cumplen criterios de EPOC.

Conclusiones

Casi la mitad de los pacientes no tiene hecha una espirometría obstructiva previa. Es esencial el fenotipo y grado de gravedad para un adecuado tratamiento. Se debe insistir en la deshabituación tabáquica para conseguir un tratamiento adecuado.

Palabras Clave

Pulmonary disease, chronic obstructive, Spirometry, Primary healths care.

Una cefalea complicada

Oliva Márquez M¹, Ruiz Alcalá M², Núñez Caro J³

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Moguer. Moguer (Huelva)

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Paulino García Donas y Hospital Valme. Sevilla

³ MIR 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Valme. Sevilla

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de consulta

Mujer de 80 años que acude por cefalea de 5 días de evolución que achaca a mal control de la tensión arterial en los últimos días, acompañada de odinofagia, con pérdida de fuerza generalizada, que ha comenzado en miembros inferiores y que refiere de mayor intensidad en hemicuerpo izquierdo. No ha presentado disnea ni fiebre.

Historia clínica

Mujer de 80 años. Sin alergias medicamentosas conocidas. No presenta hábitos tóxicos. Cuida de su marido con Alzheimer.

Antecedentes personales: HTA, dislipemia, cardiopatía hipertensiva, angor de esfuerzo, osteoporosis. Intervenciones quirúrgicas: artroplastia de rodilla izquierda. En tratamiento con esomeprazol 20mg cada 24 horas, candesartan 32 mg cada 24 horas, furosemida 40 mg cada 24 horas, simvastatina 20 mg cada 24 horas, dermatrans 10 mg cada 24 horas, alprazolam 0,5 mg cada 24 horas y sertralina.

A la exploración presenta buen estado general, está bien hidratada y perfundida, normocoloreada, eupneica en reposo, tolera el decúbito. Tonos rítmicos sin taquicardia con buen murmullo vesicular. Abdomen globuloso, depresible, no doloroso a la palpación, sin masas ni megalias, RHA presentes, Blumberg y Murphy negativos. A la exploración neurológica: consciente, orientada en espacio y tiempo, colaboradora, pares craneales normales, sin signos meníngeos, sin afasia ni disartria, ni otros trastornos del lenguaje. Tetraparesia flácida no simétrica con más intensidad en lado izquierdo: MSD: 3/5 MSI: 2/5 MID: 3/5 MII: 2/5. No hay reflejos osteotendinosos en MMSS. Reflejos patelares muy disminuidos pero conservados, aquíleos no valorables, cutaneoplantares flexores.

Pruebas complementarias: análisis con hemograma, bioquímica, enzimas cardíacas, función renal, y coagulación normales. LCR de aspecto normal. ECG: ritmo sinusal a buena frecuencia sin alteraciones agudas de la repolarización. Radiografía de tórax sin hallazgos. TAC y RMN normales. EMG: disminución de la amplitud de todas las conducciones motoras realizadas, posiblemente por pérdida de volumen axonal, compatible con polineuropatía generalizada, de predominio motor y probables características axonales de fase precoz.

Juicio clínico: síndrome de Guillain barré. HTA.

Conclusiones

El síndrome de Guillain barré es un trastorno autoinmunitario de etiología incierta, se ha relacionado con cuadros virales, neumonía, les, enf. De Hodgkin. Provoca parestesias, debilidad muscular y parálisis ascendente, inicia en miembros inferiores. Se produce una pérdida de reflejos tendinosos. En casos graves, puede afectar a la deglución, o precisar asistencia ventilatoria.

Palabras Clave

Polyradiculoneuropathy, guillain-barre syndrome, polyneuropathies.

¿Tu paciente crónico no va bien?, ¿seguro que cumple con su tratamiento?

Lomeña Villalobos J¹, Perpiñá Fortea C¹, Moga Lozano S¹, Aldeanueva Fernández C², Guerrero Bueno J³, Gálvez Esquinas J³

¹ Médico de Familia. CS Torre Del Mar. Vélez-Málaga (Málaga)

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Torre Del Mar. Vélez-Málaga (Málaga)

³ Enfermero de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Torre Del Mar. Vélez-Málaga (Málaga)

Objetivos

Determinar prevalencia del cumplimiento terapéutico (CT) en pacientes crónicos en atención primaria. Valorar eficacia diagnóstica de tres métodos de medida.

Diseño

Observacional, descriptivo, transversal.

Emplazamiento

Atención primaria.

Material y método

Población de 2519 pacientes > 65 años con 5 o más fármacos. Muestra 194. Nivel confianza: 95%, precisión relativa: 0.30. Muestreo aleatorio sistemático.

Revisión de historias clínicas, registro de fármacos, entrevista personal y visita domiciliaria. Periodo: 09/2014-03/2015. Variables: sociodemográficas (género, edad), nivel instrucción, fármacos autoadministrados o por dado por cuidador, número de fármacos y patologías, índice de Barthle y CT (test de batalla, test de Morisky-Green, recuento de comprimidos en domicilio). Se aplicaron estadísticos descriptivos y test Chi-cuadrado.

Resultados

Edad 77.1 +/- 7.35 años. 64% mujeres.

Porcentaje CT según test de batalla 69% no cumplidores (n=131); test de Morisky-Green 41% no cumplidores (n=80); y recuento de comprimidos 30% no cumplidores (n=59).

Test de Morisky-Green para detectar no cumplidores: sensibilidad 67,67%, especificidad 60,38%, valor predictivo positivo (VPP) 81,08%, valor predictivo negativo (VPN) 42,67%.

Test de batalla: sensibilidad 35,38%, especificidad 70,83%, VPP 76,67%, VPN 28,81%.

Conclusiones

La no adherencia aumenta la probabilidad de fracaso terapéutico. CT bajo y concordante con estudios similares. Especial importancia en crónicos. Aumentaríamos efectividad y disminuiríamos cambios de medicación. Test de Morisky-Green eficaz para diagnosticar al paciente no cumplidor. Realizado este corte transversal y conociendo CT separaremos la muestra en tres partes idénticas en sus variables y realizaremos una intervención intensiva mediante aviso telefónico a un grupo, sólo en consulta médica a otro y nada al tercero. Pretendemos evaluar la eficacia de una intervención en mejorar CT.

Palabras Clave

Adherence, compliance, patient non-compliance.

Vómitos en paciente con nefropatía diabética

López Ocaña F¹, Gilsanz Aguilera N², Ortiz Navarro B³

¹ Médico de Familia. DCCU Estepona. Málaga

² Médico de Familia. CS Álora. Málaga

³ Médico de Familia. DCCU San Pedro. San Pedro De Alcántara. (Málaga)

Ámbito del caso

Urgencias de atención primaria y hospitalaria.

Motivos de consulta

Cuadro de dolor abdominal difuso y vómitos casi continuos.

Historia clínica

Antecedentes personales: diabetes mellitus tipo II. Hipertensión arterial. Insuficiencia renal crónica grado 3 secundaria a nefropatía diabética. Retinopatía diabética. Glaucoma. Tratamiento: telmisartan-hidroclorotiazida. Vildagliptina-metformina, omeprazol.

Anamnesis: varón de 59 años que acude a urgencias del centro de salud en varias ocasiones; por dolor abdominal difuso, vómitos continuos, astenia y pérdida de apetito, de una semana de evolución. Ante el no control de síntomas se deriva a urgencias hospitalarias.

Exploración: mal estado general con gran astenia. Tensión arterial: 83/53. Palidez y sequedad de mucosas. Mala perfusión periférica. Soplo sistólico II/VI multifocal. No edemas.

Pruebas complementarias: analítica: glucosa 217. Creatinina: 14,12. Potasio: 7,5. Creatina-cinasa: 569. Creatina-cinasa MB 37. Gasometría: PH: 7.221. Dióxido de carbono: 28. Oxígeno 35. Bicarbonato 11 hemoglobina: 9.5. Leucocitos 13500. Coagulación normal. Radiografía de tórax y abdomen normal.

Enfoque familiar y comunitario: paciente soltero que vive en un pueblo y trabaja en el campo.

Juicio clínico: ante un paciente con insuficiencia renal crónica y vómitos que no mejoran, se sospecha empeoramiento de la insuficiencia renal; considerando los vómitos, la astenia y anorexia síntomas de uremia. Se confirma la insuficiencia renal crónica reagudizada, además de deshidratación y acidosis metabólica. La causa de la acidosis metabólica sería la metformina.

Tratamiento: ante la hiperpotasemia grave el paciente pasa a la uci con tratamiento de gluconato cálcico y glucosa-insulina. Se traslada al hospital de referencia para valoración por nefrología y diálisis urgente.

Evolución: en el hospital de referencia se procede a diálisis urgente. El paciente empieza con vómitos y broncoaspiración secundaria, entrando en insuficiencia respiratoria y requiriendo ventilación mecánica no invasiva y antibióticos. Evoluciona favorablemente. Se da de alta con darbepoetina inyectada, omeprazol, furosemida, insulina glargina cada 24 horas e insulina aspart antes de las comidas, suspendiendo la metformina.

Conclusiones

Ante un paciente diabético con insuficiencia renal crónica, está indicado suspender la metformina, para evitar la acidosis láctica. El paciente había sido valorado previamente por nefrología con último aclaramiento de creatinina de 37 y le mantuvo la metformina.

Palabras Clave

Nefropatía diabética, acidosis y metformina.

Dolor abdominal, no olvidar los antecedentes

López Ocaña F¹, Gilsanz Aguilera N², Ortiz Navarro B³

¹ Médico de Familia. DCCU de Estepona. Estepona (Málaga)

² Médico de Familia. CS Álora. Álora (Málaga)

³ Médico de Familia. DCCU San Pedro. San Pedro de Alcántara (Málaga)

Ámbito del caso

Atención primaria y urgencias hospitalarias.

Motivos de consulta

Dolor abdominal de dos semanas de evolución.

Historia clínica

Antecedentes personales: alergia a penicilinas. Fumador de 1 paquete al día. Bebedor dos vasos de vino al día. Hipertensión arterial. Diabetes mellitus tipo II. EPOC. Colon irritable. Síndrome depresivo. Pancreatitis aguda en 2011. Glaucoma. Tratamiento: timolol colirio, venlafaxina, lorazepam. Gemfibrozilo, enalapril/hidrolorotiazida. Alopurinol, omeprazol, metformina, atrovent inhalado.

Anamnesis: varón de 51 años con dolor centroabdominal de dos semanas de evolución irradiado a zona lumbar sin fiebre ni síndrome miccional. Valorado por su médico y diagnosticado de infección de orina en tratamiento con antibióticos. Ante la no mejoría se deriva a urgencias del hospital.

Exploración: tensión arterial: 95/55. Afebril. Tinte icterico. Abdomen: globuloso con dolor a palpación de hipogastrio sin irritación peritoneal y ruidos hidroaéreos presentes.

Pruebas complementarias: analítica: hemoglobina 14, leucocitos 19400, creatinina 1.6, iones normales, GGT 564, GOT 47, GPT 51, amilasa 400, lipasa 2407, PCR 42. Orina con nitritos y leucocitos negativos. Ecografía de abdomen: masa quística en hipocondrio izquierdo. TAC abdomen con contraste: lesión quística en cuerpo y cola del páncreas.

Enfoque familiar y comunitario: varón casado sin hijos que vive en un pueblo desde hace año y medio.

Juicio clínico. Ante la no mejoría del dolor abdominal se deriva a urgencias hospitalarias para estudio. Dado los antecedentes y la elevación de amilasa, la primera impresión es una pancreatitis crónica evolucionada que parece haberse complicado con pseudoquiste.

Tratamiento, planes de actuación. El paciente se ingresa en planta de digestivo para estudio de quiste pancreático.

Evolución: angiotac: colección de densidad sangre adyacente a la cola del páncreas. se procede al drenaje de la misma. Además se realiza colangiopancreatografía retrógrada endoscópica con esfinterotomía pancreática y prótesis pancreática. El paciente se inestabiliza con deterioro de la función renal requiriendo tratamiento antibiótico intravenoso dos semanas.

Conclusiones

En un paciente con pancreatitis crónica una de las posibles complicaciones es el pseudoquiste pancreático que puede sangrar como es este caso. Hay que valorar siempre en los dolores abdominales los antecedentes personales.

Palabras Clave

Dolor abdominal, pseudoquiste pancreático, pancreatitis crónica.

Pitiriasis liquenoide, a propósito de un caso

Martínez Vera M¹, Minguet Frías J¹, Moreno Fontiveros M²

¹ Médico de Familia. Consultorio Gilena. Gilena. (Sevilla)

² Médico de Familia. CS Estepa. Estepa. (Sevilla)

Ámbito del caso

Consulta consultorio ámbito rural. Consulta dermatología, hospital comarcal.

Motivos de consulta

Mujer de 18 años, consulta por presentar desde hace meses lesiones eritematodescamativas, evolución en brotes de semanas de duración, dejando en ocasiones lesiones blanquecinas residuales.

Historia clínica

Paciente mujer de 18 años sin antecedentes de interés, con lesiones eritematodescamativas milimétricas de varios meses de evolución, en distintos estadios evolutivos, algunas costras, levemente pruriginosas. Se iniciaron en tronco, extendiéndose a miembros superiores y posteriormente a miembros inferiores.

Se inició tratamiento con corticoide tópico y antihistamínico oral con escasa respuesta.

Ante los frecuentes brotes se pidió hemograma y bioquímica incluyendo serología, frotis faríngeo con resultados negativos

Se derivó a dermatología para completar estudio y biopsia si precisará. La biopsia confirmó el diagnóstico de pitiriasis liquenoide crónica (PLC) al presentar un infiltrado moderado en la dermis papilar con paraqueratosis compacta, acantosis y exocitosis intraepidérmicas de células mononucleadas.

Conclusiones

La pitiriasis liquenoide es una enfermedad cutánea infrecuente, cuya edad de presentación más habitual es adultos jóvenes y niños, leve predominio en varones. Se desconoce su etiología, actualmente se piensa que es una enfermedad linfoproliferativa provocada por un estímulo antigénico, bacteriano, viral o parasitario, también puede estar asociado infección por VIH, toxoplasma gondii, portación faríngea de estreptococo, entre otros agentes. Incluso se ha relacionado con diversos fármacos de terapia hormonal (estrógenos y progestágenos) y agentes de quimioterapia, aunque ninguna de estas asociaciones tiene una comprobación cierta. Tampoco existe consenso en cuanto a su clasificación y tratamiento. Según velocidad de instalación, apariencia y duración de las lesiones, se reconocen tres formas: una aguda (pleva), otra crónica (PLC) y una variante ulceronecrótica febril. El diagnóstico de la pitiriasis es fundamentalmente clínico, importante tener en cuenta los diagnósticos diferenciales, se confirma con la histología. Si bien no existe tratamiento específico, se usan corticoides tópicos y sistémicos, antibióticos, inmunosupresores y fototerapia, tratamiento de elección.

Entre las nuevas terapias destaca el oxígeno hiperbárico y el TACrolimus. Debido al riesgo de transformación maligna a un linfoma cutáneo de células T, es importante el seguimiento de estos pacientes, importante exploración dermatológica anual y biopsia de las lesiones sospechosas

Palabras Clave

Pitiriasis liquenoide, biopsia, fototerapia.

El catarro que lo reveló todo

Espinola Coll E¹, Bernal Hinojosa A², Gallego Castillo E³

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Coín. Coín (Málaga)

² MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Carranque. Málaga

³ Adjunta Médico de Familia. Centro De Salud Coín. Coín (Málaga)

Ámbito del caso

Centro de salud y hospital.

Motivos de consulta

Aumento de volumen de región anterior del cuello.

Historia clínica

Paciente de 22 años, natural de Ecuador. Acude por aumento de volumen de región anterior del cuello de dos meses de evolución, refiere cambios en la voz, impresiona de bocio tiroideo, con nódulos palpables, por lo que se solicita analítica con perfil tiroideo y es derivado a consultas externas de endocrino. Valorado de nuevo en nuestra consulta por que ha acudido al servicio de urgencias por fiebre y tos de cinco días de evolución, le han pautado tratamiento antibiótico con amoxicilina por sospecha de infección respiratoria. Acude de nuevo a consulta y tras explorar nosotros al paciente se auscultan crepitantes en ambas bases pulmonares, se solicita radiografía de tórax en la que se objetiva ensanchamiento mediastínico.

Exploración y pruebas complementarias: consciente y orientado, buen estado general. Cabeza y cuello: se palpan adenopatías cervicales de unos 2-3 centímetros, duras adheridas a planos profundos. Bocio tiroideo con varios nódulos palpables. Auscultación: tonos rítmicos sin soplos, murmullo vesicular conservados con crepitantes en ambas bases. Analítica sanguínea: leucocitos 5600 (neutrófilos 43%), hemoglobina 9.5, PCR 114 resto sin hallazgos. TSH: 4.35, T4 1.49, antitpo negativo. Serología: IGG + CMV y veb, IGM negativo, resto de virus negativos. Radiografía tórax: ensanchamiento mediastínico. Derrame pleural. TAC: adenopatías de tamaño significativo laterocervicales, supraclaviculares mediastínicas e hiliares, derrame pleural bilateral, hepatoesplenomegalia y lesiones focales en bazo. Biopsia adenopatía: linfoma de Hodgkin clásico, celularidad mixta (con células neoplásicas de Hodgkin y Reed-Stenberg cd 15 y cd 20).

Juicio clínico: linfoma de Hodgkin clásico estadio IIIb.

Diagnóstico diferencial: bocio endotorácico. Bocio multinodular. Infección respiratoria.

Tratamiento: ingresado en el hospital para realización de pruebas complementarias, se inició quimioterapia previo criopreservación del semen.

Conclusiones

El linfoma de Hodgkin es uno de los linfomas más frecuentes en países occidentales, son múltiples las formas de presentación, siendo la más típica por adenopatías. Consultó por sensación de aumento de región cervical anterior y orientamos al paciente a que pudiera tener un bocio, derivando a consulta de endocrino para estudio, pero el paciente ya contaba con adenopatías laterocervicales y supraclaviculares, por lo que a la hora de explorar la región cervical hay que hacerlo por completo.

Palabras Clave

Hodgking lymphoma, adenopathy, pneumonia.

Curioso debut

Espinola Coll E¹, García Gollonet B², Gallego Castillo E³

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Coín. Coín (Málaga)

² MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Andrés Torcal. Málaga

³ Adjunta Médico de Familia. CS Coín. Coín (Málaga)

Ámbito del caso

Centro de salud y hospital.

Motivos de consulta

Dolor abdominal y fiebre.

Historia clínica

Varón de 52 años. Diagnostica de diverticulitis aguda es ingresado para tratamiento médico con antibióticos. Acude de nuevo a nuestra consulta, refiere clínica de dispepsia y sensación de plenitud abdominal. Alteraciones en el hábito intestinal, previamente una o dos deposiciones diarias, ahora estreñimiento y rectorragia. Solicitamos helicobacter pylori, sangre oculta en heces, colonoscopia y derivamos a consulta de digestivo.

Exploraciones: tonos rítmicos sin soplos, abdomen: blando, depresible, doloroso a la palpación en fosa iliaca izquierda, sin masas ni megalias.

Analítica: hemoglobina 14.3 g/dl, leucocitos $21.5 \times 10^9/l$ neutrófilos 68.5 % amilasa 31 u/ lactato deshidrogenasa 260 u/l aspartato transaminasa 20 u/l PCR 446 mg/l. TAC urgencias (mayo/15): hígado normal, engrosamiento mural, divertículos, así como rarefacción de la grasa circundante, craneal al asa patológica, se visualiza una colección de 4.4 cm x 2.6 cm x 3.3 cm. Colonoscopia virtual-privada(febrero/16):a 25 cm de margen anal , en colon sigmoide se objetiva lesión de 5 cm, con disminución de la luz de un 75%,de aspecto mamelonado en relación a proceso neofornativo. Colonoscopia urgente: en recto, a 10 cm de margen anal se extirpa con asa, pólipo de aspecto adenomatoso, menor de 1 cm (adenoma tubular con focos de displasia de bajo grado) se objetiva estenosis puntiforme de la luz, con mucosa adyacente mamelonada, ex crecente, con sangrado espontáneo. TAC abdomen-pelvis: segmento de 4 cm de longitud, con engrosamiento mural circunferencial, de bordes mamelonados, que estenosa la luz de forma significativa. 3 adenopatías locoregionales subcentimétricas. En segmento iv hepático se observa lesión ocupante de espacio loe de 2.5 x 1.5 cm, hipodensa, sólida, de bordes mal definidos, compatible con metástasis.

Juicio clínico: neoplasia de sigma con metástasis hepática.

Diagnóstico diferencial: diverticulitis aguda, enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa, colitis isquémica.

Conclusiones

El cáncer colorectal es muy prevalente. El espectro clínico de la diverticulitis es muy amplio y es muy difícil diferenciar desde el punto de vista de la imagen entre el cáncer de colon y la diverticulitis aguda, una vez resuelto y ante la persistencia de la clínica, se han de realizar nuevas pruebas de imagen.

Palabras Clave

Diverticulum colon, colon cancer, colonoscopy.

La inercia terapéutica y el incumplimiento, los grandes culpables del mal control de los factores de riesgo cardiovascular en pacientes con nefropatía diabética

Merino De Haro I¹, Fernández López P²

¹ Médico de Familia. CS La Lobilla. Estepona (Málaga)

² Médico de Familia. CS La Zubia. La Zubia (Granada)

Objetivos

Determinar el estado de control de los pacientes diabéticos con enfermedad renal crónica (ERC) y de los factores de riesgo cardiovascular (FRC) que más influyen en la morbimortalidad de estos pacientes. Analizar los factores que inciden más en mal control la inercia o el incumplimiento terapéutico.

Diseño

Estudio descriptivo observacional transversal.

Emplazamiento

Atención primaria.

Material y método

Se realiza un estudio sobre todos los pacientes diabéticos tipo II y se seleccionan a los pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) según las guías Kdoqui se consideran cifras control según ADA hba1c < 200 mgr /dl, LDL col < 70 mgr.

Para determinar el incumplimiento se utiliza el recuento de envases sacados con receta XXI (Diraya), considerando incumplidor el que toma menos del 80% de las dosis prescritas. Para determinar la inercia terapéutica se analizaran los tratamientos y dosis de cada paciente y se determina que existe inercia si se puede subir dosis, añadir otro fármaco.

Resultados

La distribución de los pacientes diabéticos con ERC nos encontramos con los siguientes datos: hba1c > 7% incumplimiento 32% inercia 82% pacientes con cifras de tas/tad superiores a 140/80 incumplimiento 34% inercia 86% pacientes con colesterol T > 200 mgr/dl y/o LDL col > 70 mgr /dl incumplimiento 39% inercia 89 %.

Conclusiones

El estado de control de los FRCV en los pacientes con ERC se debería de modificar mediante la ligera modificación en la inercia y el incumplimiento terapéuticos.

Palabras Clave

Diabetes mellitus, cardiovascular system, inertia.

Síndrome carcinoide secundario a tumor neuroendocrino

Ruiz Alcalá M¹, Oliva Márquez M², Peñato Luengo A¹

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Paulino García Donas y Hospital Valme. Sevilla

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Moguer y Hospital Riotinto. Huelva

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de consulta

Sofocos, diarrea, pérdida de peso y amenorrea.

Historia clínica

Antecedentes: Familiares: padre: EPOC. Madre: artrosis. *Personales:* no alergias medicamentosas conocidas. No FRCV conocidos. Niega enfermedad de interés. Niega tratamiento habitual.

Anamnesis: paciente mujer de 46 años, empresaria de tejidos, acude a consulta por presentar desde hace 3 meses sofocos al ingerir alcohol o algunos alimentos (plátanos ha estado tomando recientemente); también al realizar su ejercicio habitual (carrera y gimnasio). al principio lo achacó a problemas con el “periodo” pero ha notado que ha perdido 5 kilogramos y que desde hace dos semanas presenta un cuadro diarreico que no nota que mejore (6-7 deposiciones al día). No ha tenido fiebre, ni sibilancias ni sudoración nocturna. No toma tóxicos ni es fumadora. No ha realizado viajes al extranjero recientemente.

Exploración física: buen estado general, alerta, colaboradora e hidratada. Buena coloración de piel y mucosas, delgada, atlética. Temperatura 36.7°C 90 pulsaciones y 18 respiraciones por minuto. Tensión arterial 125/80. Cuello: tiroides normal, sin adenopatía. ACP sin hallazgos significativos. Abdomen blando, depresible sin visceromegalias. Piel sin hallazgos significativos.

Pruebas complementarias: analítica: HMG: leucocitos 9700 con fórmula normal. HCT 38%, plaquetas 265000. BQ: glucosa, bun, electrolitos y creatinina normales. Hormonas tiroides normales. Radiografía tórax: normal. ECG: sin hallazgos significativos.

Juicio clínico: diarrea + pérdida de peso + sofocos + amenorrea: 1) Síndrome carcinoide por: tumor neuroendocrino de localización extraintestinal (lo más probable), o localización intestinal (menos probable). 2) Premenopausia. 3) Alteraciones psíquicas: ansiedad vs depresión.

Plan de actuación: 1. Solicitar analítica completa con: hormonas tiroideas. Anticuerpos antitransglutaminasa tisular iga o anti gliadina. Serotonina y 5-hiaa plaquetarios. Marcadores tumorales: CEA; cáncer 125, cromogranina a. Perfil hormonal. 2. Coprocultivo: calprotectina fecal. Toxina clostridium. Bacterias: yersinia, shigella, salmonella, campylobacter. 3. Derivación a endocrinología y ginecología. 4. TAC corporal con contraste IV. 5. Según resultados, solicitar RMN (para descartar presencia de metástasis) +/- estudio endoscópico.

Tratamiento: 1. Cambios en el estilo de vida: evitar estrés físico y psíquico. Cambios de la dieta: no tomar café, plátanos, chocolate ni alcohol. 2. Si diarrea: loperamida +/- corticoides. Antagonistas de la somatostatina. Interferón alfa. 3. Si sibilancias: broncodilatadores. 4. Tratamiento quirúrgico +/- quimioterapia/radioterapia en función de resultados.

Conclusiones

El síndrome carcinoide es el patrón de síntomas que se observa en personas con tumores carcinoides. Son raros, el 70% se encuentran en el tubo digestivo. Segregan demasiada hormona serotonina, provocando el síndrome carcinoide. Síntomas: diarrea + sofocos + enrojecimiento cutáneo + palpitaciones + sibilancias. Se producen por el esfuerzo físico, comer o beber productos.

Dolor abdominal secundario a perihepatitis bacteriana

Ruiz Alcalá M¹, Oliva Márquez M², Peñato Luengo A¹

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Paulino García Donas y Hospital Valme. Sevilla

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Moguer y Hospital Riotinto. Huelva

Ámbito del caso

Urgencias hospitalarias.

Motivos de consulta

Dolor abdominal.

Historia clínica

Antecedentes personales: no RAMS conocidas. No FRCV conocidos. Fumadora de un paquete/día, bebedora ocasional. Niega tratamiento habitual. No intervenciones quirúrgicas previas.

Anamnesis: paciente de 17 años que acude a consulta por dolor abdominal generalizado de un día de evolución. El dolor lo localiza en todo el abdomen, sin irradiación, siendo más intenso en hipogastrio, con náuseas y un vómito bilioso aislado con restos escasos de sangre y pico febril de 38°C como síntomas acompañantes. Heces blandas sin productos patológicos. Niega posibilidad de estar embarazada. Tras 24 horas de evolución, refiere que el dolor se ha ido focalizando en flanco derecho e hipocondrio derecho siendo más intenso en decúbito supino y aliviándose en sedestación.

Exploración: buen estado general, afebril, normocoloreada. Consciente y orientada, eupneica en reposo. Abdomen no distendido con dolor localizado en hipocondrio derecho y flanco derecho con defensa a la palpación en dicho nivel sin signos de irritación difusa.

Pruebas complementarias: analítica: HMG: leucocitos 21400 con neutrófilo 86% y linfocitos 9%, HB 11.7 con VCM 94 y HCTO 30, plaquetas 252000. BQ: glucosa 83, urea 16, creatinina 0.58, iones normales, bilirrubina total 0.5, AST 12, amilasa 28, PCR 267. Coagulación y gasometría venosa: normales. Orina: leucocitos 75, hemáties 10. Test de gestación: negativo. Radiografía de tórax y abdomen: normales. TC con contraste IV de abdomen: varices pélvicas. No demostramos apendicitis aguda. ECOTV: normal. Laparoscopia exploradora: se descarta procesos inflamatorios de la apéndice, la vesícula biliar, el divertículo de MeCKel y perforación de viscera hueca. Se encuentra una perihepatitis bacteriana que justifica la clínica de la paciente que se trata mediante lavado laparoscópico y tratamiento antibiótico.

Juicio clínico: dolor abdominal secundario a perihepatitis bacteriana probablemente de etiología gonocócica (síndrome de Fitz Hugh Curtis)

Plan de actuación: antibioterapia con doxiciclina. Muestras para cultivo. Dieta blanda y limitación del esfuerzo físico.

Evolución: resultado de muestra: PCR n.gonorrhoeae positivo. Buena evolución tras tratamiento antibiótico, afebril y asintomática presentando buen estado general.

Conclusiones

La perihepatitis asociada a enfermedad pélvica inflamatoria o síndrome de Fitz-Hugh-Curtis, es un proceso que afecta a la cápsula hepática y al peritoneo adyacente, relacionado con las infecciones pélvicas por CHLamydia Trachomatis o Neisseria Gonorrhoeae. Su diagnóstico puede ser dificultoso por su presentación clínica inespecífica, sobre todo cuando las manifestaciones de la EPI son poco relevantes o están ausentes.

Edema de lengua y disnea como manifestación de edema angioneurótico sin urticaria en muy probable relación con la toma de IECA

Cotofana, R¹, González Bravo, J¹, Guerrero Feria, B²

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Isla Chica. Huelva

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Gibralfaro. Gibralfaro. (Huelva)

Ámbito del caso

Urgencias hospitalarias.

Motivos de consulta

Edema lingual.

Historia clínica

Antecedentes personales: mujer de 78 años, sin alergias conocidas, hipertensa, diabética, dislipemia, cardiopatía hipertensiva, insuficiencia cardíaca, EPOC con numerosas reagudizaciones, ictus isquémico en 2009 sin secuelas. Mastectomizada mama derecha 2009 por neoplasia maligna e intervenida de fractura de cadera en 2004. En tratamiento con metformina/8 h, furosemida 40 mg/12 h, ramipril 5 mg/12 h, omeprazol 20 mg/24 h, atorvastatina 40 mg/24 h, formodul/12 h, atrovent a demanda, theodur 300 mg/12 h, levofloxacino 500 mg/24 h. Vida basal: independiente, funciones superiores conservadas, disnea grado II-III/IV, ortopnea de varias almohadas.

Anamnesis: acude por dificultad respiratoria coincidiendo con edema de lengua y sialorrea de horas de evolución.

Exploración: aceptable estado general, palidez cutánea, disnea, estridor, SAT O₂ 96% con O₂ a 100%, edema de lengua con protrusión de la cavidad bucal sin edema de úvula ni de paladar blando. Hipofonía generalizada con espiración alargada, corazón taquicárdico, sin soplos. Resto de exploración dentro de la normalidad. A su llegada al servicio de urgencias se le administra solumedrol 500 mg IV y aerosolterapia con atrovent y pulmicort. Durante el periodo de observación presenta cuadro de apnea con trismus, agitación y cianosis central de segundos de duración, administrándose hidrocortisona 250 mg IV + adrenalina 0.3 mg sc. Pasa a observación camas para vigilancia y tratamiento. Se realiza interconsulta ORL que tras realizar fibroscopia confirman edema de lengua que colapsa faringe. Se administra dexclorfeniramina IM y tras una hora aproximadamente se constata mejoría con remisión parcial del edema.

Pruebas complementarias: destaca acidosis mixta con PH 7,23, PCO₂ 46, HCO₃ 19,8, láctico 2,4.

Juicio clínico: crisis de apnea con edema de lengua. Angioedema.

Diagnóstico diferencial: angioedema por toma de IECA vs levofloxacino y menos probable glositis, estomatitis aguda.

Plan de actuación: ingreso en medicina interna para estudio.

Evolución: favorable durante el ingreso remitiendo los síntomas. Pendiente de estudio de deficiencia del factor inhibidor de la c1 esterasa.

Conclusiones

El angioedema es una reacción adversa grave, incluso mortal, que aparece por consumo de IECA. Un 0,1-0,68 % de los pacientes lo desarrollan, afecta sobre todo la vía respiratoria superior, cabeza y cuello, traducéndose en una hinchazón transitoria no pruriginosa en estas localizaciones. Es muy importante que el médico de familia sepa reconocer correctamente el diagnóstico dado que requiere tratamiento rápido y vigilancia estrecha.

Palabras Clave

Macroglossia, angioneurotic edema, angiotensin converting enzyme inhibitors.

A mi padre se le olvidan las cosas

Espinola Coll E¹, Cano García J², Gallego Castillo E³.

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Coín. Coín (Málaga)

² MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Coín. Coín (Málaga)

³ Médico de Familia Adjunto. CS Coín. Coín (Málaga)

Ámbito del caso

Centro de salud y hospital.

Motivos de consulta

Pérdida de memoria.

Historia clínica

Varón de 82 años de edad. No alergias medicamentosas. Fumador 90 paquetes /año. Hipertenso, diabetes Mellitus tipo 2 con malos controles y dislipémico, independiente para actividades básicas de la vida diaria, viudo, vive solo. Acude acompañado por su hija, muy preocupada por pérdida de memoria desde hace unos tres años, se le olvidan cosas recientes, frases muy repetitivas, en ocasiones desorientado, no recuerda si ha comido, ya no maneja bien el dinero y ha tenido cambios en el carácter. Realizamos estudio de demencia: test de lobo con puntuación de 31 (ligero déficit cognitivo), fototest 23 (demencia), analítica sanguínea con vitamina b 12 y ácido fólico, serología completa y TAC craneal. Ante los resultados recibidos derivamos a neurología.

Exploración y pruebas complementarias: consciente y orientado. Exploración neurológica: pupilas isocóricas normoreactivas, pares craneales normales, no pérdida de fuerza ni de sensibilidad, no disimetrías, no focalidad neurológica. Marcha ritmo lento, pasos cortos con arrastre de pies, discontinuidad en el paso, disminución de braceo, balanceo marcado de tronco, inestabilidad y falta de equilibrio, y aumento de la base de sustentación. Analítica: hemograma normal, creatinina 1.22, hemoglobina glicosilada 9.4%, TSH normal. VIH y hepatitis C negativo, treponema pallidum anticuerpos+, elisa +, RPR 1/2. TAC cráneo: atrofia corticosubcortical.

Juicio clínico: deterioro cognitivo de probable origen mixto, enfermedad de alzhéimer leve, demencia vascular y sífilis terciaria.

Diagnóstico diferencial: ictus, demencia senil, Alzheimer.

Tratamiento: se pautaron 3 dosis de benzatil 1.200.000.

Conclusiones

Desde la consulta de atención primaria tenemos la oportunidad de realizar un amplio estudio de la demencia, realizando una completa historia clínica, indagando en la toma de fármacos y contando con diversas herramientas como puede ser ayudándonos de escalas como el fototest y test de lobo, descartar el origen orgánico con analítica sanguínea e iones, vitamina b 12 y ácido fólico, así como serología infecciosa. Pruebas de imagen como el TAC también nos ayudan a descartar lesiones ocupantes de espacio, infecciones y demencias vasculares. Se debe consensuar con la familia, enfermero de enlace y la trabajador social el cuidado el anciano senil.

Palabras Clave

Syphilis, dementia, cognition disorder.

Cuidado con las anemias

García Flores A1, Pérez Rivera R2, Luciani Huacac L3

Médico De Familia. Ambulatorio De Génave. Génave (Jaén)

Médico De Familia. CS Orcera. Orcera (Jaén)

Médico De Familia. Ambulatorio La Puerta de Segura. La Puerta De Segura (Jaén)

Ámbito del caso

Compartido entre atención primaria y atención especializada.

Motivos de consulta

Se trata de una paciente de 76 años que acude para realizarse analítica básica de revisión debido a sus patologías.

Historia clínica

Se trata de una paciente hipertensa y con diabetes mellitus con buen control en tratamiento con losartán e hidroclorotiazida 50/12,5 mg cada 24 horas más metformina 875 mg cada 12 horas. En analítica de rutina encontramos anemia microcítica con una hemoglobina de 10,5 y volumen corpuscular medio de 80%, siendo el resto de la analítica normal incluida la hemoglobina glicosilada. Al encontrarnos con este resultado interrogamos a la paciente que niega presentar clínica, salvo pérdida de peso que achaca a la muerte de su marido, no sabe cuantificarlo. También ha visto sangre roja en alguna ocasión en heces que achaca a hemorroides.

La exploración es normal. Pedimos sangre oculta en heces que es positiva. Se deriva a la paciente a digestivo que tras realizar pruebas complementarias detecta tumor en cuerpo gástrico tipo polipoide excrecente y deriva a cirugía.

En cuanto al enfoque familiar y comunitario se trata de una paciente mayor que vive con su hija y nietas que regentan una residencia de ancianos, con buen apoyo familiar.

El juicio clínico es carcinoma neuroendocrino gástrico.

El diagnóstico diferencial debe hacerse con la úlcera gástrica, pólipos gástricos, linfoma gástrico primario, sarcoma gástrico, tumores carcinoides, enfermedad de Menetrier.

En cuanto al tratamiento se interviene a la paciente haciendo resección del tumor vía endoscópica, sin incidencias salvo seroma que se resuelve sin complicaciones.

La paciente presenta una buena evolución clínica y continua sus revisiones en consulta de digestivo y cirugía por el momento, así como sus analíticas y visitas periódicas en nuestra consulta.

Conclusiones

Ante una anemia en una persona mayor siempre hay que realizar estudio si las condiciones del paciente lo permiten y detectar el tipo de anemia y de dónde puede venir porque muchas de ellas pueden tratarse de cánceres ocultos que dan la cara de esta manera y no simplemente poner tratamiento y quedarnos ahí.

Palabras Clave

Anemia, cáncer gástrico, rectorragia.

Doctora el tratamiento no me mejora

García Flores A1, Pérez Rivera R2, Luciani Huacac L3

Médico De Familia. Ambulatorio De Génave. Génave (Jaén)

Médico De Familia. CS Orcera. Orcera (Jaén)

Médico De Familia. Ambulatorio La Puerta de Segura. La Puerta De Segura (Jaén)

Ámbito del caso

Tanto atención primaria, como urgencias, como atención especializada.

Motivos de consulta

Paciente de 55 años que acude a la consulta por cuadro de dolor abdominal a nivel de fosa iliaca derecha que se irradia hacia vacío derecho de 5 días de evolución que no mejora con tratamiento prescrito en urgencias con aines, analgésicos y relajantes musculares. Ha estado en 2 ocasiones en urgencias hospitalarias donde ha sido diagnosticado de cólico renal y le han puesto el anterior tratamiento.

Historia clínica

Antecedentes de diabetes mellitus en tratamiento con metformina, obesidad, cardiopatía isquémica en tratamiento con omeprazol, aspirina, atorvastatina, enalapril y carvedilol, fumador activo.

A la exploración auscultación cardiorrespiratoria normal, abdomen con defensa a nivel de fosa iliaca derecha donde se palpa masa, puño-percusión renal bilateral negativa, febrícula de 37,5°C, tensión arterial 140/80, glucemia 220, combur: indicios de sangre. Se deriva al paciente a urgencias por sospecha de abdomen agudo. Allí le realizan analítica donde se aprecia leucocitosis con desviación a la izquierda y aumento de PCR, eco abdominal donde se observa aumento de la ecogenicidad de la grasa mesentérica y se completa estudio con TAC apreciándose apéndice cecal aumentado con desdibujamiento de fondo de saco apendicular y colección inferolateral al ciego.

En cuanto al enfoque familiar y comunitario es un paciente con poco apoyo familiar, está en la zona por trabajo, su familia vive lejos.

El juicio clínico es apendicitis aguda complicada con absceso periapendicular.

El diagnóstico diferencial hay que hacerlo con afecciones ginecológicas como aborto tubárico, anexitis aguda o torsión anexial, con cólicos renales, pielonefritis, invaginación intestinal.

En cuanto al tratamiento se ingresa al paciente y se le pone antibiótico y antiinflamatorio 2 semanas, se da de alta con cita para cirugía.

En consulta de cirugía se repite TAC donde no se evidencian colecciones a nivel de fosa iliaca derecha por lo que ante la buena evolución se decide cirugía programada apendicular.

Conclusiones

Quiero resaltar la importancia de realizar una buena historia clínica y una buena exploración, porque nos encontramos ante un paciente que ha sufrido una complicación de un cuadro de apendicitis, así como la importancia de la consulta de atención primaria para ver la evolución de nuestros pacientes.

Palabras Clave

Plastrón apendicular, absceso apendicular, apendicitis.

Aldocumar, un nuevo antiinflamatorio

León Pérez M¹, Urbano Olmo B², Baena Martín F¹

¹ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Mirador. San José de La Rinconada (Sevilla)

² MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Los Carteros. San José de La Rinconada (Sevilla)

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de consulta

Hematomas y rectorragia en paciente en cuidados paliativos.

Historia clínica

No constan antecedentes previos.

Anamnesis: mujer de 54 años con cierta discapacidad intelectual, incluida en programa de cuidados paliativos del centro de salud tras ser diagnosticada durante ingreso hospitalario en medicina interna de un tumor ovárico con carcinomatosis peritoneal y metástasis en pulmón derecho, articulación coxofemoral derecha y vértebras lumbares L4-L5-S1; avisa por hematomas de reciente aparición en tórax, MMSS, espalda, mamas; y rectorragia. Durante su ingreso en medicina interna previo, requirió transfusiones de concentrados de hematíes a causa de metrorragia abundante.

Se comprobaron los últimos informes emitidos por medicina interna, oncología y cardiología; y las prescripciones activas presentes en su tarjeta sanitaria. A continuación, comparamos con las medicinas que la paciente tomaba en su domicilio.

Gran sorpresa al comprobar que en el ingreso en medicina interna le había sido prescrito aldocumar (aunque a posteriori no estuviera presente en el informe de alta, ni ningún antecedente que lo justificara. Aún más, que esta medicación había sido renovada en su revisión por oncología. Y para rematar, alguien (presumiblemente la madre de la paciente) había escrito analgésico/antiinflamatorio cada 8 horas si dolor sobre la caja de aldocumar.

Se retiró la medicación, se pautó vitamina K y se le realizaron controles de INR y se sintomatología en los días posteriores; consiguiendo cesar la rectorragia y reabsorción de los hematomas de forma progresiva.

Conclusiones

Es importante revisar la medicación que toma el paciente, cómo y para qué lo hace; no debemos renovar medicaciones de forma automática sin comprobar si aún es necesario dicho tratamiento además, debemos asegurarnos de que nuestros pacientes comprenden y cumplen el tratamiento establecido.

Neuralgia del trigémino como secuela de ictus en fosa posterior

Urbano Olmo B¹, Baena Martín F², León Pérez M²

¹ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Los Carteros. San José de La Rinconada (Sevilla)

² MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Mirador. San José de La Rinconada (Sevilla)

Ámbito del caso

Atención primaria, especializada y urgencia.

Motivos de consulta

Sensación de vértigo e inestabilidad asociado a vómitos intensos.

Historia clínica

Anamnesis: mujer de 84 años que presenta cuadro de una semana de evolución de inestabilidad que progresivamente se hace mayor hasta que aparece desviación hacia lado izquierdo con sensación de giro de objetos, hipoestesia en hemicara izquierda con pérdida de termoalgesia y desviación de comisura bucal hacia la derecha. Además asocia vómitos intensos.

Exploración: física general y por aparatos y sistemas normal. Alterada exclusivamente la exploración neurológica con disminución de reflejos aquileos en lado izquierdo, ligera afectación de movimientos alternantes y estática y marcha inestable. Barany hacia la izquierda e hipofunción vestibular izquierda en test de agitación. Intenso dolor referido en región facial izquierda correspondiente a 2ª rama del trigémino que apareció semanas después del diagnóstico.

Pruebas complementarias: analítica completa, electrocardiograma, radiografía de tórax, estudio tiroideo normal. Ecodoppler tsa: ateromatosis carotídea. TAC cráneo normal. RMN: infarto lacunar agudo en el hemibulbo derecho, a nivel de pedúnculo cerebral inferior.

Impresión diagnóstica: en función de la sintomatología, se plantearon diversos diagnósticos diferenciales: vértigo de origen central, polineuropatía periférica, debut enfermedad degenerativa. Dados los datos clínicos referidos por la paciente y los hallazgos en la exploración y pruebas complementarias se diagnostica a la paciente de infarto lacunar agudo en hemibulbo derecho, correspondiente a territorio de arteria vertebrobasilar. La neuralgia del trigémino que la paciente refiere se cataloga como secuela de dicho proceso.

Conclusiones

Es importante realizar una exploración pormenorizada para orientar el diagnóstico de patologías que pueden enmascarar procesos agudos graves así como conocer las posibles complicaciones que de estas situaciones se derivan y aplicar los tratamientos adecuados.

Palabras clave

Neuralgia, trigeminal neuralgia, infarction, posterior cerebral artery.

Variables psicopatológicas y análisis comparativo entre hombres y mujeres con cáncer colorrectal en la etapa diagnóstica

López Verde F¹, García Linares E², Villena Jimena A³, Santos Gómez J⁴, Vega Núñez A⁵, De Diego Otero Y⁶

¹ Médico de Familia. CS Delicias. Málaga

² Investigador. FIMABIS. Málaga

³ Investigadora. Instituto de Investigación Biomédica de Málaga. Málaga

⁴ Psicólogo. Estudiante Máster Sanitario. Universidad de Málaga. Málaga

⁵ Psicóloga Residente. UGC de Salud Mental. Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga

⁶ Bióloga. Instituto de Investigación Biomédica de Málaga. Málaga

Objetivos

Identificar diferencias psicopatológicas según género en pacientes con cáncer colorrectal (CCR) en los diez días posteriores al diagnóstico.

Diseño

Estudio transversal descriptivo con análisis de dos grupos independientes.

Emplazamiento

Hospital.

Material y método

84 hombres y 46 mujeres atendidos por CCR en el servicio de cirugía digestiva del hospital regional universitario. Edad media: 69,34 años (Dt = 10,84; rango = 40-90). Se les administró, previo consentimiento informado, entrevista sociodemográfica, escala de desesperanza de Beck, escala de ansiedad y depresión hospitalaria, y termómetro de distrés.

Resultados

El 24.6% presenta ansiedad probable, el 75.4% ansiedad clínica. El 25.4% presenta depresión probable, el 49.2% depresión clínica. El 25.4% no presenta síntomas depresivos.

El 69.2% presenta distrés significativo (puntuación mayor de 4 en una escala de 0 a 10).

Existen diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres, en ansiedad ($t = -2.796$; $p = 0.006$), depresión ($t = -2.332$; $p = .021$), distrés ($t = -2.555$; $p = 0.012$) y desesperanza ($t = -2.655$; $p = 0.009$).

Conclusiones

La muestra presenta una alta morbilidad psíquica (distrés, ansiedad, depresión y desesperanza). La más prevalente es la ansiedad, que puede explicarse por la activación de mecanismos de emergencia relacionados con el distrés inicial. Tener cáncer constituye una situación de riesgo psíquico. Según el género, los hombres sufren menos ansiedad, depresión, distrés y desesperanza, lo que coincide con algunos estudios (las mujeres tienden a utilizar un afrontamiento más emocional). Nuestros datos muestran que el género debe tenerse en cuenta en atención primaria ya que hombres y mujeres perciben y afrontan el diagnóstico de CCR de manera diferente.

Palabras Clave

Gender identity, mental health, colorectal neoplasms.

Dolor abdominal, importancia de la exploración y observación

Llimona Perea I¹, Alcarazo Fuensanta H², Perea Cejudo I³

¹ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Ronda Histórica. Sevilla

² MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Esperanza Macarena. Sevilla

³ Médico de Familia. CS Pino Montano B. Sevilla

Ámbito del caso

Se trata de un caso que comienza en atención primaria, en consulta de centro de salud, y que dada la tórpida evolución y la aparición de sintomatología de alarma es derivado a urgencias. Varón de 56 años, ex-ADVP en tratamiento con metadona. Actualmente no hábitos tóxicos. No otros antecedentes ni tratamiento habitual.

Motivos de consulta

Molestias abdominales de 2 semanas de evolución que evolucionan en 2 semanas a dolor abdominal intenso, sensación febril y diarrea.

Historia clínica

El paciente en cuestión acude a consulta por primera vez por molestias abdominales y dispepsia de 2 semanas de evolución, con una exploración normal; ante lo que se acuerda como actitud a seguir: dieta blanda y observación domiciliaria para ver evolución.

A pesar de llevar a cabo estas medidas higiénico-dietéticas, el paciente acude a consulta 2 semanas después por mala evolución clínica, desde hace 3 días presenta dolor abdominal que no cede con analgesia, acompañado de sensación febril sin termometrar y diarrea (3 deposiciones diarias sin productos patológicos). Niega pérdida de peso, vómitos u otra sintomatología de alarma acompañante. A la exploración presenta abdomen blando y depresible, doloroso a la palpación de FII, con signo de rebote positivo, resto sin hallazgos. Ante esta mala evolución su médico de familia decide derivarlo al servicio de urgencias hospitalario.

En urgencias se corrobora la misma exploración referida por su médico, y ante la clínica del paciente se decide realización de analítica y eco/tac abdominal (a criterio del radiólogo de guardia), sospechando posible abdomen agudo por diverticulitis complicada; con los siguientes Resultados

Analítica: hemograma, leucocitosis leve de 12500 absolutos con neutrofilia. Bioquímica, PCR 230, GOT 75, GPT 90, y resto de perfil abdominal normal. Finalmente se decide realización de TAC sin contraste: hallazgos sugestivos de lesión neoplásica abscesificada en colon descendente, adenopatías mesentéricas y 3 imágenes milimétricas en hígado compatibles con origen metastásico.

Ante estos resultados se decide ingreso en planta para estudio y tratamiento, se pauta antibioterapia empírica y se realiza una colonoscopia con toma de biopsia, que confirma el diagnóstico: adenocarcinoma de colon.

Conclusiones

Este caso clínico nos sirve para resaltar la importancia de la observación y evolución de un cuadro clínico, aparentemente banal.

Palabras Clave

Abdominal pain, sigmoid colon, cancer.

Variables predictoras de la salud mental según el cuestionario de salud SF-36 en pacientes con cáncer colorrectal

López Verde F¹, García Linares E², Villena Jimena A³, García Medina, M⁴, Bergero Miguel T⁵, De Diego Otero Y⁶

¹ Médico de Familia. CS Delicias. Málaga

² Investigador. FIMABIS. Málaga

³ Investigadora. Instituto de Investigación Biomédica de Málaga. Málaga

⁴ Psicóloga Residente. UGC de Salud Mental. Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga

⁵ Psicóloga Clínica. UGC de Salud Mental. Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga

⁶ Bióloga. Instituto de Investigación Biomédica de Málaga. Málaga

Objetivos

Identificar variables predictoras de la dimensión sumatoria de salud mental de calidad de vida (DSSMCV) según el SF 36 en pacientes con cáncer colorrectal (CCR).

Diseño

Estudio transversal y predictivo.

Emplazamiento

Hospital.

Material y método

84 hombres y 46 mujeres que acuden al servicio de cirugía digestiva del hospital regional universitario por CCR.

Edad media: 69.34 años (Dt= 10.84; rango= 40-90). Se recogió, previo consentimiento informado, datos clínicos y sociodemográficos, cuestionario de salud SF 36, escala de ansiedad y depresión hospitalaria, termómetro de distrés, mindfulness attention awareness scale, brief resilient coping scale.

Análisis de regresión mediante pasos sucesivos para explicar la DSSMCV (variable dependiente) mediante sexo, edad, estado civil, estadio, localización, cirugía previa, ansiedad, depresión, distrés, resiliencia y mindfulness (variables independientes y/o explicativas).

Resultados

El modelo obtenido explica un 57.3% de la varianza de la DSSMCV, siendo ansiedad (beta=-.444; p=.000; t=-5.391), depresión (beta=-.262; p=.001; t=-3.288), estadio (beta=.186; p=.005; t=2.866), edad (beta=.151; p=.022; t=2.331) y distrés (beta=-.160; p=.027; t=-2.243) buenas predictoras de la misma.

Conclusiones

Los resultados de salud mental más pobres parecen relacionados con la edad. Los pacientes más jóvenes presentan más vulnerabilidad y déficits psicosociales. El estadio se correlaciona con DSSMCV. Un alto distrés está relacionado con alta morbilidad psíquica y mayores puntuaciones en ansiedad y depresión se asocian con peor calidad de vida. Dado que altos niveles de distrés implican mayor necesidad de apoyo, atención primaria es un lugar propicio para evaluar y proporcionar la atención necesaria desde el momento del diagnóstico.

Palabras Clave

Quality of life, mental health, colorectal neoplasms.

Factores relacionados con los reingresos en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)

Sánchez Sánchez C¹, Ubiña Carbonero A², Ramos Díaz De La Rocha M³, Rodríguez Ladrón De Guevara S³, Castillo Jimena M¹, Bujalance Zafra M²

¹ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Victoria. Málaga

² Médico de Familia. CS Victoria. Málaga

³ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Victoria. Málaga

Objetivos

Los reingresos en la EPOC pueden ser evitables mediante cuidados ambulatorios de calidad. El objetivo del estudio es describir la calidad de la asistencia prestada a pacientes que ingresaron por su EPOC y analizar factores relacionados con el reingreso a los 3 meses tras el alta.

Diseño

Estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento

Pacientes EPOC que ingresaron durante 2013 y 2014 de un distrito de atención primaria. (N= 393; pérdidas 28,6%).

Material y método

Se analizaron indicadores de proceso y de resultado mediante auditoria de la historia de salud. Estadística descriptiva, análisis bivalente y multivalente para analizar factores asociados al reingreso a los 3 meses tras el alta.

Resultados

Durante 2013 y 2014 ingresaron 390 pacientes (741 ingresos), se obtienen datos de 280 pacientes (exitus 28,6%).

Edad media 70,7 (11,1) años, fev1 medio fue 57,4% (20,4%), grado de obstrucción leve (5%), moderado (13,93%), grave (26,1%), muy grave (3,57%), sin clasificar 51,4%. Vacunación antigripal 65,6% y antineumocócica 51,43%.

Registro de espirometría: 32,5%, grado de disnea 68,9%; cat: 5%; bodex: 7,5%; hábito tabáquico: 83,21%; intervención en tabaco 27,1%; cumplimiento terapéutico 40,7% y técnica inhalatoria (26,8%).

El 11% (31 pacientes) reingresaron en los 3 primeros meses tras el alta y los factores asociados al ingreso fue tener cáncer de pulmón (OR: 9,2 ic95% 2,3-35); tener síndrome de apnea-hipopnea obstructiva del sueño (sahos) (OR: 6,86 ic95% 1,6-26) y estar vacunado de la gripe (OR: 4,2 ic95% 1,5-15)

Conclusiones

Los reingresos tras las altas hospitalarias se asociaron al cáncer de pulmón, al sahos y a la vacunación antigripal.

Palabras Clave

Chronic obstructive pulmonary disease, patient readmission, primary care.

Adecuación de la prescripción de benzodiacepinas en un centro de salud

Cotofana R¹, Ruiz Gómez A², Pedregal González M³

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Isla Chica. Huelva

² Médico de Familia. CS Isla Chica. Huelva

³ Técnico Salud. Unidad Docente de Familia. Huelva

Introducción

Las benzodiacepinas (BZD), hipnóticas y ansiolíticas, constituyen uno de los grupos farmacológicos más usados por la población. La mayor parte de los adultos consume habitualmente benzodiacepinas para el tratamiento de múltiples problemas. A pesar del riesgo de dependencia farmacológica, de toxicidad conductual y rendimiento psicomotor, la realidad es que son fármacos muy seguros y que el principal componente de la dependencia es comportamental, más que farmacológico. Aunque las recomendaciones actuales para la prescripción de benzodiacepinas indican que no deben sobrepasarse las 4-6 semanas de consumo, la realidad es que existe un gran número de pacientes que consumen dosis bajas por períodos muy prolongados de tiempo (1-2 años).

Objetivos

1. Determinar la prevalencia de prescripción inadecuada (PI) de benzodiacepinas en los pacientes de atención primaria como objetivo principal, según criterios STOPP/START y recomendaciones no hacer. 2. Determinar la frecuencia de PI de benzodiacepinas según el efecto ansiolítico versus hipnótico. 3. Analizar la existencia de la relación del uso inadecuado de BZD con el sexo. 4. Determinar la existencia de la relación entre el número de pi de benzodiacepinas y la polimedicación en pacientes mayores de 65 años.

Diseño

Estudio observacional descriptivo retrospectivo.

Emplazamiento

Atención primaria.

Material y métodos

El estudio analizará datos de la población del ámbito ambulatorio que toma algún tratamiento ansiolítico en el último año. Se solicitarán datos de prescripción del servicio de farmacia del distrito. Se revisarán historias clínicas a través del programa informático DIRAYA, realizando una muestra aleatorizada. El tamaño muestral se calculará con ayuda del software open EPI. Estimando una prevalencia de prescripción inadecuada del 50%, una precisión de 5% y una confianza de 95% se precisan 384 personas. Se analizarán los datos con ayuda del programa informático SPSS mediante estadística descriptiva: las variables cualitativas se describirán mediante distribución de frecuencias relativas en porcentajes y las variables cuantitativas se explorarán utilizando la media y la desviación típica. Se calcularán intervalos de confianza al 95%. Para el contraste de hipótesis se usará el test de la Chi cuadrado para comparar las variables cualitativas. Se construirá un modelo de regresión logística binaria tomando como variable dependiente la inadecuación. Se verificarán las condiciones de aplicación. Limitaciones: el consumo real de BZD podría ser mayor, ya que se excluyó la dispensación de receta privada; muchos médicos no actualizan la información de los pacientes en DIRAYA.

Aplicabilidad

Una prescripción es inapropiada cuando el riesgo de sufrir efectos adversos es superior al beneficio clínico, especialmente cuando hay evidencia de la existencia de alternativas terapéuticas más seguras y/o eficaces. Es evidente que el uso indiscriminado de ansiolíticos puede ser una señal de la medicalización de problemas sociales y personales que, posiblemente, deberían abordarse con cambios de conducta o reajuste de las expectativas vitales.

Aspectos ético-legales

Leyorgánica15/1999, 13dediciembre, de protección de datos de carácter personal. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Declaración de Helsinki de la asociación médica mundial - principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos.

Palabras Clave

Anxiety disorders, benzodiazepines, hypnotics and sedatives.

¿Doctora, puede venir? No sé lo que le pasa a mi madre

García Flores A¹, Pérez Rivera R², Palomares Torres N³

¹ Médico de Familia. Ambulatorio Génave. Génave (Jaén)

² Médico de Familia. CS Orcera. Orcera. (Jaén)

³ Enfermera. Hospital de Semana. Gerencia de Atención Integrada Alcázar De San Juan. Ciudad Real

Ámbito del caso

Atención primaria y atención especializada.

Motivos de consulta

Avisa la familia por paciente de 80 años con cuadro de mareo y temblor de manos sobre todo la izquierda de reposo de unas dos semanas de evolución, el temblor mejora al realizar sus actividades diarias, además se asocia con temblor en la boca y cuadro de olvidos frecuentes en los últimos meses.

Historia clínica

Antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, HTA y artrosis en tratamiento con paracetamol, metformina, lantus, losartan, hidroclorotiazida y amlodipino. Citamos a la paciente y la exploramos.

Auscultación cardiorrespiratoria normal, exploración neurológica con temblor de reposo en manos sobre todo en la izquierda, ligera rigidez en rueda dentada, está orientada y colaboradora. Le pedimos analítica por perfil de demencia que es normal incluyendo vitamina B12 y TSH. Ante la sospecha derivamos a la paciente a medicina interna quién solicita TAC donde se aprecia atrofia cortico-subcortical de acorde a su edad e inicia tratamiento.

En cuanto al enfoque familiar y comunitario se trata de una paciente que vive con su marido de 86 años hasta el momento autosuficientes para sus actividades diarias, buen apoyo familiar, 2 hijas que viven cercan.

El juicio clínico es enfermedad de Parkinson.

El diagnóstico diferencial hay que hacerlo con Parkinson iatrogénico, atrofia multisistémica, parálisis supranuclear, enfermedad por cuerpos de Lewy, temblor esencial.

Se inicia tratamiento con sinemet plus y dan cita de revisión en consulta de medicina interna en 6 meses.

La paciente de momento lleva una buena evolución del cuadro aunque apareciendo ánimo algo depresivo e insomnio, no acepta el diagnóstico y tiene miedo de no poder cuidar de su marido y tener que depender de sus hijas.

Conclusiones

La enfermedad de Parkinson es un trastorno neurodegenerativo prevalente en personas mayores y una de las causas de incapacidad y demencia en estos pacientes por detrás de la enfermedad de Alzheimer. Es importante seguir un programa constante de ejercicio físico para prevenir discapacidades secundarias, así como mantener una buena actividad mental. Hay que concienciar a la familia y al paciente de la evolución que puede tener e ir preparándolos para la aceptación de los síntomas que puedan aparecer.

Palabras Clave

Temblor, mareo, enfermedad de Parkinson.

Diabetes: la punta del iceberg

García Flores A¹, Pérez Rivera R², Palomares Torres N³

¹ Médico de Familia. Ambulatorio Génave. Génave (Jaén)

² Médico de Familia. CS Orcera. Orcera. (Jaén)

³ Enfermera. Hospital de Semana. Gerencia de Atención Integrada Alcázar De San Juan. Ciudad Real

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de consulta

Paciente de 50 años que consulta por inflamación, enrojecimiento, aumento de temperatura y dolor en miembro inferior izquierdo. Refiere que hace una semana algo le picó.

Historia clínica

El paciente no toma tratamiento en la actualidad.

A la exploración presenta buen estado general, afebril, TA de 130/80, glucemia de 403, auscultación normal. Miembro inferior izquierdo enrojecido, edematizado, con aumento de temperatura, presenta dos úlceras de pequeño tamaño en parte inferior de la pierna con signos de sobreinfección. Se coge vía y se pone suero salino fisiológico y 10 unidades de insulina rápida bajando la glucemia a 200. Se solicita analítica para el día siguiente apareciendo cifras de glucemia en 250, hemoglobina glicada en 9,2%, colesterol total 250, LDL 140, leucocitosis con desviación a la izquierda y aumento de PCR.

El paciente vive solo, tiene una hermana que vive cerca y se ocupa de él.

Juicio clínico, celulitis por sobreinfección de picaduras en paciente diabético no conocido.

El diagnóstico diferencial hay que hacerlo con los otros tipos de diabetes.

Se pauta tratamiento con cloxacilina 1 gramo cada 6 horas, e iniciamos metformina cada 12 horas, instruimos en la consulta de enfermería para que se realice autocontroles de glucemia y pautamos insulina lantus y rescates con rápida en caso de ser necesarios. Explicamos dieta e insistimos en ejercicio una vez que se mejore. Añadimos simvastatina 20 mg. Citamos en 48 horas para ver evolución.

El paciente no ha empeorado, continua afebril y presenta mejores controles de glucemia. Tras una semana el cuadro de celulitis se ha resuelto casi completamente y se ha podido retirar insulina rápida, mantenemos metformina y lantus junto con ejercicio y dieta y vamos citando al paciente para ver evolución.

Conclusiones

En nuestro país y en nuestro entorno existen muchos casos de diabetes mellitus sin diagnosticar y sin tratar que descubrimos a través de analíticas rutinarios o por complicaciones como es el caso de nuestro paciente. En estos casos es muy importante instruir al paciente para el autocontrol e ir valorando la evolución porque en este tipo de pacientes puede haber tendencia a dejar el tratamiento y sobre todo la dieta.

Palabras Clave

Diabetes mellitus, celulitis, picaduras.

Fitofotodermatitis: cuando sol y plantas se confabulan

González García J¹, Páez Pinto J²

¹ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Bormujos. Bormujos (Sevilla)

² Médico Adjunto de Familia. CS Bormujos. Sevilla.

Ámbito del caso

Presentamos un caso de un paciente con placas eritemato-descamativas y pruriginosas en ambas piernas por fitofotodermatitis.

Motivos de consulta

Varón de 25 años que acude a la consulta de atención primaria por máculas eritematosas que han aparecido en la parte posterior de ambas piernas, que le producen intenso prurito y que tienen 2 días de evolución. Comenta que hace unos años sufrió un cuadro parecido de unos 10 días de duración y que mejoró notablemente con una crema y unas pastillas que no recuerda.

Historia clínica

Exploración física: Buen estado general. Normocoloreado. Bien hidratado y perfundido. Estable hemodinámicamente. Posee extensas placas eritemato-descamativas bilaterales y simétricas, con bordes inflamatorios y bien delimitados, y superficie liquenificada, en la parte posterior de miembros inferiores. Resto normal.

Reinterrogando al paciente, nos refiere que unos días antes había estado en el campo, en pantalón corto, recolectando algunos productos de su huerta, caminando entre higueras. Después se quedó dormido, boca abajo, bajo la sombra escasa de un ciprés. Éste no cubría sus piernas de la exposición solar. Algo parecido le había ocurrido 2 años antes.

Evolución: se inició tratamiento con antihistamínicos y corticoides, concretamente, dexclorfeniramina 2 mg (miligramos), 1 comprimido cada 8 horas y metilprednisolona emulsión cutánea, 1 aplicación cada 12 horas, durante 5 a 7 días. Además, damos recomendaciones de autocuidado, como lavar la zona con jabones de PH neutro, aplicar compresas frías locales para aliviar el prurito, y el uso de protector solar en la zona afectada. A la semana, el paciente vuelve a consulta para revisión de las lesiones, habiendo éstas desaparecido por completo.

Diagnóstico diferencial: psoriasis en placas o dermatitis irritativa de contacto. Diagnóstico: placas de fitofotodermatitis en parte posterior de ambos miembros inferiores.

Conclusiones

La fitofotodermatitis, es una inflamación de la piel provocada por el contacto de determinadas plantas, siendo necesaria la exposición al sol para activar el proceso. La respuesta inflamatoria que se observa es una reacción fototóxica a compuestos químicos fotosensibilizantes (psoralenos) de diversas familias de plantas, provocando una reacción no inmunológica. No es una alergia, y por tanto no precisa de sensibilización previa. El grado de reacción cutánea depende del tipo y de la cantidad de sustancia fototóxica que penetra en la piel, así como de la dosis de irradiación lumínica. Las principales plantas productoras de fitofotodermatitis son, en nuestro medio: rutáceas: cítricos (lima, naranja, limón). Apiáceas: zanahorias, eneldo, hinojo, perejil, apio. Fabáceas: leguminosas. Moráceas: higueras (sólo hoja y tallo). Hipericáceas: hierba de san Juan.

En la fase aguda, las manifestaciones cutáneas son variables, desde prurito sin lesiones, a grados variables de eritema, edema, vesículas y ampollas. Es muy característica la distribución (en zonas fotoexpuestas) y la presencia de lesiones lineales o figuradas. Una vez solucionado el cuadro, puede persistir una hiperpigmentación postinflamatoria. Este proceso es frecuente en nuestro medio, sobre todo, en ciertas profesiones como jardineros o agricultores.

Palabras Clave

Placa eritemato- descamativa, higueras, luz solar.

Fiebre botonosa mediterránea: a propósito de un caso

López Ocaña F¹, Gilsanz Aguilera N², Ropero Gallardo V³

¹ Médico de Familia. DCCU Estepona. Estepona (Málaga)

² Médico de Familia. CS Álora. Álora (Málaga)

³ Enfermera. Hospital La Merced. Sevilla

Ámbito del caso

Urgencias de atención primaria y hospitalaria.

Motivos de consulta

Fiebre de hasta 39 grados de cuatro días de evolución.

Historia clínica

Antecedentes personales: alergia a penicilina. Intervenido de apendicetomía y prótesis de cadera derecha. Fumador 3-4 cigarros día. Tratamiento: tramadol. Omeprazol.

Anamnesis: varón de 61 años con fiebre de hasta 39 grados de 4 días de evolución que cede con antitérmicos.

Exploración: se observa punto de inoculación con costra negra en hipocondrio izquierdo. Resto de exploración normal.

Pruebas complementarias: temperatura: 35,7. Tensión arterial: 82/59. Saturación de oxígeno: 94%. Radiografía de tórax normal. Analítica (hospital): 6600 leucocitos y neutrófilos 91,6 %. Plaquetas 105000. Resto hemograma normal. PCR 25,6. Hemostasia normal. Glucosa 134.

Enfoque familiar y comunitario: paciente soltero que vive en el campo.

Juicio clínico. Ante un paciente con fiebre hay que buscar el foco. Tras exploración completa se descubre mancha negra abdominal. El paciente comenta que hace unos días le había picado un insecto en la zona abdominal. La sospecha es fiebre botonosa mediterránea.

Tratamiento, planes de actuación: se deriva a urgencias hospitalarias para estudio.

Evolución: en urgencias hospitalarias solicitan hemocultivo y analítica para Coxiella, Brucella y Rickettsia. Dan de alta con doxicilina 100 mg/ 12 horas durante 10 días, antitérmicos para la fiebre y control por su médico para valorar los cultivos. El paciente en domicilio empieza con síndrome confusional. Presenta taquipnea, taquicardia, cianosis y malestar general. Ante la sospecha de sepsis se traslada al hospital donde se inicia tratamiento intravenoso con doxiciclina y levofloxacino y requiere intubación endotraqueal. En analítica presenta aumento de reactantes de fase aguda, creatinina de 4.94 y PCR positiva para Rickettsia. El paciente presenta deterioro, se traslada a la UCI y fallece a pesar del tratamiento.

Conclusiones

Ante un paciente con fiebre, posible picadura de insecto y mancha negra hay que derivar al hospital para estudio y si procede ingreso. La fiebre botonosa es una enfermedad que requiere control de la misma porque puede tener complicaciones letales.

Palabras Clave

Fiebre botonosa, Rickettsia conorii y fiebre de origen desconocido.

Herpes en pierna, ¿qué hay detrás?

López Ocaña F¹, Ropero Gallardo V², Ortiz Navarro B³

¹ Médico de Familia. DCCU Estepona. Estepona (Málaga)

² Enfermera. Hospital La Merced. Sevilla

³ Médico de Familia. DCCU San Pedro. San Pedro de Alcántara (Málaga)

Ámbito del caso

Urgencias de atención primaria y hospitalaria.

Motivos de consulta

Lesiones vesiculosas en la pierna izquierda de una semana de evolución.

Historia clínica

Antecedentes personales: poliartrosis. Tratamiento propanolol.

Anamnesis: varón de 77 años que acude a urgencias del centro de salud por lesiones vesiculosas en la pierna izquierda de una semana de evolución. Se le diagnostica herpes Zóster. Acude unas horas después por desconexión con el medio y disminución del nivel de conciencia por lo que se deriva a hospital de referencia.

Exploración: confuso y desorientado temporo-espacialmente. Afebril. Habla incoherente. Escala de Glasgow 12. Temblor generalizado. Pares craneales normales. Pupilas isocóricas normoreactivas. Vesículas en cuádriceps izquierdo con eritema de base. Tensión arterial: 141/89. Saturación 100%.

Pruebas complementarias.: electrocardiograma: sinusal a 100 sin alteraciones. Radiografía de tórax normal. TAC cráneo: ligera atrofia cortico-subcortical. Analítica: hemoglobina: 13 g/dl. Leucocitos 10170 / mm³ (67,9% neutrófilos). Coagulación normal. Glucosa 127. Creatinina 0,78. Iones normales. Función hepática normal. Proteína C reactiva 9,4.

Enfoque familiar y comunitario: paciente casado y con 2 hijos independientes. Vive con su mujer en un pueblo. Independiente para actividades básicas de la vida diaria.

Juicio clínico: ante el deterioro del nivel de conciencia y el episodio previo de herpes en la pierna, se sospecha una encefalitis herpética

Tratamiento, planes de actuación. Ante la sospecha de encefalitis herpética se procede a punción lumbar con valores de 4 leucocitos, glucosa 72 mg/dl y proteínas 82 mg/dl. con discreto aumento de proteínas. Además se inicia tratamiento con aciclovir intravenoso 750 mg/ 8 horas.

Evolución. El paciente se ingresa en la planta de medicina interna con evolución favorable.

Conclusiones

La encefalitis es una complicación poco frecuente del herpes Zóster y el retraso del inicio de tratamiento empeora el pronóstico. Por lo que ante el cuadro disminución del nivel conciencia y antecedentes de herpes Zóster en la pierna, tenemos que sospecharla e iniciar el tratamiento precoz con aciclovir.

Palabras clave

Confusión, encefalitis y herpes Zóster.

Epigastralgia en varón de 35 años

Infante Ruiz M¹, Fernández Escribano J², Morales Valverde A³

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Villa del Río. Córdoba

² MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Fuensanta. Córdoba

³ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Santa Rosa. Córdoba

Ámbito del caso

Atención primaria. Urgencias hospitalarias y aparato digestivo.

Motivos de consulta

Varón de 35 años que consulta por dolor abdominal en epigastrio de 5 horas de evolución irradiado a espalda y acompañado de dos episodios de vómitos alimenticios sin otra clínica acompañante. No antecedentes personales de interés. No hábitos tóxicos. Padre con hipercolesterolemia.

Historia clínica

Exploración física: regular estado general, palidez mucocutánea, consciente, orientado y colaborador. Eupneico en reposo. TA: 130/75, FC: 86lpm, Tª: 37.6°C, SATO² 98%. Abdomen: blando, depresible, doloroso a la palpación en epigastrio. No signos de irritación peritoneal. Ruidos presentes. Murphy dudoso, Blumberg negativo. Resto de exploración anodina.

Se deriva a urgencias hospitalarias. Hemograma: norma. Bioquímica: destaca amilasa 339, resto de parámetros incluidos glucosa, urea, creatinina, AST, ALT, GGT, FA, calcio y troponinas normales. Coagulación: normal. Radiografía de tórax y abdomen: sin hallazgos de interés. Electrocardiograma: ritmo sinusal a 90 lpm. Eje normal. Sin alteraciones agudas de la repolarización. Ecografía abdominal: páncreas aumentado de tamaño con aumento difuso de su ecogenicidad, presencia de líquido peripancreático. No litiasis. Resto de exploración normal.

Ingreso aparato digestivo: se inicia tratamiento con sueroterapia y analgesia. Se amplía analítica y destaca: triglicéridos 2420, LDL 223, lipasa 550, resto de parámetros sin interés.

Juicio clínico: pancreatitis aguda (PA) secundaria a hipertrigliceridemia.

Diagnóstico diferencial: infarto agudo de miocardio, colecistitis, isquemia mesentérica, aneurisma de aorta, pancreatitis litiásica o de origen enólico.

Conclusiones

La PA es una entidad relativamente frecuente en la población occidental que el médico de atención primaria debe sospechar tras una anamnesis y exploración física completas con el fin de derivar a ámbito hospitalario, confirmar diagnóstico e iniciar el tratamiento lo más precozmente posible para evitar posibles complicaciones. La PA por hipertrigliceridemia es una causa poco frecuente de dicha entidad aunque su presentación clínica es similar a la de otras etiologías. No está descrito un tratamiento estándar aunque inicialmente se recomienda comenzar con tratamiento conservador y en caso de no mejoría recurrir a otros como la plasmaféresis, la insulina y la heparina.

Bibliografía: sensosiain lalastra c, tavío hernández e, moreira vicente v, et al. Pancreatitis aguda por hipertrigliceridemia. Rev gastroenterol hepatol.2013;36(4):274-279

Palabras Clave

Abdominal pain, pancreatic, hypertriglyceridemic.

Lesión impetiginizada en mano. ¿Hay algo más?

López Ocaña F¹, Ortiz Navarro V², Gilsanz Aguilera N³

¹ Médico de Familia. DCCU Estepona. Estepona (Málaga)

² Médico de Familia. DCCU San Pedro. San Pedro de Alcántara (Málaga)

³ Médico de Familia. CS Alora. Alora (Málaga)

Ámbito del caso

Atención primaria y hospitalaria especializada.

Motivos de consulta

Mujer de 36 años que acude a su centro de salud por lesión en 4º dedo mano derecha sin reconocer mecanismo lesional.

Historia clínica

Antecedentes personales: no alergias conocidas, no antecedentes personales conocidos.

Anamnesis: mujer de 36 años que acude a su centro de salud por herida en dedo que evoluciona desfavorablemente. Asistida en varias ocasiones en consulta y en urgencias extrahospitalarias, con varios ciclos de antibióticos, tópicos como la mupirocina y vía oral como amoxicilina-clavulánico, ciprofloxacino con evolución tórpida. Tras la última asistencia se deriva a dermatología para valoración y estudio. En consulta especializada, recordó otras lesiones que aparecieron al mismo tiempo en espalda y cuello aunque aquellas desaparecieron y no les dio más importancia.

Exploración: TA 136-68 mmHg. Tª 35,91. Eupneica en reposo. Lesión ulcerada en cara anterior del 4º dedo de mano derecha con signos de impetiginización, con costra anaranjada en superficie, exudado seroso y base eritematosa con puntos de supuración.

Pruebas complementarias: analítica con hemograma, reticulocitos y frotis en sangre periférica normal. Bioquímica básica, PCR y ferritina N. Proteinograma N con hipergammaglobulinemia ig a. RX mano derecha sin signos de osteomielitis.

Enfoque familiar y comunitario: paciente sana, sin discapacidad, casada que vive con su marido e hijos.

Juicio clínico: úlcera impetiginizada. A descartar pioderma gangrenoso.

Tratamiento y planes de actuación: derivada a dermatología por evolución tórpida de úlcera impetiginizada y posterior valoración por hematología por hipergammaglobulinemia policlonal ig a reactiva. Se trata con prednisona 30 mg 2 comp cada 24 horas con descenso progresivo y fucidine tópico.

Evolución: tras valoración por dermatología, se confirma diagnóstico y la lesión evoluciona favorablemente con corticoides y tratamiento tópico. No obstante se deriva a hematología por hipergammaglobulinemia ig a para descartar otras causas pero se descarta patología hematológica.

Conclusiones

En las lesiones en general y en aquellas complicadas en particular, es muy importante hacer seguimiento estrecho si no mejoran, con una buena historia clínica, detallada, imprescindible para el diagnóstico definitivo.

Palabras Clave

Pioderma gangrenoso, enfermedad de la piel, úlcera cutánea.

Fiebre crónica intermitente sin diagnóstico claro: hay que seguir buscando

López Ocaña F¹, Ortiz Navarro V², Gilsanz Aguilera N³

¹ Médico de Familia. DCCU Estepona. Estepona (Málaga)

² Médico de Familia. DCCU San Pedro. San Pedro de Alcántara (Málaga)

³ Médico de Familia. CS Alora. Alora (Málaga)

Ámbito del caso

Atención primaria y hospitalaria especializada.

Motivos de consulta

Mujer de 17 años con síndrome febril de larga evolución desde la infancia y episodios frecuentes de infecciones (respiratorias, ORL, ITU).

Historia clínica

Antecedentes personales: sin alergias conocidas. Migrañas. Vértigo paroxístico benigno.

Anamnesis: mujer de 17 años con larga historia de 5 años de evolución de fiebre intermitente de aproximadamente 3 días de evolución, no mayor de 38.2º que recurre 1-2 veces al mes y se acompaña de dolor osteoarticular. También dolor abdominal con episodios de diarrea. En este periodo también presenta lesiones petequiales que se resolvían al día siguiente de forma espontánea. Derivada en otra ocasión a medicina interna que ante la negatividad de las pruebas fue diagnosticada como síndrome febril intermitente a estudio y posteriormente como fiebre mediterránea familiar tras estudio genético.

Exploración: Tº 36,6º, BEG, C y O. Eupneica en reposo. No adenopatías cervicales ni supraclaviculares. ACP R y R sin soplos. MVC sin ruidos sobreañadidos. Abdomen blando, y depresible, no doloroso, sin megalias. EEII sin edemas ni signos de TVP.

Pruebas complementarias: analítica hemograma normal. ASLO 484, PCR 0,9, VSG 6, IG a 354, HLA B7 y HLA B5 negativo. Complemento N. Ana y ancas negativo. Serología hepática y VIH negativo. Orina normal. Serología RiCKettsia negativo. Heterocigosis para FMF (mutación e148q).

Enfoque familiar: mujer estudiante, que vive con sus padres.

Juicio clínico: síndrome febril autoinflamatorio compatible con fiebre mediterránea familiar.

Tratamiento y planes de actuación: dieta sin lactosa y colchicina 0,5 mg cada 12 horas con aumento de dosis si brote. Como consecuencia disminuyen los episodios de fiebre de menor grado y mejoría del dolor articular.

Evolución: tras reevaluación por medicina interna con inclusión de pruebas genéticas y tras administración de colchicina, la paciente mejora considerablemente con disminución de la sintomatología.

Conclusiones

Ante un síndrome febril prolongado, es necesario una historia clínica detallada y ampliar el diagnóstico diferencial para poder realizar el diagnóstico definitivo y que el paciente sea tratado adecuadamente para la estabilización de la enfermedad y recuperar su calidad de vida.

Palabras Clave

Fiebre mediterránea familiar, dolor abdominal y dolor articular.

Historia clínica completa: la herramienta más valiosa

López Ocaña F¹, Ortiz Navarro V², Gilsanz Aguilera N³

¹ Médico de Familia. DCCU Estepona. Estepona (Málaga)

² Médico de Familia. DCCU San Pedro. San Pedro de Alcántara (Málaga)

³ Médico de Familia. CS Alora. Alora (Málaga)

Ámbito del caso

Atención primaria y hospitalaria especializada.

Motivos de consulta

Varón de 15 años con fiebre de 4-5 días evolución coincidiendo con cuadro urticarial que al indagar en la historia clínica relata dolor articular en cadera que lo achaca a traumatismo tras práctica deportiva.

Historia clínica

Anamnesis: varón de 15 años que refiere picos febriles de hasta 39-40º durante 4 días que remitió coincidiendo con un cuadro urticarial en la espalda que también remitió. Desde hace una semana refiere dolor en cadera izquierda al que no da importancia porque lo relaciona con traumatismo secundario a práctica deportiva y le está tratando un fisioterapeuta. Valorado en urgencias hospitalarias pero el paciente se niega a exploración de la cadera. Posteriormente vuelve a solicitar asistencia médica por insistencia familiar a pesar de la negativa del paciente. En ese momento sí refiere aumento del dolor en la cadera.

Exploración: BEG aunque afectado por el dolor, BHP. Eupneico. C y o. Glasgow 15. FC 100 pm. Sat O₂ basal 96%. Febrícula de 37.4º. ACP R y R sin soplos. MVC sin ruidos patológicos. Abdomen normal. No lesiones cutáneas. Dolor selectivo a punta de dedo en cabeza femoral izquierda con irradiación a ingle y dolor a la movilización pasiva.

Pruebas complementarias: analítica normal con PCR 19.9. Ecografía de cadera izqda. Se observa líquido articular y se extraen 25cc de contenido purulento. RMN de cadera que descarta osteomielitis.

Enfoque familiar y comunitario: es el mayor de 2 hermanos, padres separados (cada uno con pareja) y apenas tiene contacto con su padre. Vive con su madre y su hermana.

Juicio clínico: artritis séptica de la cadera.

Tratamiento y planes de actuación: se ingresa en traumatología para lavado de la articulación y se aplica una tracción cutánea. Se administra antibioterapia con mejoría clínica.

Evolución: tras desinfección y cobertura antibiótica el paciente va mejorado lentamente aunque de forma satisfactoria.

Conclusiones

Ante un paciente con fiebre de mala evolución, hay que hacer hincapié en la historia clínica aunque el paciente no le dé importancia a síntomas que los atribuye a otro proceso porque ésta puede ser la clave del diagnóstico definitivo.

Palabras Clave

Artritis, traumatismo y fiebre.

Gonalgia en paciente con artritis reumatoide

Rodríguez Fariña M¹, Martínez Santiso L², Forja Ley M³

¹ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Recinto. Hospital Universitario Ceuta. Ceuta

² MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Otero. Ceuta

³ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Tarajal. Ceuta

Ámbito del caso

Atención primaria, atención especializada.

Motivos de consulta

Gonalgia izquierda en paciente con artritis reumatoide.

Historia clínica

Antecedentes personales: paciente de sexo femenino de 58 años de edad, diagnosticada de artritis reumatoide de 20 años de evolución, con importantes secuelas (deformidad de articulaciones metacarpofalángicas, prótesis total de rodilla derecha y tobillo derecho). Incluida en lista de espera quirúrgica para colocación de prótesis total de rodilla izquierda. En tratamiento con metotrexate, corticoides y antiinflamatorios. Rechazó el inicio de tratamiento con fármacos biológicos.

Anamnesis: acude a consulta de atención primaria por gonalgia izquierda, con importante edema e impotencia funcional, de dos semanas de evolución. Niega traumatismo previo, fiebre u otra sintomatología.

Exploración física: se aprecia rodilla izquierda tumefacta, caliente y dolorosa. Pulsos femorales, poplíteos y pedios conservados. Movilidad activa y pasiva limitadas por el dolor.

Pruebas complementarias: se solicita analítica, artrocentesis y RX de rodilla izquierda, con los siguientes Resultados. Analítica: anemia, leucocitosis y elevación de reactantes de fase aguda. Artrocentesis: líquido articular de aspecto inflamatorio, con cultivo negativo. RX rodilla izquierda: tumoración en tercio distal de fémur izquierdo, con severa destrucción de epífisis distal de fémur.

Plan de actuación: se decide derivación urgente al servicio de traumatología para completar estudio. Las pruebas complementarias realizadas informan sobre: TAC de rodilla: gran masa de partes blandas que provoca destrucción distal de fémur y meseta externa tibial. TAC toraco-abdomino-pélvico: masas renales bilaterales y adenopatías retroperitoneales. Biopsia de lesión de partes blandas en rodilla izquierda: linfoma no Hodgkin de células grandes tipo b.

Juicio clínico: linfoma no Hodgkin de células grandes tipo b, estadio IV-a

Diagnóstico diferencial: quiste de Baker, artritis, bursitis, fracturas, lesiones ligamentosas o meniscales.

Tratamiento: recibió varios ciclos de quimioterapia y rituximab logrando la remisión completa. Posterior reconstrucción quirúrgica mediante prótesis total de rodilla izquierda.

Evolución: durante el seguimiento no se aprecian signos de recurrencia.

Conclusiones

La artritis reumatoide es una enfermedad inflamatoria, sistémica, caracterizada por poliartritis crónica erosiva y simétrica. Una de las manifestaciones extraarticulares que debemos recordar, entre otras, es la posible aparición de linfoma no Hodgkin de células b grandes.

Palabras Clave

Arthritis, rheumatoid, lymphoma.

Dolor abdominal de larga evolución. ¿Lo hemos descartado todo?

López Ocaña F¹, Ortiz Navarro V², Gilsanz Aguilera N³

¹ Médico de Familia. DCCU Estepona. Estepona (Málaga)

² Médico de Familia. DCCU San Pedro. San Pedro de Alcántara (Málaga)

³ Médico de Familia. CS Alora. Alora (Málaga)

Ámbito del caso

Atención primaria y hospitalaria especializada.

Motivos de consulta

Varón de 39 años que acude a su centro de salud por dolor abdominal de meses de evolución con episodios de diarrea sin síndrome constitucional asociado.

Historia clínica

Antecedentes personales: no alergias conocidas. Sin antecedentes personales de interés. Colectomizado. En tratamiento con omeprazol.

Anamnesis: varón de 39 años que se deriva a medicina interna por episodios de dolor abdominal periumbilical de más de 1 año de evolución, de características cólicas, que a veces se acompañan de heces blandas sin productos patológicos. No pérdida de peso. En tratamiento con omeprazol con cierta mejoría. Lo relaciona con cambios dietéticos por motivos de trabajo y empeora con los lácteos.

Exploración: BEG, C y C. Eupneico en reposo. ACP R y R sin soplos. MVC sin ruidos patológicos. Abdomen blando y depresible, sin masas ni megalias, no doloroso.

Pruebas complementarias: test de intolerancia a la lactosa positivo. Hemograma normal. TSH 5.1. Transglutaminasa normal. Estudio de alergias alimentarias negativo. Perfil hepático normal. Colesterol y triglicéridos normales. BI total N. IGG 1640, IGA 45. Coprocultivo, toxina C. Difficile negativo. Digestión de principios inmediatos normal. Estudio de parásitos endolimax nana positivo.

Enfoque familiar y comunitario: paciente sano, procedente de Ecuador y vive en España desde hace unos años. Soltero y trabaja en la hostelería.

Juicio clínico: amebiasis. Infección por endolimax nana.

Tratamiento y planes de actuación: se inicia tratamiento con metronidazol 500 mg cada 6 horas 10 días y posteriormente paramomicina 500 mg cada 8 horas 14 días. Dieta sin lactosa y en caso de no realizar la nutra forte en cada ingesta.

Evolución: los síntomas al principio no cedían pero posteriormente se fueron espaciando los episodios de diarrea y dolor abdominal. A los cuatro meses se realizó una revisión con coprocultivo y parásitos en heces negativo y otra nueva revisión donde desapareció la sintomatología y se dio de alta domiciliaria.

Conclusiones

Ante un dolor abdominal de larga evolución y en pacientes procedentes de otros países, descartar posibles infecciones importadas debido a que cuando el paciente llegó a España ya presentaba alguna sintomatología.

Palabras Clave

Dolor abdominal, amebiasis y diarrea.

Hallazgo casual en un control analítico

Pérez Rivera R¹, García Flores A², Luciani Huacac L³

¹ Médico de Familia. CS Orcera. Orcera (Jaén)

² Médico de Familia. Consultorio Génave. Génave (Jaén)

³ Médico de Familia. Consultorio La Puerta de Segura. La Puerta de Segura (Jaén)

Ámbito del caso

Atención primaria y atención hospitalaria.

Motivos de consulta

La paciente acude a consulta para recoger resultados de la analítica anual para el control de su diabetes mellitus tipo 2.

Historia clínica

Antecedentes personales: diabetes mellitus tipo 2, HTA, obesidad. Tratamiento habitual: adiro 100, metformina 850, losartan 50.

Paciente de 68 años que consulta por resultados de analítica anual en la que se observa hemoglobina de 10,9; hematocrito 35,4, VCM 89,2; hemoglobina glicosilada 5,8. la paciente se encuentra asintomática. Constantes y exploración normales. En posterior analítica aparece hemoglobina 10,6, hematocrito 34,8, VCM 87,7; hierro 36; ferritina 14; vitamina B12 246; ácido fólico 3,7. se solicita sangre oculta en heces que es negativa. Se le prescribe sulfato ferroso 1 comprimido al día y se deriva a medicina interna. Cuatro meses más tarde acude a nuestra consulta explicándonos su caso, viene desplazada de otra región. Aún no ha recibido la cita en medicina interna de su zona y le preocupa por los casos de anemia que conoce como consecuencia de cáncer de colon. La paciente comenta que en ocasiones ha presentado pirosis. Al ver el tratamiento que toma prescribimos esomeprazol 20 mg y se le da cita preferente para digestivo. En analítica posterior: hemoglobina de 12, 8; HTC 39, 7; VCM 90, ferritina 29, 3; transferrina 295; hierro 40; alfa -fetoproteína 3,2; antígeno carcinoembrionario 1,40; cáncer 19.9 de 8. En digestivo se le realiza colonoscopia, gastroscopia normal. En enema opaco realizado por la existencia de adherencias que impiden completar la colonoscopia aparece colopatía espástica sin otras lesiones intrínsecas.

El diagnóstico diferencial debe realizarse con talasemia, anemia sideroblástica, anemia de trastornos crónicos, anemia hemolítica, anemia perniciosa.

Juicio clínico, anemia ferropénica por microsangrado debido a antiagregantes.

La paciente está casada y vive con su esposo, tiene dos hijos independizados, con buen apoyo familiar

La paciente evoluciona favorablemente corrigiéndose su anemia

Conclusiones

Ante una anemia ferropénica es necesario realizar estudio de la misma de manera rápida, ya que en muchos casos es debido a enfermedades graves .por otra parte, en algunas ocasiones la causa de la misma puede ser algún medicamento y debemos tenerlo presente en nuestro diagnóstico diferencial.

Palabras Clave

Anemia ferropénica, antiagregantes, cáncer de colon.

Motivo de consulta: dolor abdominal. Demanda oculta: sospecha de maltrato

Castillo Moraga M¹, Rodríguez Martínez M1, Mejías Estévez M²

¹ Médico de Familia. CS Sanlúcar Barrio Bajo. Cádiz

² Médico de Familia. Equipo de Cuidados Paliativos Costa Noroeste. Cádiz

Ámbito del caso

Consulta del médico de atención primaria.

Motivos de consulta

Dolor abdominal recurrente de meses de evolución.

Historia clínica

Enfoque individual: mujer de 15 años, sin antecedentes de interés, relaciones sexuales desde los 14 años empleando como método anticonceptivo anillo vaginal desde hace 3 meses. Acude a consulta asiduamente desde hace varios meses acompañada por su madre por dolor abdominal difuso de características mal definidas, no refiere ningún factor desencadenante claro. No presenta alteraciones de hábito intestinal, fiebre ni síndrome constitucional. Ocasionalmente se asocia a disuria y prurito vulvar con leucorrea. La actitud en la consulta es apática, esquivando preguntas sobre su estado de ánimo. En la exploración presenta buen estado general, a la palpación abdominal manifiesta dolor generalizado, no se aprecian masas ni megalias, no signos de peritonismo.

Pruebas complementarias: hemograma, bioquímica con perfil hepático, sistemático de orina, urocultivo, cultivo de exudado vaginal y citología sin alteraciones. Ecografía abdomino-pélvica sin hallazgos patológicos. Se solicita valoración por ginecología, aparato digestivo y urología descartándose procesos patológicos.

Enfoque familiar y comunitario: se cita de forma programada a la madre sola, que relaciona el inicio de los síntomas al poco tiempo de comenzar una relación de pareja con un chico de 20 años, aislándose progresivamente del entorno familiar y social. No hay afectación del rendimiento académico ni conflictos escolares tras hablar con el orientador del instituto. No cuentan problemas ni cambios importantes en el ámbito familiar.

Juicio clínico: dolor abdominal inespecífico. ISMT (indicadores de sospecha de maltrato)

Plan de actuación: se realiza interconsulta con equipo de salud mental, que tras varias consultas diagnósticas de maltrato psicológico y sexual e inicia abordaje interdisciplinar junto con el médico de atención primaria y la trabajadora social del centro.

Conclusiones

La violencia del género en adolescentes puede manifestarse con sintomatología diversa e inespecífica por lo que en la consulta de atención primaria debe prestarse especial atención a la detección precoz de indicadores de sospecha para un abordaje rápido del problema.

Palabras Clave

Primary health care, adolescents, spous abuse.

Carcinoma oral sin factores etiológicos conocidos. A propósito de un caso

Bejarano Ávila G¹, Sánchez García M², Reyes Gilabert E³

¹ Odontóloga. UGC Salud Bucodental. DS Aljarafe Sevilla-Norte. Sevilla

² Médica de Familia. CS Alcalá de Guadaira. Sevilla

³ Odontóloga. CS Cazalla La Sierra. Sevilla

Ámbito del caso

Mixto, atención primaria y hospitalaria.

Motivos de consulta

Odontóloga de atención primaria (AP) que acude a residencia de salud mental de adultos para realizar revisión bucodental en programa con pacientes de alto riesgo de patología oral por falta de atención médica y frecuencia de hábitos tóxicos. Obtenido el consentimiento informado, se realiza una exploración intraoral a un hombre de 53 años.

Historia clínica

Enfoque individual. Antecedentes personales: no fumador ni bebedor. No alergias medicamentosas conocidas. esquizofrenia paranoide. Medicación: clorpromazina.

Anamnesis: no dolor ni sintomatología en la cavidad oral, escasa comunicación.

Exploración: a nivel intraoral presenta atricción generalizada de los dientes por bruxismo; ausencias de molares mandibulares del lado izquierdo; lesiones blancas en placas alargadas con fondo eritematoso en trígono retromolar izquierdo que no se desprenden al raspado y dolorosas a la palpación. No adenopatías laterocervicales. No arista dental ni prótesis que actuase como irritante crónico local. Ante la sospecha de carcinoma oral, concertamos entrevista con el médico y psiquiatra del centro, quienes refirieron que el paciente no presentaba para funciones que justificase las lesiones ni antecedentes de enfermedad infectocontagiosa que hubiera alterado gravemente su sistema inmunológico u otros factores de riesgos importantes.

Pruebas complementarias: el médico solicitó hemograma, bioquímica: parámetros dentro de la normalidad. Serologías: negativas. Derivamos a maxilofacial para biopsia incisional y estudio anatomopatológico resultando carcinoma espinocelular con displasia moderada. Tomografía axial computerizada del cuello descartando afectación de ganglios linfáticos. Biomarcadores del tumor positivos para virus papiloma humano (VPH) tipo-16.

Enfoque familiar y comunitario (estudio de la familia y la comunidad): Soltero sin hijos. Padres ancianos residentes en otra ciudad. Sin apoyo familiar ni social.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: Carcinoma escamoso en trígono retromolar estadio 1 (in situ) sin diseminación a ganglios linfáticos.

Tratamiento, planes de actuación: Extirpación quirúrgica con 5 mm de margen de seguridad y cierre con colgajo de deslizamiento vestibular.

Evolución: El diagnóstico precoz y correcto posibilitó la cura en este caso.

Conclusiones

En ausencia de factores etiológicos conocidos de carcinoma oral no hay que descartar su diagnóstico ya que actualmente hay un incremento del mismo por infección con VPH; no obstante es necesario que el odontólogo de AP realice revisiones bucodentales periódicas a colectivos de riesgo y vulnerables en residencias.

Palabras Clave

Carcinoma, squamous cell, mouth, etiology.

Lo que esconde un mareo en mujer de 80 años

Vázquez Alarcón R¹, Pérez Gómez S², García López M²

¹ Médico de Familia. CS Vera. Vera (Almería)

² Médica de Familia. CS Vera. Vera (Almería)

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de consulta

Mareo desde hace meses con un síncope.

Historia clínica

Palabras clave: síncope, cáncer de mama, hematuria.

Antecedentes personales: HTA (hipertensión arterial), flutter auricular. Asma bronquial. Tratamiento: dabigatran, bisoprolol 2,5 y montelukast. Mamografías hasta 65 años normales.

Anamnesis: mujer de 80 años que acude a consulta de atención primaria por tener mareos tipo inestabilidad y haber sufrido un síncope sin prodromos previos en el día anterior golpeándose en región cefálica, el costado derecho y en región lumbar. Además refiere tener hematuria.

Exploración: consciente y orientada en 3 esferas. Glasgow 15. Neurológicamente sin focalidad. PICNR. No nistagmus. Fuerza/sensibilidad conservada en 4 extremidades. ACP: tonos arrítmicos, con soplo sistólico. MVC. Abdomen: blando, depresible, no masas ni megalias. PPRENAL izquierda positiva.

Pruebas complementarias: urianálisis con tira reactiva: hematuria 3+.

Evolución: se deriva a urgencias hospitalarias para valoración de hematuria así como del TCE. Se realiza TC cráneo: loe de 10 mm. Eco abdominal: nódulo sólido en polo inferior de riñón izquierdo de 15.3x15.5 mm. TC tórax: en ambas mamas se observan imágenes nodulares de 9 mm (derecha) y 18 mm (izquierda) con bordes espiculados. Mamografía (programada): nódulos espiculados con necrosis grasa en mama izq y adenopatía axilar izq de 8 mm. Biopsia: carcinoma ductal infiltrante

Enfoque familiar: vive sola, sin familiares que la ayuden.

Juicio clínico: carcinoma ductal infiltrante ambas mamas. Metástasis renal izquierda, craneal y extensión axilar izq.

Diagnóstico diferencial: ACV hemorrágico. Tumor cerebral, síncope neurogénico o cardíaco. Hematuria:ITU, contusión renal, quistes renales.

Conclusiones

Se expone este caso clínico por lo infrecuente de encontrar en una mujer de esta edad tumor de mama bilateral, cuando se ha realizado mamografías hasta la edad que marcaba el proceso asistencial, diagnosticándose de forma casual al evidenciar hematuria y al haber sufrido un síncope, pues cuando acudía por mareo la exploración neurológica era normal. Si no hubiera tenido el síncope, la loe cerebral hubiera pasado desapercibida así como los nódulos mamarios.

Palabras Clave

Cáncer, vértigo, headache.

Estudio de disnea persistente en paciente con movilidad limitada

Giltoscano P1, Matas Lara A1, Fernández De Cañete Ramírez N2

1 MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Linares A. Linares. (Jaén)

2 Médico de Urgencias. Hospital San Agustín. Jaén

Ámbito del caso

Atención primaria. Atención hospitalaria.

Motivos de consulta

Disnea.

Historia clínica

Mujer de 75 años que acude a consulta por presentar disnea de moderados esfuerzos de un mes de evolución, tras cuadro catarral tratado con paracetamol. No refiere otra sintomatología. Exploración física sin hallazgos.

Entre sus antecedentes personales destaca HTA, en tratamiento con atenolol y losartán/hidroclorotiazida, y ansiedad, en tratamiento con alprazolam. Sin ingresos hospitalarios. No refiere hábitos tóxicos. Movilidad limitada.

Tras valoración en nuestra consulta, se inició tratamiento con budesonida inhalada. Acude quince días después por persistencia de la clínica, por lo que se deriva a cardiología, donde se realiza electrocardiograma (ECG), que muestra trastornos inespecíficos de la repolarización y hemibloqueo anterior izquierdo, ecocardiograma, que evidencia aumento del grosor parietal del ventrículo izquierdo con contractilidad global conservada, y ergometría, no concluyente.

La paciente acude a urgencias hospitalarias por incremento de la disnea hasta hacerse de reposo con opresión centrotorácica continua, sin otros síntomas. Se realiza ECG, sin nuevos hallazgos, radiografía de tórax que muestra cardiomegalia y analítica de sangre (incluyendo troponina i), sin alteraciones. PAUTAN torasemida y es dada de alta.

Dada la escasa mejoría la paciente, ésta solicita cambio de médico de familia y es valorada por otro facultativo que la deriva a neumología, donde solicitan espirometría, gasometría y angio-TC; considerando que es una disnea multifactorial (cardiopatía, ansiedad,...). Pautan budesonida/formoterol.

El angio-TC evidencia tromboembolismo pulmonar (TEP) moderado/severo subagudo y signos de hipertensión pulmonar, por lo que es ingresada en medicina interna.

Se inicia tratamiento anticoagulante y se realiza eco-doppler de miembros inferiores, que muestra signos indirectos de trombosis venosa profunda distal a la vena poplítea izquierda. La paciente presenta buena evolución, siendo dada de alta con anticoagulación oral.

Actualmente en revisión periódica por cardiología y neumología.

Conclusiones

La clínica del TEP puede ser bastante inespecífica. La disnea es el síntoma más frecuente como forma de presentación. La triada clásica de dolor pleurítico, disnea súbita y hemoptisis sólo está presente en el 40% de los casos. Síntomas que suponen motivos de consulta muy habituales en atención primaria pueden constituir manifestaciones clínicas de TEP, por lo que es una posibilidad diagnóstica que no debemos olvidar.

Palabras Clave

Disnea, embolia pulmonar, resfriado común.

La causa que originó parestesias en abdomen

Vázquez Alarcón R¹, Pérez Gómez S², Cano García M³

¹ Médico de Familia. CS Vera. Vera (Almería)

² Médica de Familia. CS Vera. Vera (Almería)

³ Médico de Familia. CS Albox. Albox (Almería)

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de consulta

Mujer de 59 años con parestesias en abdomen de un mes de duración que irradia hacia MSDCHO (miembro superior derecho) con debilidad progresiva.

Historia clínica

Antecedentes personales: anemia ferropénica. Posible ACV (accidente cerebrovascular) isquémico el año previo sin secuelas.

Anamnesis: acude a consulta por presentar parestesias en abdomen desde hace un mes que no ceden con paracetamol/tramadol, metamizol, ibuprofeno, pautado desde el inicio y ha empeorado con mayor debilidad generalizada y radiculopatía MSDCHO. No náuseas, vómitos ni alteración del hábito intestinal.

Exploración: abdomen: blando, depresible, no masas ni megalias, ni puntos dolorosos. Hipostesia en hipocondrio derecho. Neurológicamente: PICNR. Pares craneales normales. No alteración de fuerza/sensibilidad en 4 extremidades, no meningismo. Analítica normal excepto HB 11.9, HTO 36. Serología negativa. Marcadores tumorales negativos. Radiografía abdomen normal. Eco abdominal normal. Punción lumbar normal. TC cráneo: lesión hipodensa de 7,6 x 7,1 mm en tálamo izq. RNM craneal: pequeñas imágenes nodulares. Loe en hipocampo y cuerpo calloso con invasión de cisterna supracerebelosa. RNM columna cérvico-dorsal: loe en cuerpo vertebral c6 (12 x 20 mm) y en D5 y D6.

Enfoque familiar: vive con marido, no tienen hijos. No AP familiares de interés.

Juicio clínico: Glioma con probable diseminación medular. Laminectomía D5.

Diagnóstico diferencial: ACV, LUES, crisis HTA. Encefalopatía hepática. Herpes Zóster, ELA, cólico biliar, gastritis.

Tratamiento, planes de actuación: dexametasona 4 mg. Entró en programa de paliativos y tras 4 meses falleció.

Evolución: Afectación progresiva de forma aguda.

Conclusiones

Se expone este caso clínico debido a la complejidad del diagnóstico y la banalidad de los síntomas por los que se quejaba al inicio del cuadro, siendo parestesias y molestias inespecíficas en abdomen. Aun teniendo la exploración neurológica normal, debido a la insistencia, de la paciente, se realizaron pruebas complementarias y se envió por urgencias hospitalarias por sospecha de nuevo ACV y patología abdominal, motivo por el cual tras realizar eco abdominal no objetivando patología urgente se decide realizar TC craneal observando la loe que presentaba. Ante cualquier síntoma que nos presente el enfermo, debemos de realizar un adecuado diagnóstico diferencial para evitar viajes innecesarios por el sistema sanitario, pruebas complementarias y enfocar mejor el diagnóstico al paciente.

Palabras Clave

Cáncer, metástasis, paresthesia.

Crisis comicial por atrofia cerebral en anciano joven

Vázquez Alarcón R¹, García Pacheco M², Pérez Gómez S³

¹ Médico de Familia. CS Vera. Vera (Almería)

² Enfermera. CS Rute. Rute (Córdoba)

³ Médica de Familia. CS Vera. Vera (Almería)

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de consulta

Varón de 67 años con crisis tónico-clónicas con desconexión del medio sin relajación de esfínteres de varios minutos de duración.

Historia clínica

Antecedentes personales: HTA en tratamiento con enalapril.

Anamnesis: avisa la familia al centro de salud porque encuentra a su marido con agitación, con crisis tónico-clónicas, desconexión del medio y mordedura de lengua, de varios minutos de duración. No había pasado previamente.

Exploración física: Glasgow 13. Estuporoso, agresivo. PICNR. F/s conservada en 4 extremidades. No desviación comisura bucal. Auscultación cardiopulmonar: normal. TA: 160/80. FC: 80 lpm, SAT O₂: 98%. T_a: 36.5°. Glucemia capilar: 170 mg/dl.

Pruebas complementarias: analítica: hematíes 3.84, hemoglobina: 11.7, hematocrito: 34.4, infecciosos negativo. RX tórax: cardiomegalia. TC cráneo: atrofia córtico-subcortical. RNM craneal: atrofia córtico-subcortical inapropiada para la edad del paciente. ECG: ritmo sinusal a 88 lpm.

Evolución del episodio: se precisa de sedación con propofol para poder calmar la agresividad y la agitación.

Enfoque familiar: Vive con esposa. Hijos emancipados.

Juicio clínico: primer episodio de crisis comicial, con atrofia córtico-subcortical.

Diagnóstico diferencial: ACV. Tumor cerebral. Sepsis. Esquizofrenia. ACV, esclerosis múltiples, neurosífilis. Consumo de sustancias tóxicas. Disminución de hematocrito y hemoglobina por enalapril. Cuadros sincopales. Esclerosis múltiple.

Tratamiento, planes de actuación: AAS 100 mg/24h. Omeprazol 20 mg/24h. Enalapril 20 mg/24h. Planes de actuación: al ser el primer episodio de crisis comicial, no se administra tratamiento preventivo. Si repitiera administrar ácido valproico 500 mg/12h. revisiones por neurología.

Evolución: El paciente evoluciona favorablemente, no le han vuelto a repetir las crisis comiciales. Tiene amnesia de lo sucedido.

Conclusiones

En este caso hubo que sedar al paciente aunque tuviera un Glasgow > 9 debido a la agitación persistente y agresividad hacia nosotros. Es infrecuente una crisis comicial en personas de edad > 60 años sin lesión craneal evidente, necesitando ampliar diagnósticos diferenciales, y más aún cuando no se ha evidenciado que tuviera un cuadro demencial en la consulta.

Palabras Clave

Epilepsie, dementia, headache.

Dos hermanos ancianos con dolor en pezón. Un caso de atención primaria

Vázquez Alarcón R¹, Cintado Sillero M², Pérez Gómez S³

¹ Médico de Familia. CS Vera. Vera. Almería

² Médica de Familia. Hospital Alta Resolución Benalmádena. Benalmádena (Málaga)

³ Médica de Familia. CS Vera. Vera (Almería)

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de consulta

Hermanos varones con 67 y 70 años que acuden por dolor en la mamila derecha desde hace 3 meses a uno y un mes a otro con hemoptisis.

Historia clínica

Antecedentes personales: ambos hermanos fumadores (hermano 1 (H1) 40 paq/año, hermano 2 (H2): 20 paq/año).dislipemia. Tratamiento: simvastatina.

Anamnesis: H1: refiere tener dolor en la mamila derecha desde hace 3 meses que irradia desde hace varias semanas hacia la espalda. No mejora con analgésicos. No disnea, no tos, no hemoptisis, no pérdida de peso ni apetito. H2: dolor también en la región de pezón derecho sin irradiación, que ha comenzado hace un mes.

Exploración: ambos: eupneicos en reposo. Saturación de O₂: 96% (H1) y 98% (H2). Auscultación cardiopulmonar: tonos rítmicos, no soplos. MVC no ruidos patológicos en ninguno.

Pruebas complementarias: RX tórax H1: a nivel suprahiliar derecho se observa imagen espiculada mal definida. En hilio derecho también aumentado de tamaño. H2: imagen nodular espiculada en LSDCHO. TC torácico H1: adenomegalias mediastínicas retrocava, hiliar derecha y subcarinal de 17 mm en eje corto de aspecto centro necrótico. Imagen nodular espiculada en segmento apical del lóbulo inferior derecho atravesando la cisura mayor que mide 25 mm de diámetro que sugiere corresponder a neoplasia pulmonar. Nódulo en cisura mayor de 7 mm de bordes regulares. Enfisema periférico. H2: imagen nodular espiculada en LSDCHO de 12 mm, sin nódulos en mediastino. TC abdominal H1: pequeños quistes hepáticos. Espirometría: negativa para EPOC o asma en ambos. Ecobroncoscopia: (H1) adenopatía subcarinal de tamaño significativo (>2.5 cm) y 4 r.

Enfoque familiar y comunitario: estudio de la familia y de la comunidad. Núcleo familiar: vive con esposa. 2 hijos emancipados. Hermano H2 vive solo.

Juicio clínico ambos: adenocarcinoma broncogénico, H1: estadio CIIIA (T1B, N2, M0). H2: estadio IA

Diagnóstico diferencial: quiste mamario, dolor muscular, neumotórax, TBC, IAM, ginecomastia, dorsalgia, TEP.

Tratamiento: H1: quimioterapia adyuvante. H2: en espera para intervención quirúrgica y tumorectomía.

Conclusiones

Fue interesante este caso debido a que ambos hermanos vinieron por separado a la consulta, y al objetivarse al primero el tumor se le realizó prueba diagnóstica con RX y espirometría al segundo (de más reciente inicio de síntomas).

Palabras Clave

Lung cáncer, metástasis, smoker.

Tuberculosis miliar

Dueñas Dueñas L¹, Ortiz Viana M², Yera Cano, R³

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Úbeda. Úbeda (Jaén)

² MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Úbeda. Úbeda (Jaén)

³ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Úbeda. Úbeda (Jaén)

Ámbito del caso

Atención primaria. Hospital.

Motivos de consulta

Acude a consulta por presentar tos de 3 semanas de evolución con expectoración escasa, fiebre de hasta 38,5°C.

Historia clínica

Enfoque individual. Antecedentes personales: sin interés, no hábitos tóxicos. Profesión: escayolista.

Anamnesis: varón 38 años. Acude refiriendo cuadro gripal de 4 días de evolución con fiebre y tos, no hemoptisis, dolor en costado derecho, se trata con levofloxacino 500 miligramos cada 24 horas 7 días, apirético, a los tres días de suspender antibiótico presenta de nuevo fiebre de 38,5°C.

Exploración: buen estado general, eupneico, bien hidratado y perfundido. Saturación de oxígeno 98%. Auscultación: normal.

Pruebas complementarias: radiografía de tórax: adenopatías hiliares, dudoso infiltrado lóbulo medio, lesiones granulomatosas y fibrosas bilaterales (¿tabaco?). Mantoux de 14 milímetros y baciloscopias positivas. A los 10 días se realiza nueva radiografía: patrón micronodular bilateral diseminado. Serología de neumonías negativas. VIH negativo, nocardia negativo. Anticuerpos antinucleares negativos. El paciente fue valorado por neumología, allí se realizó una analítica con función hepática donde se observa leve elevación de transaminasas, las cuales posteriormente se normalizaron. Ecografía de abdomen: sin alteraciones significativas.

Enfoque familiar y comunitario: el paciente vive con su mujer y su hijo. Trabaja con su hermano y mantienen una estrecha relación.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: tuberculosis miliar. Diagnóstico diferencial: micosis, neumopatía atípica, metástasis pulmonar, collagenosis. Dificultad para realizar el círculo de contactos estrechos para descartar foco primario y posibles nuevos contactos.

Tratamiento y planes de actuación: el paciente se diagnostica de tuberculosis miliar y se inicia tratamiento antituberculoso (rimstar 5 comprimidos al día). Estudio de convivientes: Mantoux de su mujer y hermano fueron negativos. Hijo de 7 años de edad negativo, se pauta quimioprofilaxis primaria. Repetir Mantoux a convivientes a los dos meses.

Evolución: favorable, apirético, baciloscopias negativas.

Conclusiones

Destacar que, aunque es una patología que no se suele ver en atención primaria, tenemos siempre que pensar en ella en este contexto. Llama la atención una tuberculosis miliar en paciente sano sin VIH ni inmunodepresión y la baciloscopia positiva. El levofloxacino es bactericida al bacilo tuberculoso, pudiendo enmascarar el cuadro clínico.

Palabras Clave

Miliary tuberculosis, mycobacterium tuberculosis, mycobacterium.

Caso sin resolver

Pérez Rivera R¹, García Flores A², Luciani Huacac L³

¹ Médico de Familia. CS Orcera. Orcera (Jaén)

² Médico de Familia. Consultorio Génave. Génave (Jaén)

³ Médico de Familia. Consultorio La Puerta de Segura. La Puerta de Segura. Jaén

Ámbito del caso

Atención primaria y especializada.

Motivos de consulta

Paciente de 87 años que acude a consulta por síndrome constitucional de un mes .

Historia clínica

Antecedentes personales: HTA, diabetes mellitus tipo 2, HBP, gonartrosis. Tratamiento habitual; tamsulosina, metformina, doxazosina , lansoprazol, furosemida, insulina, telmisartan.

El paciente presenta regular estado general, exploración, ECG radiografía de tórax normales. En analítica aparece: hemograma normal, creatinina 1,4, filtrado glomerular (FG) de 48, GGT 99, sin albuminuria, PSA normal. Derivamos a medicina interna para estudio preferente. El internista suspende metformina, solicita analítica completa con cortisol tóraco-abdominal. Mientras tanto, el paciente da varios avisos domiciliarios por debilidad generalizada, mareos sin pérdida de conciencia y en varias ocasiones es derivado a urgencias hospitalarias donde se descarta patología aguda. Los mareos se producen por hipotensión ortostática.

El paciente era hasta entonces totalmente independiente para las actividades básicas de la vida diaria, muy activo con buen estado general, cada día que pasa se encuentra más débil precisando ayuda para el aseo, la deambulación. El paciente vive con su esposa y tienen muy buen apoyo familiar y social. Viene presentando cifras tensionales y perfil glucémico dentro de la normalidad, continua perdiendo peso, con astenia, anorexia y palidez.

Resultados de TAC tóraco-abdominal y craneal normales, cortisol normal en varias determinaciones, se descarta insuficiencia suprarrenal, no anemia, creatinina 2,4, hemoglobina glicosilada 6,9, FG 38. resto normal. Radiografía de tórax normal.

Lo derivamos a cardiología para valoración de mareo e hipotensión ortostática donde se realiza holter, ecocardiografía dentro de la normalidad. Trascurridos unos meses el paciente se empieza a encontrar asintomático y en analítica se observa creatinina de 1,4 y FG de 50. El internista le da el alta con diagnóstico de síndrome constitucional sin evidencia de organicidad.

El diagnóstico diferencial: acidosis láctica, cáncer de próstata, cáncer de pulmón, insuficiencia suprarrenal, insuficiencia renal aguda.

El paciente evoluciona bien sin presentar nueva sintomatología.

Conclusiones

Es necesario suspender metformina cuando se prevea una situación de disfunción renal. debemos estar siempre alerta y monitorizar función hepática y renal en pacientes de edad avanzada que tomen conjuntamente metformina con ARA II y diuréticos.

Palabras Clave

Acidosis láctica, metformina, insuficiencia renal.

El fenómeno Milking como desencadenante de isquemia miocárdica

Peña Guerrero P¹, Suárez Rodríguez M²

¹ Médico de Familia. Consultorio Santiponce y UGC Camas. Sevilla

² Médico de Familia. Consultorio Santiponce. Santiponce (Sevilla)

Ámbito del caso

Atención primaria y hospitalaria.

Motivos de consulta

Disnea a moderados esfuerzos de 5 días de evolución.

Historia clínica

Enfoque individual: paciente varón de 67 años, con cardiopatía hipertensiva y esclerosis aórtica que consulta a su médico de familia por disnea de moderados esfuerzos de 5 días de evolución. No refiere dolor torácico ni aumento de edemas en miembros inferiores.

La exploración física es anodina. Se realiza ECG donde presenta taquiarritmia derivándose a su hospital de referencia. En el servicio de urgencias refiere dolor torácico, se repite ECG siendo compatible con flutter auricular. Se realiza radiografía de tórax que no presenta alteraciones, y cursa analítica sanguínea con seriación de fermentos cardíacos y CPK, estando elevados. Se cursa ingreso en cardiología donde se realiza ecocardiografía donde destaca una AD (arteria descendente) ligeramente dilatada y una afectación degenerativa de la válvula aórtica. La coronariografía desvela una descendente anterior con segmento intramiocárdico a nivel medio con fenómeno Milking.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial e identificación de problemas: flutter auricular. Valvulopatía aórtica degenerativa. AD con segmento intramiocárdico con fenómeno Milking. Diagnóstico diferencial: taquiarritmia, angor hemodinámico, insuficiencia cardíaca.

Tratamiento y planes de actuación: anticoagulación e inicio de betabloqueantes. Seguimiento en consultas externas de arritmias.

Evolución: durante su ingreso en cardiología el paciente evoluciona favorablemente. Al alta asintomático.

Conclusiones

La isquemia miocárdica no siempre es secundaria a aterosclerosis, en algunas ocasiones puede estar desencadenada por la coexistencia de un puente intramiocárdico con fenómeno Milking y situaciones como miocardiopatía hipertrófica o taquicardia, en nuestro caso encontramos un flutter auricular. Esto es debido a que las arterias coronarias principales tienen un trayecto epicárdico, pero en algunos pacientes, pequeños segmentos se introducen en el espesor del miocardio, por lo que en cada sístole se produce una estenosis de la luz vascular, llegando incluso al colapso, siendo conocido como fenómeno Milking.

Palabras Clave

Disnea (dyspnea), enfermedad coronaria (coronary disease), isquemia miocárdica (myocardial ischemia).

Doctora rocío, tengo un resfriado desde hace 15 días que no se va con tratamiento

Yera Cano R¹, Salas Cárdenas M², Vasco Roa T²

¹ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Úbeda. Úbeda (Jaén)

² Médico de Familia. Hospital San Juan De La Cruz. Úbeda. Jaén.

Ámbito del caso

Atención primaria, urgencias hospitalarias, medicina interna y cirugía torácica.

Motivos de consulta

Acude a consulta por segunda vez una mujer de 35 años por cuadro de tos y ahogo que no mejora a pesar de tratamiento y fiebre de 39°C desde hace 4 días.

Historia clínica

Enfoque individual. Antecedentes personales: mujer de 35 años sin alergias medicamentosas, antecedentes de dislipemia, no hábitos tóxicos. Tratamiento domiciliario: anticonceptivos orales y omeprazol.

Anamnesis: reacude a consulta por cuadro de tos seca que ha aumentado de intensidad. Tos que empeora con decúbito, sin mucosidad pero con congestión nasal. Fiebre en los últimos 4 días junto con náuseas y vómitos de contenido gástrico. En tratamiento con acetilcisteína, azitromicina, paracetamol e ibuprofeno.

Exploración: buen estado general, consciente y orientada, eupneica y bien hidratada. Auscultación: tonos rítmicos sin soplos, murmullo vesicular conservado sin ruidos patológicos. Afebril. Tensión arterial 160/90.

Pruebas complementarias: analítica: hemograma: 6860 leucocitos sin neutrofilia. Coagulación normal. Bioquímica: PCR 9 resto normal. Gasometría normal. Radiografía de tórax pa y lateral: masa en mediastino posterior.

Enfoque familiar y comunitario: nivel sociocultural medio-bajo, casada con hija de 4 años, madre de 67 años sana y padre fallecido hace un año por ACV isquémico masivo. Abuelo fallecido a los 45 años por neoplasia pulmonar sin antecedentes previos de tabaquismo.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: broncoespasmo en contexto infección respiratoria, masa en mediastino posterior a filiar causa. Diagnóstico diferencial: tumor neurogénico, linfoma, neoplasia estómago, tumor células germinales. Identificación problemas: dado su bajo nivel sociocultural es difícil explicarles de forma que lo entiendan los resultados obtenidos y posibles diagnósticos.

Tratamiento y planes de actuación: se deriva a urgencias hospitalarias para ingreso y estudio en medicina interna. Se solicita TAC: masa en lóbulo superior derecho posterior de origen pleural, sin signos de malignidad, probable tumor fibroso solitario de pleura. No adenopatías. Tratamiento: aerosoles (ventolín, atrovent y pulmicort), amoxicilina y enoxaparina 40 miligramos.

Evolución: paciente asintomática tras tratamiento y constantes estables. Se deriva a domicilio al alta con cita en consulta de cirugía torácica para seguimiento y valoración tratamiento quirúrgico.

Conclusiones

Aprender a interpretar correctamente las radiografías para realizar un buen diagnóstico diferencial. Importancia de anamnesis, exploración completa y pruebas complementarias adecuadas.

Palabras Clave

Infection, mass, mediastinum.

Mareo, un motivo de consulta frecuente en atención primaria

García Castillo L1, Valverde Morillas C2, Taboada Sance M3

1 Médico de Familia. CS Mirasierra. Granada

2 Médico de Familia y Tutora MIR. CS La Zubia. La Zubia (Granada)

3 Médico de Familia. Directora UGC CS La Zubia. La Zubia (Granada)

Ámbito del caso

Atención primaria. Centro de salud urbano.

Motivos de consulta

Mareo y cervicalgia de varios meses de evolución.

Historia clínica

Paciente de 48 años con antecedentes personales cervicalgia, trabajaba como modista y debido a las molestias cervicales ha dejado de trabajar.

Anamnesis: refiere que desde hace un tiempo tiene cervicalgia con irradiación occipital, que no le interrumpe el sueño acompañada de mareo con sensación de inestabilidad en la marcha. Ha sido vista por distintos profesionales que han prescrito sedantes vestibulares y analgesia de primer escalón sin mejoría. No náuseas, ni vómitos y no refiere otro déficit neurológico

Exploración: Romberg positivo y nistagmo positivo, resto de la exploración neurológica normal, auscultación cardiopulmonar normal, oídos contímpanos íntegros de buena coloración, cifras tensionales normales, exploración de columna cervical dolor en el cuello a la palpación y cifosis dorsal. Radiografía de columna cervical con importante cervicoartrosis, osteofitosis vertebral, rectificación. Analítica con hemograma y bioquímica normal.

Enfoque familiar: familia nuclear con dos hijos, buena relación entre ellos y con sus parientes próximos. Buen apoyo familiar.

Juicio clínico: se hace diagnóstico diferencial entre origen periférico (causas vestibulares, cardiológicas, hematológicas, endocrinas y central (tumor cerebral, esclerosis múltiple, hipertensión intracraneal...). En principio tras las pruebas complementarias y la exploración parece un vértigo de características mecánicas asociada a cervicoartrosis.

Tratamiento se deriva a fisioterapia y control del dolor con tramadol.

Evolución: a pesar de la mejoría inicial con la fisioterapia, pero persistencia del mareo, se realiza una nueva exploración en la que se objetiva mayor inestabilidad en la marcha por lo que se deriva al neurólogo. Como no se consigue cita, esta queda diferida, y se deriva a urgencias para estudio de imagen en la que se identifica una tumoración cerebral.

Conclusiones

Conclusiones no olvidar la importancia del seguimiento de un enfermo, los cambios clínicos que puedan aparecer a lo largo del tiempo, para plantear nuevos diagnósticos y estrategias terapéuticas y que motivos de consulta frecuentes, que en su mayoría son ocasionados por procesos poco importantes, a veces enmascaran enfermedades graves que requieren un rápido diagnóstico y tratamiento.

Palabras Clave

Vertigo, neck pain, dizziness.

Expresión psiquiátrica de la enfermedad tiroidea

Valverde Morillas C1, Nogueras Trujillo M2, García Castillo L3

1 Médico de Familia y Tutora MIR. CS La Zubia. La Zubia (Granada)

2 MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Zubia. La Zubia (Granada)

3 Médico de Familia. CS Mirasierra. Granada

Ámbito del caso

Atención primaria. Zona periurbana.

Motivos de consulta

Escozor ocular.

Historia clínica

Paciente de 49 años, con antecedente personales de rinoconjuntivitis alérgica.

Anamnesis: molestias oculares de dos meses de evolución, que se inician en ojo derecho con picor y escozor, se hace bilateral y se acompaña de edema parpebral. Se inicia antihistamínico tópico sin mejoría, y ante la evolución con proptosis ocular unilateral se deriva al hospital para pruebas de imagen.

Exploración: ligero edema parpebral, hiperemia en conjuntiva bulbar, tinción con fluoresceína sin defecto epitelial corneal, no secreción purulenta, pupilas isocóricas y normorreactivas y movimientos oculares externos conservados. Tras la evolución a proptosis se realiza una tomografía axial computerizada de órbitas, descartándose tumoración. Se solicita analítica con función tiroidea y se detecta un hipertiroidismo, TSH de 0.01, valor que había sido normal en un control previo hace dos años.

Enfoque familiar: familia nuclear extensa, buena relación entre ellos y buen apoyo familiar.

Juicio clínico: enfermedad de graves- Basedow, diagnóstico diferencial con otras causas de exoftalmos infiltrativo.

Tratamiento. Se hace derivaciones a endocrino que inicia tratamiento con tiamazol, así como al oftalmólogo que trata el exoftalmos con corticoides depot intraoculares.

Evolución: se controla la función tiroidea, no así el exoftalmos. La paciente comienza con un cambio del comportamiento, agresividad, ideas delirantes sin juicio de enfermedad y agitación psicomotriz por lo que es derivada a salud mental, diagnosticándose inicialmente de psicosis corticoidea y posteriormente a trastorno bipolar maníaco grave con psicosis.

Conclusiones

Algunas enfermedades graves se inician con síntomas leves, que podemos relacionar con otras enfermedades previas existentes. Debemos hacer un seguimiento del enfermo, evaluar los cambios clínicos y en ocasiones plantear nuevos diagnósticos y tratamientos. Así mismo tener presente las manifestaciones psiquiátricas de enfermedades sistémicas y de los tratamientos farmacológicos que se administran.

Palabras Clave

Thyroid, psychiatry, disorder.

"El niño de 5 años que tenía mucho sueño"

Manzano De Alba A, Hernández Burgos P

MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Algeciras Norte y Hospital Punta Europa. Cádiz

Ámbito del caso

Atención ambulatoria y atención urgencias hospitalarias.

Motivos de consulta

Vómitos, cefalea y somnolencia tras traumatismo craneal.

Historia clínica

Paciente varón de 5 años. Sin alergias medicamentosas conocidas ni antecedentes personales de interés.

Anamnesis: es traído a urgencias hospitalarias por sus padres por presentar somnolencia, cefalea frontal opresiva intermitente, náuseas y vómitos no alimenticios de 5 horas de evolución, tras antecedente de traumatismo craneoencefálico leve de mecanismo desconocido horas previas al inicio del cuadro en contexto escolar.

Exploración física y pruebas complementarias: aceptable estado general, normohidratado y normoperfundido, hemodinámicamente estable, eupneico, euglicémico, afebril, Glasgow 15/15. Discreta miosis pupilar normorreactivas a la luz. Tendencia al sueño, resto de exploración neurológica dentro de la normalidad, sin signos de irritabilidad patológica ni meningismos. No presencia de lesiones cutáneas ni petequias. No dolor a la palpación craneal.

Bioquímica: glucosa 103 mg/dl, potasio 6.49 meq/l, GOT 98 u/l, PCR 0.38 mg/dl, resto sin hallazgos patológicos. Hemograma normal. TC cráneo (sin contraste intravenoso): sin hallazgos significativos. Análisis toxicológico orina: positivo a tetrahidrocannabinol, resto negativo.

Juicio clínico: consumo e intoxicación por tetrahidrocannabinol.

Diagnóstico diferencial: gastroenteritis, infección respiratoria, infección urinaria, gastroparesia, obstrucción intestinal, insuficiencia suprarrenal, migraña, fractura ósea craneal, lesión hemorrágica intracraneal, hipertensión intracraneal, masa intracraneal, cetoacidosis diabética, neuritis vestibular, ataxia cerebelosa y síndrome de munchausen por poderes.

Tratamiento: se administra sueroterapia intravenosa abundante y antieméticos, valorado por pediatra y se mantiene en sala de observación de pediatría durante 12 horas. Se notifica a servicios sociales, y se deriva de alta a domicilio para continuar vigilancia y controles por su pediatra.

Evolución: mejoría clínica progresiva hasta quedar asintomático en pocas horas, manteniéndose asintomático tras su alta sin nuevos episodios hasta el momento. Palabras clave: hypersomnolence disorder, nausea, abnormalities drug induced.

Conclusiones

Ante un paciente pediátrico que presenta vómitos, cefalea y somnolencia tras traumatismo craneal previo, se deben de tener en cuenta todas las posibles causas de estos síntomas, tanto postraumáticas como independientes del antecedente traumático. Además, no es infrecuente a estas edades la ingesta de tóxicos de cualquier origen no presenciada por familiares y, por tanto, no debemos de obviar esta posibilidad ante un caso como el que se presenta.

Palabras Clave

Alarm clock headache, cannabis related disorder, disorders of excessive somnolence.

Hallazgo casual masa abdominal en mujer menopáusica

Correa Gómez V¹, Ghizlane Oualy Ayach Hadra G¹, Tribaldos Garrido J²

¹ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Úbeda. Jaén

² MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Úbeda. Jaén

Ámbito del caso

Centro de salud.

Motivos de consulta

Dolor en fosa iliaca derecha.

Historia clínica

Mujer de 53 años, menopáusica desde hace 3 años, sin alergias medicamentosas conocidas, antecedentes de interés ni hábitos tóxicos. Ama de casa, casada y con 2 hijos en edad juvenil.

Acude a consulta de atención primaria por presentar dolor abdominal leve de larga evolución, localizado a nivel de fosa iliaca derecha y junto a distensión abdominal, no presenta alteración del hábito intestinal, normalmente estreñida. A la exploración abdominal se palpa masa indurada a nivel suprapúbico derecho. Se decide derivación preferente a ginecología por sospecha de tumoración ovárica.

Tras anamnesis, exploración ginecológica y resonancia magnética se diagnostica de adenocarcinoma de ovario derecho con implantes peritoneales con invasión de asas intestinales y de útero. Se plantea laparotomía exploratoria y solo es posible realizar biopsia. Dado al avanzado estadio de la enfermedad se decide comienzo de tratamiento quimioterápico. Actualmente en tratamiento quimioterápico.

Seguirá con controles por parte de ginecología y oncología. Desde atención primaria daremos atención sanitaria a posibles complicaciones que puedan surgir durante el tratamiento quimioterápico, además de apoyo al paciente y familiares. Y en caso de evolución de enfermedad asistencia con cuidados paliativos.

Conclusiones

El cáncer de ovario tiene una baja frecuencia, pero es la primera causa de muerte por cáncer ginecológico, motivado por la ausencia de síntomas hasta estadios avanzados y de ausencia de un programa de screening para el diagnóstico en etapas precoces. Dentro de los factores de riesgo están la edad avanzada, ser nuligesta, la historia familiar y las mutaciones BRCA1 y BRCA2. La clínica inicial más frecuente es el aumento del perímetro abdominal, seguido del dolor abdominal variable y la metrorragia. En estadios avanzados aparece un síndrome constitucional. La vía de diseminación más frecuente es la implantación directa por siembra peritoneal de células tumorales sobre peritoneo o epiplón. El tratamiento será quirúrgico (intentando extirpar la mayor cantidad de masa tumoral posible) y quimioterápico.

Palabras Clave

Menopause, incidentaloma, ovarian cancer.

Alucinaciones visuales en el paciente anciano: no todo son demencias

Pulido Vázquez C¹, Alarcón Ruíz A², Molina Guilabert I³

¹ Médica de Familia. UGC Antequera-Estación. Antequera (Málaga)

² Médica de Familia. Dispositivo de Apoyo de Málaga. Málaga

³ FEA de Oftalmología. Hospital La Axarquía. Vélez-Málaga (Málaga)

Ámbito del caso

Atención primaria, atención hospitalaria (urgencias).

Motivos de consulta

Alucinaciones visuales.

Historia clínica

Enfoque individual: paciente de 84 años de edad. Sin alergias. HTA, glaucoma bilateral con importante pérdida de la agudeza visual, prótesis de cadera derecha. Independiente para las actividades básicas de la vida diaria, sin deterioro cognitivo.

Enfoque familiar y comunitario: viuda, vive sola con ayuda a domicilio 3 horas al día. No tiene familia en la misma provincia. No sale a la calle sola desde hace años por su pérdida de visión.

Consulta por visión de “personas extrañas” desde hace 2 días, ve gente que entra y sale de la habitación, a veces deformes, piensa que no son reales pero se lo parecen. Se realiza visita a domicilio, donde se objetivan constantes normales, exploración general sin hallazgos, exploración neurológica y test cognitivos sin alteraciones. No refiere síntomas depresivos aunque sí ansiedad importante en relación con la sintomatología actual.

Juicio clínico: patología neurológica orgánica (tumor cerebral, hemorragia cerebral...) vs demencia de inicio.

Plan de actuación: se deriva a urgencias del hospital de referencia donde se realiza analítica general, radiografía de tórax y TC de cráneo, sin hallazgos de interés. Valorada por oftalmología se diagnostica de s. Charles-Bonnet.

Evolución: la paciente sigue presentando la misma sintomatología con ansiedad importante por lo que comienza tratamiento con benzodiacepinas, con escasa mejoría. Comentado el caso con el equipo de salud mental se inicia tratamiento con neurolépticos que tampoco controlan los síntomas. En los meses siguientes aprende a aceptar esas alucinaciones que se siguen repitiendo pero ya no le generan tanta angustia, retirándose paulatinamente el tratamiento.

Conclusiones

Las alucinaciones visuales son síntomas de inicio en el deterioro cognitivo del paciente anciano. No obstante, también pueden deberse a efectos secundarios farmacológicos y a otras patologías psiquiátricas, neurológicas u oftalmológicas. El síndrome de Charles-Bonnet se caracteriza por pseudoalucinaciones (el sujeto las reconoce como irreales) visuales complejas en ausencia de enfermedad orgánica cerebral y asociado a privación visual en pacientes sin deterioro cognitivo previo.

Palabras Clave

Visual hallucinations, dementia, aged.

Planificación anticipada en atención primaria: mucho camino por recorrer

Pulido Vázquez C¹, Alarcón Ruíz A²

¹ Médica de Familia. UGC Antequera-Estación. Antequera. Málaga

² Médica de Familia. Dispositivo de Apoyo de Málaga. Málaga

Ámbito del caso

Atención primaria y atención hospitalaria (urgencias).

Motivos de consulta

Rectorragia.

Historia clínica

Paciente de 86 años. Sin alergias. Vida cama-sillón. No deterioro cognitivo. HTA, DM tipo 2, cardiopatía isquémica, prótesis aórtica biológica, TVP con TEP secundario, ACV hemorrágico sin secuelas, IRC estadio IV en seguimiento por medicina interna y tratamiento con eritropoyetina. Tres episodios sincopales en el último mes, se niega a ir al hospital para estudio. Consulta por episodio de rectorragia autolimitada tras defecación. No otros síntomas de alarma.

Exploración: palidez cutáneo-mucosa, hemorroides externas grado IV.

Enfoque familiar y comunitario: viuda, reside en su domicilio con cuidadora formal. Su hija vive en la misma localidad.

Juicio clínico: crisis hemorroidal.

Diagnóstico diferencial: diverticulosis, pólipos, cáncer colorrectal.

Plan de actuación: analítica: hemoglobina 8.9, VCM y HCM bajos, ferropenia. Ante la complejidad del caso planteamos a la paciente y a la familia realizar planificación anticipada de las decisiones (PAD). Acceden. Como en anteriores ocasiones, refiere que no quiere ir al hospital, ni pruebas invasivas, sondas de alimentación ni aparatos para prolongarle la vida. Le gustaría fallecer en su domicilio rodeada por su familia. Elige como representante a su hija. No quiere formalización de voluntades vitales anticipadas (VVA). Se registra en la historia clínica informatizada.

Tratamiento con hierro oral.

Evolución: dos meses después, episodio de rectorragia importante avisando la familia al 061. DCCU la traslada al hospital de acuerdo con la familia. Se evidencia hemoglobina 4.7, se consulta registro de VVA donde no aparece, su hija firma consentimiento de transfusión. En el año siguiente ha precisado dos transfusiones más y ha sido dada de alta por medicina interna. No ha aceptado ninguna prueba diagnóstica invasiva. Se encuentra estable, sin deterioro cognitivo.

Conclusiones

La PAD es un proceso voluntario y dinámico de comunicación y deliberación entre paciente y profesionales sanitarios acerca de las preferencias respecto a la atención sanitaria que recibirá, fundamentalmente en los momentos finales de su vida. Queda mucho camino por recorrer hasta que los profesionales de AP realicemos habitualmente esta planificación y los servicios de urgencias dispongan de la información necesaria para coordinar las actuaciones en momentos críticos.

Palabras Clave

Living wills, anemia, blood transfusion.

Evolución desfavorable de una lesión cutánea

Vázquez Alarcón R¹, Vázquez González N², López Del Castillo A²

¹ Médico de Familia. CS Vera. Vera (Almería)

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Andrés-El Torcal. Málaga

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de consulta

Lesión dérmica en cadera izquierda de 2 semanas de evolución.

Historia clínica

Antecedentes personales: mujer, 72 años, hipertensión arterial, dislipemia, prótesis total de cadera izquierda hace 12 años y de cadera derecha hace 8.

Anamnesis: acude a consulta por presentar una lesión en región de cadera izquierda de unas 2 semanas de evolución, levemente dolorosa a la palpación.

Exploración física: placa indurada y caliente en cara lateral externa de muslo izquierdo de más de 10 cm de diámetro con zona central eritematosa dentro de la cual presenta lesión anular de 3-4 cm de diámetro.

Pruebas complementarias: no se realizan al no ser precisas. Se realizarán posteriormente.

Enfoque familiar y comunitario: Vive con su esposo. Independiente para las actividades básicas de la vida diaria. 3 hijas con las que mantiene muy buena relación (gran apoyo familiar).

Juicio clínico: 1º diagnóstico: celulitis. Diagnóstico final: infección hematógena crónica tardía de prótesis total de cadera izquierda por peptostreptococcus

Diagnóstico diferencial: erisipela. Gangrena. Mionecrosis.

Identificación de problemas: tras tratamiento con amoxicilina-clavulánico durante 8 días aumenta la extensión y se acentúan los signos de flogosis (dolor, calor, rubor) por lo que ante la falta de respuesta clínica remito a dermatología.

Tratamiento, planes de actuación: Realizan biopsia que informan como vasculitis leucocitoclástica con obstrucción completa de vasos de pequeño calibre y necrosis dérmica y de glándulas ecrinas y derivan a traumatología.

Evolución: Al mes comienza con exudado purulento escaso del que se toma cultivo con aislamiento de peptostreptococcus y se realiza analítica con PCR 8 (resto normal). Se diagnosticó de fístula de aproximadamente 1 cm con trayecto fistuloso hacia cadera llegando a plano muscular tras prótesis total de cadera. Se deriva a traumatología que establece el diagnóstico final de infección hematógena crónica tardía de prótesis total de cadera izquierda por peptostreptococcus. Se realiza recambio de la prótesis en dos tiempos con evolución favorable. Actualmente la paciente se encuentra sin dolor y deambula con un bastón.

Conclusiones

Aunque la infección cutánea más frecuente es la celulitis no debemos olvidarnos de otras patologías menos prevalentes, y tener siempre presentes las manifestaciones cutáneas de las patologías sistémicas. Es infrecuente encontrar trayectos fistulosos de prótesis sin que tuviera manifestación previa.

Palabras Clave

Cellulitis, acute infection, abscess pyogenic.

Varón con mareo en atención primaria

Pérez Gómez S¹, Vázquez Alarcón R¹, Sánchez Fernández M²

¹ Médico de Familia. CS Vera. Almería

² Enfermera de Familia. CS Vélez Rubio. Vélez Rubio (Almería)

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de consulta

Mareo de horas de evolución.

Historia clínica

Antecedentes personales: Hiperplasia próstata benigna. Prostatectomía por tumor vesical, hipercolesterolemia, HTA (hipertensión arterial), insuficiencia mitral severa, bloqueo bifascicular, tratamiento: olmesartan 40mg, simvastatina 40mg, domperidona 10mg.

Anamnesis: varón de 68 años que acude a consulta de atención primaria por cuadro de mareo, debilidad, náuseas, no dolor torácico ni cortejo vegetativo, episodios previos similares

Exploración: consciente y orientado, palidez cutánea, eupneico, auscultación cardiopulmonar: tonos arrítmicos, no soplos, MVC. Neurológico: PICNR, pares craneales normales, no nistagmus, no disimetrías ni disidiadocinesias, no signos de focalidad neurológica aguda no meningismo, marcha inestable, Romberg negativo.

Pruebas complementarias: hemograma: hemoglobina: 16, hematocrito: 49, leucocitos: 7.700, plaquetas: 163.000. Coagulación: INR: 0.92, IQ: 113. Bioquímica: glucosa: 119, urea: 42, creatinina: 1.12, sodio: 140, potasio: 4.6, PCR: 3. RX tórax: ICT conservado, no infiltrados ni condensaciones. ECG: bloqueo AV completo.

Enfoque familiar y comunitario. Familiar nuclear normofuncional, hijo no emancipado, adecuada relación con iguales.

Juicio clínico: bloqueo AV de 3º grado.

Diagnóstico diferencial: cardiopatía isquémica, hipotensión arterial, ACV, vértigo paroxístico, neuritis vestibular, síndrome de Menière, infecciones, fármacos, trastornos degenerativos y metabólicos, esclerosis múltiple, tumores, traumatismo craneo-encefálico, migraña, tromboembolismo pulmonar, vértigo psicógeno, reacción 2ª a domperidona.

Tratamiento, planes de actuación: Se inicia perfusión de isoproterenol y marcapasos transitorio a FC: 60lpm, amplitud 70ma

Evolución: Favorable manteniéndose estable hemodinámicamente. Se ingresa en uci y se programa para implante de marcapasos definitivo

Conclusiones

Se describe un cuadro presincopeal como debut de un bloqueo auriculoventricular completo en un paciente con bloqueo bifascicular previo. Esta entidad consiste en una interrupción completa de la conducción entre aurículas y ventrículos de etiología variable: fármacos, cardiopatía isquémica, trastornos metabólicos, degeneración idiopática del sistema de conducción, conectivopatías, enfermedades infiltrativas, infecciosas, eTC. En causas no reversibles, está indicado un marcapasos permanente. La clínica habitual es debida a síntomas de bajo gasto cardíaco: mareo, síncope, angina e insuficiencia cardíaca. El mareo constituye un motivo de consulta muy frecuente en atención primaria, de ahí la importancia de realizar una historia clínica y exploración física completa, así como uso de pruebas complementarias sencillas a nuestro alcance, para alcanzar un diagnóstico correcto y no pasar desapercibidos casos como el presentado.

Palabras clave

Mareo. Bloqueo AV completo, marcapasos.

Anciano con síndrome confusional agudo

Pérez Gómez S¹, Vázquez Alarcón R¹, García Plaza N²

¹ Médico de Familia. CS Vera. Almería

² Médica de Familia. CS Vera. Almería

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de consulta

Deterioro cognitivo, delirios y dificultad para la marcha.

Historia clínica

Antecedentes personales: HBP, EPOC, silicosis, fumador activo, ex-bebedor importante, hipercolesterolemia, ateromatosis carotídea, isquemia lacunar antigua, hipertensión arterial. Trabajó como minero. Tratamiento: omeprazol 20 mg, AAS 100 mg, bisoprolol 2.5 mg, ramipril 5, tamsulosina/dudasteride, simvastatina 20 mg.

Anamnesis: paciente de 83 años que acude a consulta por deterioro cognitivo rápidamente progresivo en menos de 2 semanas con delirios de perjuicio, verborrea, dificultad para la marcha y pérdida de control de esfínteres.

Exploración física: TA: 150/80, SO₂: 96%, afebril, consciente, desorientado en espacio y tiempo, labilidad emocional, no focalidad neurológica aguda, rubefacción malar, palidez cutáneo-mucosa, ACR: tonos apagados, no soplos, hipoventilación generalizada, crepitantes en base izquierda.

Pruebas complementarias: bioquímica: creatinina: 1.95, urea: 107, potasio: 5.4, Ldh: 323, colesterol: 155, ferritina: 1117, bilirrubina: 0.7, FA: 259, GOT: 38, GPT: 30, GGT: 85, PCR: 48.9, cáncer 19.9: 43.2, AFP: 5.2, VSG: 45, ferritina: 738, serología normal. -hemoglobina 12.8, leucocitos: 10.100 (PMN: 83%). punción lumbar: normal. ECG: ritmo sinusal, signos de HVI. RX tórax: patrón intersticial micronodular. TC craneal: atrofia cortical generalizada, sistema ventricular aumentado, leucoencefalopatía vascular crónica degenerativa, lesiones isquémicas lacunares crónicas. TC abdomino-pélvico con contraste E.V.: hígado hipodenso, heterogéneo, de contornos lobulados en relación a hepatopatía crónica. Imagen nodular en segmento VIII de 32x24mm de LHD sugestivo de hepatocarcinoma. Cistoadenoma seroso de 14x12mm a nivel de cabeza del páncreas. Esplenomegalia de 136 mm con múltiples calcificaciones intraparenquimatosas, quistes corticales simples renales bilaterales. Diverticulosis sigmoidea. Aneurisma de aorta abdominal infrarrenal de 65mm.

Enfoque familiar y comunitario: Viudo, convive con hija, cuidadora principal.

Juicio clínico: hepatocarcinoma.

Diagnóstico diferencial: ACVa, encefalopatía hipertensiva o hepática, tumores, hemorragia subaracnoidea, hidrocefalia normotensiva, hipoglucemia, insuficiencia suprarrenal, hiper/ hiponatremia, encefalitis límbica paraneoplásica, infecciones del SNC. Sífilis. EPOC muy grave con hipoxemia.

Tratamiento: quetiapina 50 mg

Evolución: Actualmente pendiente de valoración por unidad de hepatología para posible quimioembolización hepática. Dependiente parcial para ABVD

Conclusiones

El carcinoma hepatocelular es un tumor de elevada incidencia y mortalidad. Su detección precoz debe realizarse mediante ecografía semestral en población con riesgo, fundamentalmente en pacientes con cirrosis. Se pretende resaltar la importancia de un adecuada historia clínica y diagnóstico diferencial en casos de deterioro cognitivo brusco.

Palabras clave

Síndrome confusional, deterioro cognitivo, hepatocarcinoma

Antecedentes familiares y perfil de riesgo cardiovascular

Gamero De Luna E¹, Ramos Calero E², Mesa Rodríguez P³, Gamero Estévez E⁴

¹ Médico de Familia. UGC El Juncal. Sevilla

² Enfermero. DS Atención Primaria. Sevilla

³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC El Juncal. Sevilla

⁴ Investigador. Universidad McGill. Montreal. Canadá

Objetivos

Conocer las diferencias en el perfil de riesgo vascular (RV) en relación a la existencia de antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular (AFECV).

Diseño

Estudio descriptivo.

Emplazamiento

Atención primaria.

Material y método

Marco temporal: septiembre 2015-abril 2016.

Muestra: selección aleatoria de paciente que acuden a consulta tributarios de valoración del RV procedentes de 32 centros de atención primaria.

Variables: edad, sexo, factores de RV (FRV), lesión de órgano diana (LOD), enfermedad vascular (EV), AFECV y nivel de RV.

Fuente de información: herramienta de valoración del RV total de la historia de salud digital.

Análisis estadístico: programa R

Resultados

Se estudian 6352 pacientes, el 52,7% fueron mujeres. La media de edad fue de 58,6 años. El 59,3% presentó dislipemia, 49,9% hipertensión, 22,1% obesidad, 21% diabetes, 1,6% fumaba, el 9,7% tenía otros FRV, principalmente hiperuricemia, el 6,4% síndrome metabólico, el 5% LOD y el 6,3% EV.

El 11% de los pacientes tenían AFECV, sin diferencias entre sexo. El 8,1 % presentó dislipemia y AFECV positivos frente al 2,9% de los que no tenían dislipemia ($p < 0,0001$). La asociación también fue positiva ($p < 0,0001$) para otros FRV, nivel de RV (especialmente en los de muy alto RV) y agrupación de FRV. No hubo asociación con el resto de FRV, LOD o EV y fue negativa para diabetes.

Conclusiones

Los AFECV se encuentran presentes con más frecuencia en pacientes con dislipemia y otros FRV no clásicos. También presenta una relación creciente con el nivel de RV y el número de FRV que tenga el paciente.

Palabras Clave

Risk factors, Risk adjustment, Cardiovascular diseases

Colestasis en paciente con mononucleosis infecciosa

Calero Rojas M, Vega Romero M, Díaz Aguilar C

Médico de Urgencias. Hospital Montilla. Montilla (Córdoba)

Ámbito del caso

Urgencias hospital comarcal.

Motivos de consulta

Fiebre de una semana de evolución.

Historia clínica

Antecedentes personales: amigdalectomizado.

Historia clínica: Varón de 23 años que consulta a urgencias por fiebre de 7 días de evolución con astenia, algunos vómitos y coloración amarillenta de piel. Pendiente de analítica con serología solicitada por su médico de familia.

Exploración física: Afebril. Normotenso. Tinte subictérico de conjuntivas y piel. Adenopatías inflamatorias laterocervicales bilaterales. Orofaringe, otoscopia y auscultación cardiopulmonar normales. Abdomen: dolor leve a la palpación de epigastrio sin signos de irritación peritoneal, Murphy negativo y esplenomegalia.

Pruebas complementarias: Hemograma: 17400 leucocitos con linfomonocitosis. Frotis de sangre periférica urgente con frecuentes células mononucleares. Bioquímica: hiperbilirrubinemia (3,2) a expensas de directa con hipertransaminasemia (GPT 370, GOT 223). Ecografía abdominal: hígado de tamaño normal con pequeña área hiperecogénica de localización periférica en segmentos superiores. Porta y vía biliar de calibre normal. Vesícula biliar sin imágenes de litiasis ni signos inflamatorios. Páncreas sin alteraciones groseras. Esplenomegalia homogénea de 16 cm. Sin líquido libre.

Evolución: Valorado en una semana en consulta externa de medicina interna, se confirma la presencia de anticuerpos heterófilos frente a virus de Epstein Barr (VEB) así como IGM VEB positiva. Remitió la fiebre, se normalizó la bilirrubina y las transaminasas descendieron. En ecografía de control al mes no se visualizan lesiones hepáticas ni esplenomegalia, con porta, vía biliar y vesícula sin lesiones.

Conclusiones

El síndrome mononucleósido es causado en la mayoría de los casos por VEB, citomegalovirus, virus de inmunodeficiencia humana y toxoplasma y la clínica típica se caracteriza por la triada: dolor de garganta, fiebre alta y adenomegalias dolorosas, con compromiso variable del estado general, pero puede hacerlo constituyendo un cuadro de hepatitis colestásica, se trata de un cuadro benigno, autolimitado, con fiebre, ictericia y esplenomegalia como manifestaciones predominantes (comienzo atípico). Desde atención primaria no debemos olvidar que el VEB es uno de los gatillos ambientales más conocidos de trastornos autoinmunitarios, dentro de las que se incluye a la hepatitis autoinmune, por lo que el seguimiento de estos pacientes, y más aun los que poseen autoanticuerpos positivos, debe prolongarse más allá del período de manifestaciones clínicas.

Palabras Clave

Colestasis, humanos, mononucleosis infecciosa.

Dolor en miembro superior, pensar también en patología trombótica

Calero Rojas M, Moreno Osuna F, Recio Ramírez J

Médico de Urgencias. Hospital Montilla. Montilla (Córdoba)

Ámbito del caso

Urgencias de hospital comarcal.

Motivos de consulta

Dolor en miembro superior izquierdo.

Historia clínica

Antecedentes personales: dismenorrea en tratamiento con anticonceptivos orales desde hace 5 años.

Historia clínica: Mujer de 38 años derivada por su médico de atención primaria por tumoración axilar izquierda de 1 año de evolución, que desde hace 2 días le ha aumentado de tamaño, notando eritema, aumento de temperatura y dolor, además de parestesias en miembro superior izquierdo. No antecedente traumático ni esfuerzo. No fiebre.

Exploración física: Tumoración de unos 5 cm en región axilar izquierda que impresiona de adenomegalia, de consistencia firme y muy dolorosa a la palpación. Miembro superior izquierdo edematoso con dolor a la movilización. No adenopatías cervicales. Exploración mamaria normal. Auscultación cardiopulmonar y abdomen normales.

Pruebas complementarias: Hemograma con leve leucopenia. Dímero d 1165. Ecografía doppler de miembro superior izquierdo: trombosis venosa superficial de la basílica izquierda. Trombosis venosa profunda (TVP) de la axilar izquierda, parte de la subclavia y parte de braquiales. Lo que impresionaba de adenopatías corresponde a dilataciones de la vena basílica con trombo en su interior, formando un cordón dilatado.

Evolución: Se suspenden los anticonceptivos orales y se instaura tratamiento anticoagulante con enoxaparina y sintrom, se realiza estudio hospitalario con TAC abdominopélvico y craneal sin alteraciones, estudio de trombofilia normal. A los dos meses se encuentra asintomática con normalización del dímero d y de la ecografía doppler. Se retira anticoagulación y se mantiene ácido fólico.

Conclusiones

A diferencia de la TVP de miembros inferiores, los pacientes son más jóvenes, delgados, con mayor probabilidad de padecer cáncer y menor frecuencia de trombofilia hereditaria o adquirida. Se dividen en primarias, por compresión de la vena subclavia o relacionados con el ejercicio y secundarias, relacionadas con catéteres, cáncer, trombofilia, traumatismo o cirugía del miembro y de causa hormonal, como el uso de anticonceptivos orales que posiblemente causaron la patología de esta paciente. Aunque es una entidad poco frecuente (10% de todas las TVP), debemos pensar en ella ante el dolor de miembro superior con exploración compatible y más aún si presentan antecedentes relacionados, ya que precisa la instauración precoz de anticoagulación para minimizar las complicaciones y así mejorar el pronóstico.

Palabras Clave

Dolor, extremidad superior, trombosis.

Dolor costal que acabó con derrame pleural

Vázquez Alarcón R¹, Pérez Gómez S¹, García Vertedor C²

¹ Médico de Familia. CS Vera. Vera (Almería)

² Médica de Familia. Urgencias Hospital Costa del Sol. Marbella (Málaga)

Ámbito del caso

Mixto: atención primaria y especializada.

Motivos de consulta

Dolor costal derecho de 3 semanas de carácter mecánico.

Historia clínica

Antecedentes personales: camionero. Origen rumano.

Anamnesis: varón de 26 años que acude a consulta por dolor costal de 3 semanas de características mecánicas que no mejora con analgésicos simples o aines. Malestar general y disnea de mínimos esfuerzos en la última semana. Tos seca. No hemoptisis. Hiporexia con pérdida de 7 kg. No traumatismo previo.

Exploración física: auscultación cardiorespiratoria: tonos rítmicos sin soplos. MV disminuido en 1/3 inferior de hemitórax derecho.

Pruebas complementarias: saturación O₂: 94%. Radiografía de tórax: derrame pleural derecho que ocupa el tercio inferior derecho. Una semana después el derrame pleural ha aumentado con respecto a la previa. Ecografía abdomen: lámina de derrame pleural derecho. Hígado, vesícula biliar, páncreas, normales. Riñones con aumento de ecogenicidad cortical. Toracocentesis: exudado de predominio de PMN (en contra de TBC pulmonar, aunque un 15% de los derrames TBC en fase aguda pueden presentar predominio de PMN). Se repite posteriormente a la semana con predominio de PMN y 43% de eosinófilos, descartándose TBC. Analítica: leucocitos: 10.6 mil/mm³, eosinófilos: 12,6% (1-5). Fibrinógeno: 678 (182-532), TTPA : 38.4 (24.6-37,2), TP: 13.8 (8.5-13.3). Antígeno legionella pneumophila y neumococo negativo. Parásitos en heces: negativo. Cultivo baar: negativo. Mantoux positivo. Tac tórax: derrame pleural en 1/3 inferior de hemitórax derecho sin imágenes de neoplasias ni encapsulado.

Enfoque familiar: vive con su hermana, y al ser camionero ha visitado varios países donde ha mantenido relaciones sexuales de riesgo.

Juicio clínico: síndrome Löffler: derrame pleural eosinofílico derecho. Eosinofilia pulmonar simple.

Diagnóstico diferencial: IAM, neumonía de la comunidad, neumotórax, TBC, parasitosis, cáncer pulmonar, síndrome linfoproliferativo. Tromboembolismo pulmonar.

Conclusiones

Es importante realizar una adecuada historia clínica y gracias a la posibilidad de realizar radiografías en el centro de salud se pudo detectar el derrame pleural de forma temprana. En este paciente por los contactos de riesgo que tuvo se pensó en una TBC como primera posibilidad realizando estudio de contacto a la hermana. La presencia de más de 10% de eosinófilos descarta un derrame por TBC.

Palabras Clave

Abscess pyogenic, tuberculosis, cáncer.

Afasia motora repentina en mujer joven con antecedentes psiquiátricos

Correa Gómez V¹, Oualy-Ayach Hadra G¹, Vasco Roa T²

¹ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Úbeda. Jaén

³ Médico de Familia. DCCU Úbeda. Úbeda (Jaén)

Ámbito del caso

Atención primaria, urgencias, neurología y psiquiatría.

Motivos de consulta

Afasia motora de 6 horas de evolución.

Historia clínica

Mujer de 31 años, llega a consulta por la tarde. Politoxicómana, sin alergias medicamentosas conocidas, con antecedentes personales de síndrome ansioso-depresivo, trastorno límite de la personalidad y del control de los impulsos; en seguimiento por salud mental desde hace años, tras varios intentos de autolisis. En tratamiento con ácido valproico, diazepam, fluoxetina y lormetazepam. Con relaciones familiares conflictivas (no se habla con los padres y peleas continuas con hermana menor), soltera, sin trabajo. Presenta sentimiento de soledad permanente, actualmente consumidora habitual de cocaína.

Refiere comienzo de intensa cefalea frontal esa misma mañana, que ella relaciona a causa de problemas personales. Tras ceder ésta con medicación analgésica, una hora después, comienza proceso de afasia. En la exploración neurológica el único dato que se aprecia es la afasia con comprensión del lenguaje. Resto de exploración por órganos y aparatos normal.

Dado el cuadro agudo y edad de la paciente, se deriva a urgencias hospitalarias para realización de pruebas complementarias, entre ellas un TAC craneal, siendo todas normales. Se ingresa en hospital, es valorada tanto por neurología (todo dentro de la normalidad) como por psiquiatría. De manera espontánea la paciente comienza a decir frases sueltas. Finalmente es dada de alta con diagnóstico de alteración del habla de probable origen conversivo.

Sigue con controles por parte de salud mental. Desde atención primaria se realizará un seguimiento exhaustivo tanto de la clínica, cumplimiento terapéutico y apoyo para abandono de hábitos tóxicos.

Conclusiones

El trastorno conversivo se caracteriza por la presencia de signos neurológicos en la exploración física que sugieren una enfermedad neurológica. Los hallazgos exploratorios resultan incongruentes y las pruebas complementarias son normales. Es frecuente la aparición de la clínica tras un factor psicológico precipitante. Los síntomas no los produce el paciente de forma voluntaria. Más frecuente en mujeres, de menor nivel cultural y en la adolescencia. Los episodios agudos asociados a una situación estresante suelen recuperarse espontáneamente, aunque evoluciona peor si la personalidad previa es patológica. En el tratamiento será más útil la psicoterapia que la farmacología.

Palabras Clave

Young, afasia, mental disorders.

Las gastroenteritis también se merece un respeto

Correa Gómez V¹, Oualy-Ayach Hadra G¹, García Martín M²

¹ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Úbeda. Jaén

³ Médico de Familia. DCCU Úbeda. Úbeda (Jaén)

Ámbito del caso

Atención primaria, urgencias y nefrología.

Motivos de consulta

Diarrea y vómitos de 5 días de evolución.

Historia clínica

Varón de 56 años, sin alergias medicamentosas conocidas, antecedentes personales de hipertensión arterial y diabetes; sufrió accidente cerebrovascular isquémico en 2004 sin secuelas. En tratamiento con losartán, amlodipino, atorvastatina, ácido acetilsalicílico y metformina. No hábitos tóxicos, agricultor, casado y con 2 hijos.

Acude a consulta de atención primaria refiriendo cuadro de 5 días de evolución con diarreas líquidas, sin presencia de productos patológicos, en número de 6- 7 deposiciones diarias; y vómitos de repetición tras cualquier ingesta. Se asocia intenso dolor abdominal generalizado, oliguria en días previos y anuria en el último día. En la exploración abdominal hay aumento de ruidos hidroaéreos y dolor generalizado a la palpación; puño percusión renal bilateral negativa. Resto de exploración por aparatos y sistemas normal.

Se deriva a urgencias hospitalarias para rehidratación y realizar pruebas complementarias. La bioquímica muestra una creatinina de 20.61, urea de 311 y k 6.7. En la gasometría, PH 6.94 y bicarbonato 3.9. Fracción de excreción de sodio (FENA) de 0.66. Y la ecografía abdominal con hallazgos dentro de la normalidad; riñones de tamaño y morfología normal.

Se diagnóstica de fracaso prerrenal agudo y se comienza a corregir alteraciones del potasio y de acidosis metabólica, además de la rehidratación y el sondaje vesical; se ingresa en nefrología para inicio de hemodiálisis. Después de 10 días, tras normalización de creatinina, se da de alta con cita de revisión.

Por parte de atención primaria seguirá con tratamiento habitual, sin necesidad de realizar medidas específicas ya que el cuadro agudo se ha resuelto.

Conclusiones

El fracaso prerrenal agudo consiste en una disminución del filtrado glomerular de instauración repentina; se produce aumento de creatinina y urea, junto a alteraciones hidroelectrolíticas y del equilibrio ácido- base. Se caracteriza por una FENA menor del 1% y sodio urinario menor de 20 meq/l. La causa más frecuente es la hipovolemia (vómitos y diarrea, hemorragia, diuréticos...). El tratamiento consistirá en la corrección de las alteraciones electrolíticas y equilibrio ácido-base, reposición hidrosalina y, si cifras elevadas de urea y creatinina se indicará diálisis.

Palabras Clave

Gastroenteritis, oliguria, acute kidney injury.

Úlceras digitales y claudicación intermitente en mujer joven fumadora

Suárez Rodríguez M¹, Mora Moreno F², Peña Guerrero P³

¹ Médico de Familia. Consultorio La Antilla. UGC Lepe. Huelva

² Médico de Familia. UGC Molino De La Vega. Huelva

³ Médico de Familia. Consultorio Santiponce. UGC Camas. Sevilla

Ámbito del caso

Atención primaria y hospitalaria.

Motivos de consulta

Dedos de las manos dolorosos, fríos y cianóticos.

Historia clínica

Mujer de 41 años con hipertensión arterial y glucemia basal alterada. Sobrepeso. Fuma 20 cigarrillos/día. Bebedora ocasional de cerveza. Sin alergias, no ingresos ni cirugías previas. Padre fallecido de leucemia con 42 años.

Acude por dolor en ambas manos, acompañado de frialdad y cianosis. Tratamos con deflazacort 30mg/24h pauta descendente. Pasados 6 meses aparecen úlceras en pulpejo de 2º y 3er dedos de mano derecha. A los 10 meses del inicio de la sintomatología frialdad y parestesias en pies y pierna izquierda, dolor intermitente que mejora en reposo. 13 meses después: herida en talón izquierdo de resolución lenta.

Exploración: tensión arterial: brazo derecho 120/80, brazo izquierdo 110/80. Miembros superiores (MMSS): disminución de temperatura en 2º y 3er dedos de mano derecha, úlceras en pulpejos de dichos dedos, dolor al palpar. Pulso radial bilateral normal. Pulso cubital débil. Miembros inferiores (MMII): ausencia de pulsos pedios y tibiales posteriores bilaterales. Pies fríos. Exploración completa del resto de aparatos normales.

Pruebas complementarias: Analítica: glucosa 115. PCR 0'6. Factor reumatoide 5. Proteinograma: síndrome inflamatorio ligero. Resto normal (hemograma. Coagulación. Perfil lipídico, renal, hepático. Ana, antena, C-anca, P-anca. Anticardiolipinas. Crioglobulinas. Complemento. Serología lues, virus hepatitis B y C. Estudio de trombofilia). Ecocardiografía normal. Ecografía abdominal: esteatosis hepática leve-moderada. Angiotac aorta abdominal y MMII: dificultad para llegar el contraste a nivel distal de ambos MMII, compatible con vasculitis de pequeño vaso y/o vasoconstricción periférica. Arteriografía MMSS: los hallazgos sugieren como primera posibilidad diagnóstica enfermedad de Buerger.

Juicio clínico: enfermedad de buerger (tromboangeítis obliterante)

Tratamiento: abandono tabáquico. Ejercicio físico moderado. Controlar factores de riesgo cardiovasculares. Evitar exposición al frío. AAS 100mg/24h. Cilostazol 100mg/12horas.

Evolución: clara mejoría tras abandonar por completo el tabaco. Buena respuesta al tratamiento.

Conclusiones

La enfermedad de Buerger, también llamada tromboangeítis obliterante, es una vasculitis de pequeños vasos que afecta principalmente a jóvenes y fumadores importantes. Debemos promover el abandono del tabaco en nuestros pacientes fumadores, principalmente en los que tienen factores de riesgo cardiovascular.

Palabras clave

Úlcer (ulcera), intermittent claudication (claudicación intermitente), smoking (tabaquismo).

¿Qué puede esconder una neumonía de lenta resolución?

Urbano Olmo B¹, García Jiménez A²

¹ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Los Carteros. San José de La Rinconada. Sevilla

² MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Alamillo. Sevilla

Ámbito del caso

Urgencias hospitalarias. Atención primaria. Neumología

Motivos de consulta

Hemoptisis. Disnea. Malestar general con escasa mejoría.

Historia clínica

Paciente mujer de 83 años.

Antecedentes personales: No hábitos tóxicos. HTA, DM tipo 2. Ca. Basocelular en 2013. Anemia normocítica y eosinofilia estudiados en hematología, sin significado. Esteatosis hepática. Litiasis renal izqda. Atrofia renal izqda. Tratamiento habitual: metformina, delapril/manidipino, furosemida, simvastatina.

Historia clínica consulta en urgencias en abril de 2015 por hemoptisis en el contexto de cuadro catarral de una semana de evolución con tos y expectoración matutina. No fiebre ni ninguna otra sintomatología. En tratamiento (3 dosis) con amoxi/clav. Por amigdalitis.

Exploración: AR con hipoventilación generalizada, resto normal. RX tórax: hilios engrosados. Se da de alta y se deriva a neumología, donde se solicita TC tórax (lesión de condensación con mínimo broncograma aéreo LID. impresiona de lesión inflamatoria como primera posibilidad).

Se decide nuevo control con TC en 5 meses y revisión posterior. Mientras, la paciente empeora, volviendo a acudir a servicio de urgencias en dos ocasiones más, donde se da de alta con JC de neumopatía cronicada en estudio, se prescribe tratamiento antibiótico y se deriva al alta, con cita para consulta rápida en neumología. En cita de revisión por este servicio, la paciente se encuentra más disneica y refiere malestar general, astenia y empeoramiento de su estado general, a pesar de tratamiento con varios ciclos antibióticos, habiéndose atribuido su sintomatología a una posible neumonía de lenta resolución. Se revisa TC de control en el que se objetiva derrame pleural derecho, con consolidación y hepatización con atelectasia de LID y LM.

Tras ingreso de la paciente, se realizó fibrobroncoscopia y toma de biopsia, con resultado de hallazgos citológicos indicativos de carcinoma.

Conclusiones

Es preciso realizar una buena y completa historia clínica ante cualquier paciente que consulta en varias ocasiones por un mismo motivo o empeoramiento de síntomas iniciales. Ante la falta de respuesta a varios tratamientos, es necesario plantearse diferentes diagnósticos y la necesidad de precocidad en realizar nuevas pruebas complementarias. Es imprescindible desde atención primaria, prestar atención a sintomatología a priori banal, que puede esconder procesos de mayor gravedad.

Palabras Clave

Pneumonía, pneumonia bacterial, dyspnea.

Cadasil: una enfermedad rara con herencia autosómica dominante

Suárez Rodríguez M¹, Peña Guerrero P²

¹ Médico de Familia. Consultorio La Antilla. UGC Lepe. Huelva

² Médico de Familia. Consultorio Santiponce. UGC Camas. Sevilla

Ámbito del caso

Atención primaria y hospitalaria (neurología).

Motivos de consulta

Cefalea opresiva, parálisis facial izquierda, hemiparesia y hemihipoestesia izquierda.

Historia clínica

Varón de 31 años con dislipemia mixta, asma bronquial, pielonefritis, amigdalotomía en infancia. Alérgico a ibuprofeno. Fumador. Madre fallecida por hemorragia cerebral (49 años). Abuela materna e hija mayor (10 años): cefaleas. Abuela paterna Alzheimer.

Consulta por cefalea parietal derecha opresiva de días de evolución, tratada con analgésicos habituales. Súbitamente presenta hemiparesia izquierda, hemihipoestesia izquierda y parálisis facial izquierda. Se deriva al hospital como código ictus, donde realizan fibrinólisis.

Posteriormente nuevo episodio de cefalea opresiva, esta vez occipital derecha, disartria, hemiparesia y hemihipoestesia izquierdas. 3 meses después cefalea occipital constante, continuando la pérdida de fuerza en extremidades izquierdas, pérdida de memoria.

Exploración: parálisis facial izquierda central. Hemiparesia izquierda con balance muscular 4/5 en miembro superior izquierdo (MSI) y 3/5 en miembro inferior izquierdo. Hiperreflexia generalizada de predominio en MSI. Hemihipoestesia táctil izquierda. Leve claudicación de extremidades izquierdas. Bipedestación y marcha alteradas. Deterioro cognitivo ligero de multidominio (memoria, velocidad de procesamiento y fluencia verbal). Leve disartria.

Pruebas complementarias: Hemograma y bioquímica (glucemia, perfil renal, hepático, lipídico): normales, salvo triglicéridos 309. Estudio de coagulabilidad: déficit de homocisteinemia secundario a déficit de ácido fólico. Resonancia magnética (RM) craneal: lesión en sustancia blanca subcortical frontal derecha de aspecto hipóxico-isquémica. Lesión en sustancia blanca subcortical temporal profunda izquierda compatible con infarto lacunar. Malformación Arnold-Chiari tipo-I. Arteriografía normal. Holter ECG: 122 extrasístoles ventriculares, monomorfas, algunas en pauta de trigeminismo y 16 extrasístoles supraventriculares aisladas. Estudio genético: mutaciones del gen noTCh3 compatible con arteriopatía cerebral autosómica dominante con infartos subcorticales y leucoencefalopatía (cadasil).

Diagnóstico diferencial: ictus; migraña hemipléjica; leucoencefalopatía de Bingswanger; demencia vascular.

Juicio clínico: enfermedad de cadasil.

Tratamiento: ácido fólico 5mg/24h. Clopidogrel 75mg/24h. Atorvastatina 80 mg/24h. Gemfibrozilo 900mg/24h. Verapamilo 240mg/24h.

Evolución: en dos años 17 episodios con 8 fibrinolisis. Recuperación parcial posterior en 10-20 días y empeoramiento progresivo de su estado residual tras cada ataque.

Conclusiones

La enfermedad de cadasil es una enfermedad cerebrovascular hereditaria progresiva que genera alteraciones motoras, sensoriales, deterioro cognitivo y demencia. Las primeras manifestaciones aparecen en jóvenes. En Europa, su prevalencia estimada varía entre 1/50.000-1/25.000. Sólo existe tratamiento sintomático.

Palabras Clave

Headache (cefalea), paresis (paresia), dementia (demencia).

Ampliando fronteras en nuestra sospecha clínica

García Jiménez A¹, Urbano Olmo B²

¹ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Alamillo. Sevilla

² MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Los Carteros. San José de La Rinconada. Sevilla

Ámbito del caso

Consulta de atención primaria y de atención especializada.

Motivos de consulta

Cefalea y crisis comiciales.

Historia clínica

Antecedentes personales: sin interés.

Enfoque familiar y comunitario: origen boliviano residente hace 10 años en España convive con su mujer e hijo ambos sanos.

Anamnesis: hombre de 43 años que acude a la consulta en varias ocasiones por cefalea crónica que no responde totalmente a tratamiento. Posteriormente, durante una estancia en su país hace unos meses, presentó episodio de crisis tónico clónica generalizada, por lo que se realizó RM craneal (la cual aporta) y donde se visualizan múltiples lesiones quísticas de ubicación subaracnoidea y parenquimatosa cortical; por esto, se le diagnosticó de proceso infeccioso que no sabe especificar y recibió tratamiento para el mismo.

A su vuelta, acudió a nuestra consulta, encontrándose asintomático, desde donde se derivó a servicio de enfermedades infecciosas, que solicitó ampliación de estudio y se consultó con neurología para valorar tratamiento anticomitial.

Pruebas complementarias: RNM craneal, serologías cisticerco, sífilis, VIH y Chagas, parásitos en heces, EEG

Juicio clínico: neurocisticercosis. Crisis convulsivas secundarias. Enfermedad de Chagas. Sífilis tratada.

Evolución: tras ingreso y tratamiento con albendazol, praziquantel, dexametasona y levetiracetam el paciente continua asintomático y sin crisis. Seguimiento por neurología e infecciosas.

Conclusiones

En los últimos años la población inmigrante regularizada se ha incrementado, lo que supone un cambio en el abordaje al paciente desde la consulta de atención primaria por la aparición de nuevos grupos de enfermedades (importadas, adaptativas, de reacción, etc.). Por esto, a la hora de abordar una demanda clínica, debemos no sólo valorar la sintomatología del paciente, sino también situarlo en un contexto social adecuado.

Palabras Clave

Headache disorder, segures, neurocysticercosis.

Debut atípico de enfermedad de Behcet: uveítis posterior bilateral en paciente pediátrico

Moreno Fontiveros M¹, Rodríguez Tejada N², Martín Benítez P³

¹ Médico de Familia. CS Estepa. Sevilla

² Enfermera. CS Cañada Del Rosal. Cañada Del Rosal (Sevilla)

³ Médico de Familia. CS El Campillo. El Campillo (Sevilla)

Ámbito del caso

Urgencias.

Motivos de consulta

Paciente de 9 años con disminución progresiva de la visión, moscas volantes. No conjuntivitis ni dolor ocular.

Historia clínica

Paciente de 9 años que presenta disminución progresiva de la visión y moscas volantes. No conjuntivitis ni dolor ocular. Xerosis y leve hiperqueratosis en codos y rodillas inespecíficas. No otra sintomatología acompañante. Derivado por su pediatra es valorado en consulta urgente de oftalmología siendo diagnosticado de uveítis posterior bilateral.

Análítica general sin hallazgos patológicos. Dado el diagnóstico se deriva a servicio de pediatría general, donde se completa el estudio destacando ANA negativo y HLA b51 positivo.

Se le diagnostica de uveítis posterior bilateral con HLA b51 positivo. Comienza tratamiento con metotrexate 12.5 mg subcutáneo y ácido fólico, con buena respuesta. a los 5 años, el paciente presenta aftas orales de repetición autolimitadas, por lo que se re evalúa y se le diagnostica de enfermedad de Behcet.

Conclusiones

La enfermedad de Behcet es una colagenosis de etiología desconocida, patogenia autoinmune, mediada por inmunocomplejos y complemento que se depositan en los vasos. es de escasa prevalencia en nuestro medio. La asociación con antígenos HLA-b5 y HLA-b51 es frecuente. los síntomas clínicos están presididos por iridociclitis y ulceraciones recidivantes en mucosas oral y genitales, parecidas a las producidas por virus herpes; son dolorosas, duran días o semanas y curan sin dejar cicatriz. Artritisartralgias en el 50 % de los niños, afectación SNC 20%. Uveítis anterior y posterior están presentes en el 50% de los pacientes. el diagnóstico es clínico y la identificación de HLA-b5 y HLA-b51 lo apoyan. Tratamiento inicial son corticoides.

Palabras Clave

Uveítis, behcet, uveal disease.

Pericarditis fibrinoide

Bermúdez Torres F, Salva Ortiz N, González Contero L

Médico de Familia. Urgencias. Hospital Santa María Del Puerto. El Puerto De Santa María (Cádiz)

Ámbito del caso

Atención primaria y urgencias hospitalarias.

Motivos de consulta

Paciente de 62 años que acude a urgencias por fiebre y disnea.

Historia clínica

Paciente de 62 años, sin alergias y con antecedentes de hipertensión arterial; que acudió a su médico de familia por presentar tos, fiebre y sensación disneica de dos semanas de evolución, tratado como infección respiratoria. Ante la falta de mejoría, acude a urgencias refiriendo aumento de la disnea hasta hacerse de mínimos esfuerzos, con desaparición de la fiebre. Niega recorte de la diuresis, ni edemas pero sí ortopnea.

Exploración física completa dentro de la normalidad salvo auscultación respiratoria con crepitantes bibasales e ingurgitación yugular.

Pruebas complementarias: Hemograma y bioquímica normal. Coagulación normal salvo dimero- D 1.407. ECG: ritmo sinusal a 75 lpm, con bajo voltaje, con PR y eje normal, sin TTNO agudo de la repolarización. Radiografía de tórax: cardiomegalia importante, pequeño derrame pleural bilateral con ocupación de ambos senos costofrénicos, no afectación de parénquima pulmonar. Tac torácico: no signos de TEP. Gran derrame pericárdico, derrame pleural bilateral más abundante en el lado dcho. Atelectasia subsegmentaria en LID. Ecocardio de urgencias: fevi normal. Derrame pericárdico severo con colapso de aurícula y ventrículo derecho.

Ante los hallazgos encontrados, se traslada a hospital de referencia al servicio de cirugía cardiovascular, donde se realiza pericardiotomía subxifoidea y evacuación de 1.000 cc de líquido hemático. Informe anatomopatológico: membrana pericárdica con acentuada exudación de fibrina, hiperplasia de células de revestimiento y fibrosis parietal (pericarditis fibrinoide). El paciente permanece asintomático y es enviado a nuestro hospital, siendo dado de alta con evolución favorable.

Conclusiones

La cardiomegalia en la radiografía de tórax no sólo es signo de miocardiopatía por insuficiencia cardíaca o cardiopatía hipertensiva. Es importante tener presente el resto de diagnósticos diferenciales, apoyándonos en signos, síntomas y pruebas complementarias para llegar al diagnóstico final y realizar un correcto tratamiento

Palabras Clave

Chest pain, pericarditis, fibrinoid

Cuerpo extraño en esófago

Bermúdez Torres F, Salva Ortiz N, González Contero L

Médico de Familia. Urgencias. Hospital Santa María Del Puerto. El Puerto De Santa María (Cádiz)

Ámbito del caso

Atención primaria y urgencias hospitalarias.

Motivos de consulta

Mujer de 45 años acude por intenso dolor en la garganta.

Historia clínica

Paciente de 45 años, sin alergias medicamentosas ni antecedentes de interés, que acude a consulta de su médico de familia por presentar odinofagia de cuatro días de evolución, que relaciona con la ingesta de pescado ("cree se ha tragado una espina"). No otra clínica acompañante.

A la exploración, buen estado general, eupneica en reposo. Orofaringe normal sin apreciarse cuerpo extraño. Es derivada a urgencias hospitalarias para valoración por otorrinolaringólogo. A su llegada a urgencias, refiere aumento del dolor respecto al inicio del cuadro que localiza en región inferior izquierda del cuello y se acentúa con la deglución, sin fiebre. Interconsulta con otorrino, quien realiza fibrolaringoscopia normal. Se recomienda endoscopia digestiva alta. Endoscopia digestiva alta: en esófago proximal se ven erosiones múltiples, inferiores a 5 mm, pero no se observa cuerpo extraño.

Ante la persistencia de la sintomatología solicitamos TAC de cuello: se visualiza cuerpo extraño lineal, de unos 23 mm de longitud y 2 mm de grosor que se localiza en la pared lateral izquierda de la porción superior del esófago cervical, a la altura de C6-C7, perforándola y extendiéndose extraluminalmente hasta un nivel inmediatamente posteromedial a la arteria carótida común izquierda. Existen burbujas de aire extraluminal y aumento de la grasa paraesofágica adyacentes al cuerpo extraño compatible con edema o flemón.

Se realiza cervicotomía, extracción de cuerpo extraño, drenaje del absceso (cultivo positivo a streptococcus pneumoniae y streptococcus milleri) y antibioterapia; con evolución favorable de la paciente.

Conclusiones

Cuando un paciente refiere sensación de cuerpo extraño persistente, el no visualizarlo no equivale a que no lo tenga. Si persiste la sintomatología, hay que reevaluar y realizar pruebas complementarias para descartar del todo la ausencia de cuerpo extraño, contactando con los especialistas oportunos.

Palabras Clave

Strange body, esophagus, dysphagia.

Discinesia oromandibular

Bermúdez Torres F, Salva Ortiz N, González Contero L

Médico de Familia. Urgencias. Hospital Santa María Del Puerto. El Puerto De Santa María (Cádiz)

Ámbito del caso

Atención primaria y urgencias hospitalarias.

Motivos de consulta

Paciente de 16 años acude por dificultad para mover la mandíbula.

Historia clínica

Paciente de 16 años, sin alergias medicamentosas, con antecedentes de hipotiroidismo, en tratamiento con levotiroxina; que acudió a su médico de familia por presentar estreñimiento de una semana de evolución y dispepsia, iniciando tratamiento con cleboprida/simeticona y laxantes. Tras 48 horas de iniciar el tratamiento acude a urgencias por presentar dificultad para movilizar la mandíbula lo cual le dificulta el hablar e intenso nerviosismo.

Exploración: Tª 36,7ºC. TA 140/75 mmhg. FC 88 LPM SATO2 100%. Consciente y orientado. Muy angustiado, movimientos de lateralización de la mandíbula hacia la derecha que dificultan el lenguaje, contractura de la musculatura de la lengua con apariencia de verticalidad, voz gangoso. Eupneico. Resto de la exploración física y neurológica sin alteraciones.

Ante sospecha de extrapiramidalismo por la toma de cleboprida, iniciamos tratamiento con biperideno y diazepam, con desaparición de la sintomatología; y tras varias horas en observación es dado de alta.

Conclusiones

Destacar la importancia del conocimiento de los fármacos que toman los pacientes que acuden a nuestra consulta. Es necesario tener presente que la actividad antidopaminérgica a nivel del sistema nervioso central, de los fármacos como cleboprida, domperidona o metoclopramida es la causa de su principal efecto adverso: las reacciones extrapiramidales, sobre todo en niños y ancianos.

Palabras Clave

Drugs, dyskinesia, facial.

Disartria y herpes zóster

Bermúdez Torres F, Salva Ortiz N, González Contero L

Médico de Familia. Urgencias. Hospital Santa María Del Puerto. El Puerto De Santa María (Cádiz)

Ámbito del caso

Atención primaria y urgencias hospitalarias.

Motivos de consulta

Paciente de 77 años que acude a urgencias por presentar alteración del lenguaje.

Historia clínica

Varón de 77 años, sin alergias medicamentosas, con antecedentes de hipertensión arterial e hipercolesterolemia en tratamiento farmacológico; que acude a su médico de familia por presentar desde hace 6 días inicio cuadro de dolor urente en nalga izquierda irradiado a miembro inferior izquierdo y posterior erupción de lesiones eritemopapulosis en nalga y cara posterior del muslo izquierdo. Dichas lesiones se transforman en vesículas y posteriormente en pústulas. Al tercer día de la erupción acude a su médico, le diagnostica de herpes zóster y le pauta tratamiento con brivudina. Al tercer día de iniciar el tratamiento, comienza con alteración en el lenguaje, sin disminución del nivel de conciencia ni cefalea ni otra focalidad neurológica aparente. No fiebre.

Exploración: buen estado general, eupneico en reposo, estable hemodinámicamente, afebril. Exploración física completa normal salvo lesiones vesiculo-pustulosa en nalga izda. Exploración neurológica normal, salvo disartria.

Pruebas complementarias: Analítica con hemograma, bioquímica y coagulación normal. Radiografía de tórax y electrocardiograma normal. TAC craneal sin hallazgos de interés. Punción lumbar normal.

Ante la persistencia de focalidad neurológica se ingresa al paciente ante la sospecha de encefalitis vírica, siendo estudiado por medicina interna, retirando brivudina con mejoría de la sintomatología. Se realiza TAC craneal de control y electroencefalograma normal.

La desaparición de la sintomatología aparece con la retirada de brivudina, por lo que se realiza revisión destacando que la clínica puede ser efecto adverso de dicho medicamento. Asintomático al alta.

Conclusiones

Ante pacientes con focalidad neurológica hay que realizar un correcto y completo diagnóstico diferencial descartando las causas más graves; siendo imprescindible la reevaluación clínica, y de pruebas complementarias; y conocer los efectos adversos de los medicamentos de reciente comienzo que puede dar sintomatología inesperada.

Palabras Clave

Dysarthria, herpes, virus.

Miocarditis por gripe a. A propósito de un caso

López Ocaña F¹, Gilsanz Aguilera N², Ortiz Navarro B³

¹ Médico de Familia. DCCU Estepona. Estepona (Málaga)

² Médico de Familia. CS Alora. Alora (Málaga)

³ Médico de Familia. DCCU San Pedro. San Pedro De Alcántara (Málaga)

Ámbito del caso

Urgencias de atención primaria y hospitalaria.

Motivos de consulta

Disnea progresiva de una semana de evolución con empeoramiento súbito.

Historia clínica

Antecedentes personales: mujer 63 años. Diabetes mellitus tipo 2. exfumadora. Hipotiroidismo subclínico. Intervenida de neo de mama en 2005, libre de enfermedad. Sin tratamiento actual.

Anamnesis: acude a urgencias del centro de salud por empeoramiento de disnea con sudoración intensa y sin dolor torácico. Refería también cuadro catarral con tos y astenia de una semana de duración.

Exploración: regular estado general con gran taquipnea (más de 20 RPM). Tensión arterial: 190/110. Tª: 35.5 °C, SAT. O2: 83%, glucemia: 243 mg/dl. Habla entrecortada. Sudoración. AC: R y R, sin soplos ni roces. AP: MVC con roncus y crepitantes dispersos. EEII sin edemas ni signos de TVP. ECG: taquicardia sinusal a 130 lpm. Descenso generalizado del ST.

Tratamiento y planes de actuación: en centro de salud se instauró tratamiento vasodilatador, broncodilatador y deplectivo, así como ventilación con CPAP Boussinag y traslado hospitalario.

Pruebas complementarias: analítica: HB 16.1, leucocitos 15.590 con 53% linfocitos, plaquetas 305000, glucosa 181. Creatinina: 0.76. NA 137, potasio: 4.2. PCR 13.7. Lactato 2.2. GOT 49, GPT 96, TSH 1.2. Gasometría: PH: 7.25. Po2 67.1, PCO2: 45.8. HCO3 19.8. Hemocultivos y urocultivos negativos. RX tórax: ICT normal. HTVC IV/IV. Ecocardiograma: VI de tamaño limítrofe, con acinesia anteroseptomediopical, latero medioapical y discinesia inferior. Función sistólica global severamente deprimida (fevi 25%). Coronariografía sin lesiones significativas. Ventriculografía: vi dilatado con hipoquinesia severa global y disfunción sistólica severa. PCR gripe a: positiva.

Juicio clínico: insuficiencia cardíaca aguda secundaria a posible miocarditis por gripe a. Dvi severa.

Evolución: en el hospital precisa soporte respiratorio inicial con VMNI. Se instaura tratamiento con ceftriaxona, oseltamivir y levofloxacin, por sospecha inicial de neumonía comunitaria. Ingres en uci para estabilización donde tiene buena evolución. Se traslada a planta de cardiología y se confirma PCR positiva a gripe a, continuando con oseltamivir. Buena evolución con tratamiento al alta para insuficiencia cardíaca.

Conclusiones

La gripe H1N1 debe tenerse en cuenta actualmente en el diagnóstico diferencial de la miocarditis viral, puesto que una instauración inmediata del tratamiento con oseltamivir puede modificar el curso clínico de la enfermedad.

Palabras Clave

Miocarditis, gripe a e insuficiencia cardíaca.

Tiroiditis en paciente con síndrome febril prolongado

López Ocaña F, García Rossi A

Médico de Familia. DCCU. Estepona. Málaga.

Ámbito del caso

Urgencias de atención primaria y hospitalaria.

Motivos de consulta

Fiebre de larga duración sin foco.

Historia clínica

Antecedentes personales: NAMC. Varón 36 años. Bombero de profesión. Sin tratamiento actual.

Antecedentes epidemiológicos: perro vacunado en domicilio. No antecedentes de visitas al campo. No picaduras de insectos. No enfermedades infecto-contagiosas en familiares ni entorno.

Anamnesis: acude a urgencias por cuadro de síndrome febril hasta 39.5°C de casi un mes de evolución de predominio vespertino tras accidente con caída al río mientras simulaba un rescate (fue tratado con amoxiclavulánico) tras el cual aparecen escalofríos, sudoración y tiritonas. Posteriormente inició tratamiento con azitromicina persistiendo sintomatología. También presenta pérdida de 5 kgs de peso en último mes acompañada de hiporexia. Aparición de adenopatía cervical derecha. Se deriva a urgencias hospitalarias ingresando en medicina interna para estudio.

Exploración: BEG, HD estable. Eupneico con SAT. O₂ basal de 98%. Cavidad oral sin aftas. C y c: adenopatía ITC derecha de tamaño <1 cm, móvil, no pétreo. Bocio. ACP: r y r, sin soplos, MVC sin ruidos sobreañadidos. Abdomen anodino. MMII: pulsos conservados y simétricos, sin edemas ni signos de TVP.

Pruebas complementarias: hemograma y bioquímica normal, PCR 78 y PCT 0.05, VSG 68, proteinograma normal, marcadores hepáticos y HIV negativos. Autoinmunidad negativa. Eje tiroideo: TSH 0.01 (frenada; hiperfunción tiroidea), T₄ libre: 48.8, T₃I 11.57, anticuerpos antiperoxidasa 14.11, anticuerpos antirreceptor TSH 0.65. Serología a sífilis, brucella y CMV negativas. Cultivo de orina negativo. RX de tórax sin hallazgos significativos. Ga de tiroides: se aprecia tiroides en posición habitual, disminuida de tamaño y un nivel de captación del radiotrazador disminuido. Tac de tórax, cuello y abdomen sin hallazgos de interés.

Juicio clínico: tiroiditis subaguda de probable etiología vírica.

Evolución y tratamiento: comienza tratamiento con corticoides, objetivándose desaparición de fiebre. se da de alta a domicilio con propranolol, prednisona, omeprazol e ibuprofeno, solicitando eco de tiroides programada y revisión por endocrino.

Conclusiones

La tiroiditis subaguda es una inflamación de la glándula tiroides que se produce generalmente tras una afectación de vías respiratorias altas. El tratamiento es mediante aines, o corticoides en casos más severos, así como tratar los síntomas de hipertiroidismo con betabloqueantes, no siendo eficaces los fármacos antitiroideos.

Palabras Clave

Tiroiditis, fiebre de origen desconocido e hipertiroidismo.

Intervención en paciente de 55 años con demencia precoz

Dalouh I¹, Gómez Zafra L², Orozco Casado N³

¹ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Torredonjimeno. Torredonjimeno (Jaén)

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Felipe. Jaén

³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Federico del Castillo. Jaén

Ámbito del caso

El caso se desarrolla principalmente en el área de atención primaria, y posteriormente en área hospitalaria.

Motivos de consulta

Paciente mujer de 55 años que acude a consulta de su médico de atención primaria porque sus hijos le notan fallos de memoria desde hace un año (Ej, no sabe dónde deja las cosas en casa, desorientación cuando cambia de domicilio). A la paciente le cuesta reconocer que tiene estos problemas y tiende a quitarle mucha importancia, refiere pérdida de 4 kg de peso en los últimos 6 meses.

Historia clínica

No alergias medicamentosas. No antecedentes de interés. Tratamiento actual: hierro oral. Familia nuclear en la etapa III del ciclo vital familiar (familia normofuncional). Red social de apoyo emocional le interacción social positiva; ave sin interés.

Exploración: MEC: 17/30. Fluencia verbal: animales en 1 min, FAS: 3/2/3. Test de reloj: 7 puntos. Pares craneales normales. Fuerza conservada en las 4 extremidades. Rems vivos y simétricos. Sensibilidad conservada. Exploración cerebelosa: normal. No rigidez ni bradicinesia no temblor. Confunde derecha-izquierda.

Análítica ConB12 y TSH normales; serología negativa. Tac craneal: no hallazgos patológicos.

Se deriva a la paciente al servicio de neurología, donde comienza tratamientos con donepezilo 5mg, 1 comprimido al día durante 15 días y estimulación cognitiva intensa. Pendiente de RMN craneal

Conclusiones

Destaca la implicación y seguimiento del médico de familia a la hora de detectar precozmente la demencia de la paciente y posterior derivación al servicio de neurología para estudio y valoración,, la implicación de la familia al darse cuenta de los fallos de memoria que presentaba la paciente. La paciente evoluciona de forma lenta y con deterioro a pesar del tratamiento farmacológico, la estimulación cognitiva no la realiza de forma continua y satisfactoria. Actualmente en estudio y seguimiento por el servicio de neurología.

Palabras Clave

Demencia, familia, neurología.

Eritema Ab Igne. A propósito de un caso

Pérez Ruiz A, Serrano Benavente R, Pérez Hueto M

Médico Adjunto DCCU. Hospital Comarcal La Axarquía. Vélez-Málaga (Málaga)

Ámbito del caso

Atención primaria, atención hospitalaria.

Motivos de consulta

Eritema en piernas.

Historia clínica

Anamnesis: mujer, 32 años. Sin antecedentes de interés ni consumo de tóxicos. Acude por eritema en ambos muslos con leve molestia en ellos. Tras anamnesis meticulosa, hallamos como único antecedente, que va a diario en bicicleta con mallas de lycra hasta las rodillas.

Exploración física: estable hemodinámicamente, afebril. Eritema reticulado en cara interior de ambos muslos, con molestias a la palpación superficial. Resto de exploración por aparatos, sin interés.

Pruebas complementarias: analítica de sangre con PCR y d-dímero normales.

Enfoque familiar: sin interés.

Juicio clínico: eritema AB Igne.

Diagnóstico diferencial: livedo reticularis, vasculitis.

Evolución: la paciente es dada de alta tranquilizando sobre la benignidad del caso pero aconsejando el uso de ropa transpirable para hacer deporte, y control por su médico.

Conclusiones

El eritema AB Igne es una afección de la piel producida por la exposición repetida a niveles de calor por debajo del umbral de la quemadura. Al principio se presenta con un patrón reticular transitorio con eritema suave y asintomático. Ante la exposición prolongada a la misma fuente de calor, el eritema se vuelve persistente con aparición de hiperqueratosis, atrofia, telangiectasias y en raras ocasiones ampollas subepidérmicas. Se han informado casos raros de transformación en carcinoma espinocelular y de células de Merkel.

Suele cursar de manera asintomática pero a veces puede haber picor leve o sensación de ardor. En la época de nuestros abuelos se daba sobre todo en las piernas relacionado con la utilización de braseros y mesas camillas. También en regiones como la parte baja de la espalda por la aplicación de botellas de agua caliente. Hoy día se han descrito casos en la cara anterior de los muslos, por apoyo continuo de ordenadores portátiles en ellos. En nuestro caso, el uso de ropa no transpirable mientras se realiza ejercicio físico intenso de forma repetida y continua, podría haber llevado a alcanzar altas temperaturas en los muslos con la consiguiente aparición del eritema AB Igne. El tratamiento es retirar la fuente de calor y se puede realizar tratamiento tópico con 5-fluorouracilo, hidroquinona o tretinoína, y láser.

Palabras Clave

Erythema, hot temperature, hyperpigmentation

Doctor, no puedo mover este brazo y nadie me cree

Pérez Ruiz A, Serrano Benavente R, Pérez Hueto M

Médico Adjunto DCCU. Hospital Comarcal La Axarquía. Vélez-Málaga (Málaga)

Ámbito del caso

Atención primaria, atención hospitalaria.

Motivos de consulta

Imposibilidad para mover el brazo izquierdo.

Historia clínica

Anamnesis: mujer, 39 años. Padece de síndrome ansioso-depresivo en tratamiento con antidepresivos y benzodiacepinas. Acude por tercera vez a urgencias por imposibilidad de movimiento en brazo izquierdo (MSI) tras caída casual hace 10 días.

Exploración física: parálisis braquial izquierda con hipoestesia en cara radial del antebrazo y anestesia en cara cubital.

Pruebas complementarias: RX cervical y MSI normales.

Enfoque familiar: sin interés.

Juicio clínico: neurapraxia braquial izquierda versus simulación.

Diagnóstico diferencial: neurapraxia, axonotmesis, neurotmesis, simulación.

Evolución: la paciente es valorada por traumatología siendo diagnosticada de neurapraxia versus simulación con cita en consulta en 1 semana. Acude a otro centro hospitalario y es ingresada para estudio. Se realiza resonancia magnética nuclear (RMN) y estudio neurofisiológico. RMN: protrusión discal central posterior en C4-C5 con leve contacto con el cordón medular sin compresión. Se confirma: abducción brazo 3/5, flexión codo 2/5, extensión codo 1/5, flexión muñeca 2/5, extensión muñeca 0/5, dedos en flexión; hipoestesia en cara radial de antebrazo y anestesia en cara cubital. Hallazgos compatibles con: lesión postganglionar incipiente del plexo braquial, o mononeuropatía cubital izquierda desmielinizante. Se prescribe tratamiento rehabilitador urgente que está realizando actualmente con buena evolución.

Conclusiones

La neuropraxia es el tipo más común de lesión del plexo braquial. Se define como la pérdida de la conducción nerviosa por daño en la vaina de mielina protectora que se produce por estiramiento del nervio. En el adulto se suele producir después de traumatismos, aunque existen otras causas como los tumores o las radiaciones ionizantes. Los síntomas pueden incluir un brazo inválido o paralizado, pérdida del control muscular del brazo, la mano o la muñeca y falta de sensibilidad en el brazo o la mano. El diagnóstico de estas lesiones es complejo, basándose en la determinación del número de raíces y nervios afectados y gravedad de la lesión neurológica. Puede ir desde una neurapraxia transitoria, hasta una rotura o arrancamiento del nervio; siendo utilizados estudios electroneurofisiológicos y pruebas de imagen para llegar al diagnóstico. El tratamiento incluye tratamiento del dolor, rehabilitación urgente y la cirugía para los casos de avulsión.

Palabras Clave

Brachial plexus bloCK, palsy, upper extremity.

Síndrome del piramidal. Causa poco frecuente de ciatalgia

Pérez Ruiz A, Serrano Benavente R, Pérez Hueto M

Médico Adjunto DCCU. Hospital Comarcal La Axarquía. Vélez-Málaga (Málaga)

Ámbito del caso

Atención primaria, atención hospitalaria.

Motivos de consulta

Dolor incapacitante en muslo derecho.

Historia clínica

Anamnesis: mujer, 37 años. Padece de hernia discal L5-S1. Acude a urgencias por ciatalgia intensa derecha de 2 semanas, sin mejoría a pesar de morfina 20 mg/12 horas, pregabalina (225 mg diarios) y diazepam. Presenta dolor en cara posterior del muslo derecho irradiado hacia el pie, con adormecimiento distal. No puede ponerse en pie.

Exploración física: no dolor a la palpación en columna lumbar. Dolor en región posterior de la cadera derecha irradiándose hasta el pie. Parestesias en pie homolateral. Lasegue negativo sin poder flexionar completamente la cadera por contractura severa del músculo piramidal.

Pruebas complementarias: RX dorso-lumbar normal.

Enfoque familiar: sin interés.

Juicio clínico: síndrome del músculo piramidal/piriforme derecho.

Diagnóstico diferencial: lumbalgia/lumbociatalgia, infecciones o tumores que compriman el nervio ciático, bursitis trocanterea, dolores referidos de articulaciones sacroilíacas, radiculopatías.

Evolución: la paciente es dada de alta aconsejando incorporarse a su vida normal, evitando estar tumbada y esfuerzos físicos. Disminuimos la dosis de morfínicos y añadimos antiinflamatorios. Insistimos en realizar fisioterapia precoz.

Conclusiones

El dolor lumbar es una causa muy frecuente de consulta en atención primaria. El síndrome del músculo piramidal es responsable de este dolor en un 1- 5% de los casos. Se produce por compresión del nervio ciático que pasa justo por debajo de él. Es un dolor profundo en la nalga, que se irradia hacia la parte posterior del muslo, pierna, incluso al pie, confundándose con una hernia discal lumbar. Puede haber hormigueo y entumecimiento en la pierna. Se suele palpar una gran contractura en la nalga y hay un "punto gatillo" desencadenante de los síntomas ya indicados, en el centro del glúteo. El paciente suele tener el pie del lado afectado más rotado hacia fuera por hipertonía del músculo.

El tratamiento comprende rehabilitación, electroterapia analgésica (TENS), antiinflamatorios y analgésicos. Si no hay mejoría se plantean infiltraciones de corticoides o anestésicos locales. Es importante tener en cuenta esta patología en casos de dolor lumbar con afectación glútea y dolor neuropático irradiado a miembros inferiores ya que un diagnóstico precoz facilita el tratamiento y en consecuencia, la pronta recuperación.

Palabras Clave

Low baCK pain, sciatic neuropathy, piriformis syndrome.

Enfermedad de Parkinson, el temblor no siempre es lo primero

Herrera Herrera S¹, Martínez García S²

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Valle. Jaén

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Federico Del Castillo. Jaén

Ámbito del caso

Atención primaria/ atención hospitalaria.

Motivos de consulta

Fallos de memoria.

Historia clínica

Paciente de 60 años que hace un año consultó por fallos cognitivos, detectados por su mujer "olvidaba nombres de calles por las que pasa a diario" y fue derivado a neurología donde se diagnosticó de fallos atencionales/amnésicos sin objetivar deterioro cognitivo, fue dado de alta sin precisar medicación. Tras un año acude porque le cuesta hablar, "se encasquilla". Continúa con fallos de memoria, con dificultad para entablar conversaciones, para encontrar la palabra que quiere decir. Maneja el dinero y el ordenador. Continúa realizando su trabajo habitual (agente de circulación en Renfe). Pierde el hilo al leer libros, le cuesta concentrarse. Algo apático.

Antecedentes personales: hipertensión y artritis gotosa.

Antecedentes familiares: madre con síndrome demencial (tipo vascular) de debut en la 8ª década.

En la exploración destaca una hipomimia facial leve, no temblor, leve rigidez leve en muñeca derecha y marcha con ausencia de braceo derecho.

Inicialmente no fueron necesarias pruebas complementarias.

Ante la sospecha de Parkinson, se vuelve a enviar a neurología donde se realiza Datscan donde se aprecia disminución de la densidad de transportadores dopaminérgicos presinápticos en estriado izquierdo y en putamen derecho, siendo diagnosticado de parkinsonismo asimétrico en estadio I de Hoehn y Yahr. Se pauta rasagilina y se asocia rivastigmina por deterioro cognitivo en fase leve asociado y se realizará seguimiento por neurología y atención primaria.

Al mes vuelve a consulta de atención primaria por ausencia de mejoría, continúa con dificultad llamativa respecto al lenguaje y regular respecto a la memoria. Además refiere no dormir por la noche. Se pauta lorazepam y se deriva a neurología para revisión de tratamiento, donde realizan ajuste de medicación pautando pramipexole+ rasagilina.

Conclusiones

La importancia de los trastornos del movimiento estriba no sólo en su dificultad diagnóstica, sino en que son infradiagnosticados, lo que conlleva un retraso del inicio del tratamiento. El médico de familia ocupa una posición privilegiada en su abordaje tanto en el diagnóstico ya que es clínico, como en el diagnóstico y tratamiento de las complicaciones no motoras.

Palabras Clave

Parkinson, diagnostic,treatment.

Ojo, con los colirios del ojo

Serrano Benavente R, Pérez Ruiz A, Pérez Hueto M

Médico Adjunto DDCU. Hospital Comarcal La Axarquía. Vélez-Málaga (Málaga)

Ámbito del caso

Atención primaria, atención hospitalaria.

Motivos de consulta

Dolor en hipogastrio y síndrome miccional.

Historia clínica

Anamnesis: mujer de 66 años sin antecedentes de interés que acude a nuestro servicio por cuadro de dolor en hipogastrio y dificultad en la micción de 3 días de evolución; se le prescribió tratamiento con butilbromuro de hioscina con empeoramiento y con anuria desde hace 24 horas. Refiere que desde hace 2 semanas está en tratamiento con colirio de ciclopentolato por herpes ocular.

Exploración física: TA 110/69, FC 110 lpm, FR 18rpm, SAT.O2 98%. Afebril. Aceptable le estado general, consciente, bien perfundida, afectada por el dolor. Pupilas midriáticas. Sequedad de piel y boca. Abdomen: blando y depresible, dolor en hipogastrio con globo vesical asociado. Resto normal.

Pruebas complementarias: analítica con creatinina de 3,12 resto normal. Sistemático de orina normal. Ecografía abdominal: vejiga con paredes engrosadas por globo vesical, riñones con leve ectasia. Resto normal.

Enfoque familiar: viuda sin hijos, vive sola.

Juicio clínico: síndrome anticolinérgico por colirio ciclopléjico

Evolución: tras colocación de sondaje vesical, presenta mejoría clínica con diuresis mayor de 2000 ml en 12 horas y normalización de creatinina. Se procedió a retirada del colirio y butilbromuro de hioscina quedando la paciente asintomática a las 24 horas.

Conclusiones

El síndrome anticolinérgico (SA) es una entidad frecuente secundaria al empleo de fármacos anticolinérgicos con efecto antimuscarínico, que habitualmente es infradiagnosticada. Su diagnóstico es clínico con manifestaciones como midriasis, incoordinación motora, náusea, vómito, alucinaciones, escalofríos, fiebre, sequedad de boca y piel, taquicardia, fotofobia, retención de orina, íleo paralítico, delirio, confusión y coma. Su diagnóstico es clínico. El tratamiento es a base de medidas de apoyo y fisostigmina.

Por lo tanto, previamente a la prescripción de cualquier fármaco, debemos tener en cuenta tanto sus indicaciones como sus posibles efectos secundarios; más en pacientes ancianos por su mayor riesgo de sufrir reacciones adversas medicamentosas. En concreto en el caso de los anticolinérgicos tener siempre en cuenta, por su frecuencia, el glaucoma agudo, la retención aguda de orina y los antecedentes de obstrucción intestinal.

Palabras Clave

Anticholinergics, anticholinergic syndrome, cyclopentolate.

Doctor, me crujen los talones

Serrano Benavente R, Pérez Ruiz A, Pérez Hueto M

Médico Adjunto DDCU. Hospital Comarcal La Axarquía. Vélez-Málaga (Málaga)

Ámbito del caso

Urgencia hospitalaria.

Motivos de consulta

Dolor talón izquierdo.

Historia clínica

Anamnesis: hombre de 70 años sin alergias medicamentosas, EPOC tipo enfisematoso severo, corticodependiente y con oxígeno domiciliario. En tratamiento: prednisona 5mg, spiriva, teofilina 200 mg, acetilcisteína. Exfumador hace 20 años. No bebedor. Acude a nuestro servicio de urgencias por dolor intenso y crujido en talón izquierdo de 7 días de evolución. Niega sobreesfuerzo o traumatismo. Los síntomas comenzaron con cuadro de reagudización de EPOC que trató con levofloxacin 500 mg.

Exploración física: dolor intenso en región aquilea izquierda con bultoma en la zona y crepitación, sin signo del hachazo. Arco doloroso a la dorsiflexión del pie. Resto de articulaciones sin alteraciones. No alteraciones vasculonerviosas. Resto normal.

Pruebas complementarias: analítica normal. Ecografía: engrosamiento del espesor del tendón de Aquiles izquierdo en su tercio central conservando la disposición.

Enfoque familiar: vive con su esposa.

Juicio clínico: tendinitis aquilea izquierda 2ª a levofloxacin.

Evolución: se suspendió el levofloxacin y mediante reposo, aines y tratamiento rehabilitador, se resolvió la sintomatología en dos meses.

Conclusiones

La tendinitis inducida por fluorquinolonas se caracteriza por su rápida instauración, afectar predominantemente a varones, al tendón de Aquiles bilateral, sin relación con la dosis y dependiente de la susceptibilidad individual. Puede aparecer desde el tercer día hasta la 5ª-6ª semana de iniciado el tratamiento. Frecuentemente la afectación es bilateral y los síntomas desaparecen al retirar el antibiótico. Como complicación puede aparecer la rotura del tendón pasadas al menos 3 semanas de tratamiento, siendo los factores de riesgo: edad > 60 años, tratamiento prolongado con glucocorticoides, insuficiencia renal, hemodiálisis, vasculopatía periférica, enfermedad reumática asociada y antecedente de tendinopatía previa por otra quinolona. El diagnóstico se basa en la exploración física, el antecedente farmacológico y la mejoría al retirar la medicación. La ecografía y la RM son útiles para mostrar alteraciones precozmente. El tratamiento es reposo, tratamiento sintomático y retirada de la quinolona. Debido al uso creciente de estos antibióticos en nuestra práctica diaria, cuando exista una tendinopatía de causa desconocida, con factores de riesgo de fragilidad tendinosa, debemos pensar en esta posibilidad como la causa desencadenante, ya que sólo la retirada del fármaco puede evitar la rotura del tendón.

Palabras Clave

Levofloxacin, tendinitis, achilles tendon.

Síndrome del ligamento arcuato

Serrano Benavente R, Pérez Ruiz A, Pérez Huet M

Médico Adjunto DDCU. Hospital Comarcal La Axarquía. Vélez-Málaga (Málaga)

Ámbito del caso

Urgencia hospitalaria.

Motivos de consulta

Dolor abdominal.

Historia clínica

Anamnesis: hombre, 27 años, diabético tipo I mal controlado y con trastorno ansioso-depresivo. Acude a servicio de urgencias en repetidas ocasiones por dolor intenso epigástrico de 1 año de evolución de predominio postprandial, pérdida de 50 kg de peso, sin otros síntomas y que cede con analgesia parenteral.

Exploración física: TA 110/69, FC 100 lpm, FR 18rpm, SAT.O2 98%, BMTEST 250. Afebril. REG, consciente, bien hidratado y perfundido. Palidez cutánea. Afectado por el dolor. Abdomen: blando y depresible, dolor en epigastrio sin signos irritativos, no masas ni megalias. Resto normal.

Pruebas complementarias: analítica, RX tórax, ecografía y entero RMN normales. Angio RMN: estenosis proximal en salida del tronco celiaco sugestivo de síndrome de compresión del tronco celiaco por ligamento arcuato medio. Arteriografía: tronco celiaco con estenosis severa paraostal por compresión extrínseca. Se realiza angioplastia con balón con buen control.

Enfoque familiar: sin interés.

Juicio clínico: síndrome del ligamento arcuato medio.

Evolución: a la semana de la angioplastia volvió con la misma clínica. Fue derivado a cirugía vascular e intervenido con buena evolución desde entonces y asintomático.

Conclusiones

El síndrome del ligamento arcuato es una patología poco conocida. Aparece compresión extrínseca del tronco celiaco por las fibras tendinosas del ligamento arcuato causando un cuadro de dolor intenso postprandial en epigastrio, pérdida de peso, soplo epigástrico y estenosis mayor del 75% en la angiografía selectiva. El diagnóstico de sospecha no es fácil, y muchos enfermos son diagnosticados de trastornos funcionales o enfermedades psiquiátricas. Algunos son sometidos a múltiples exploraciones incluyendo laparotomías exploradoras. En la actualidad este síndrome de compresión vascular es más fácil de identificar debido a la accesibilidad de técnicas de imagen más precisas y menos invasivas (angio-tac multicorte, angio-RMN, eco-doppler), pudiendo hacerse el diagnóstico con mayor precisión y la indicación quirúrgica con mayor seguridad y eficacia. Se recomienda el tratamiento quirúrgico realizándose sección del ligamento arcuato por vía laparoscopia, acompañado de revascularización del tronco celiaco en los casos necesarios con técnicas endovasculares (angioplastia, stent).

El conocimiento de esta entidad ante casos de dolor abdominal crónico sin causa evidente puede evitar el retraso diagnóstico y la consiguiente morbilidad.

Palabras Clave

Abdominal pain, mesenteric vascular disease, arcuate ligament.

Poroma ecrino en cuero cabelludo

Amodeo Arahal M¹, Molero Del Río M¹, Poyato Borrego M²

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Porvenir y Hospital Virgen Del Rocío. Sevilla

² MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital San Juan De Dios. Aljarafe (Sevilla)

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de consulta

Lesión en cuero cabelludo.

Historia clínica

Enfoque individual: mujer de 36 años. Fumadora de veinte cigarrillos diarios. Niega otros hábitos tóxicos y enfermedades. No realiza tratamiento habitualmente.

Anamnesis: acudió por presentar una lesión en cuero cabelludo de crecimiento lento desde hacía dos años no dolorosa ni pruriginosa pero que le ha sangrado en varias ocasiones al peinarse.

Exploración: lesión nodular exofítica de superficie congestiva y color eritematoso de un cm de diámetro, solitaria, no ulcerada en cuero cabelludo. (Imágenes)

Pruebas complementarias: anatomía patológica: lesión bien delimitada, endofítica, con una población de células poroides pequeñas basófilas con núcleo redondeado u oval monomorfo y escaso citoplasma, todas ellas monomorfas, formando islotes.

Enfoque familiar y comunitario: familia nuclear en etapa de extensión familiar con una hija. Elevado nivel sociocultural. Buen apoyo social por familiares y amigos.

Juicio clínico: poroma ecrino.

Diagnóstico diferencial: granuloma piogénico, hemangioma, carcinoma basocelular, queratosis seborreica, fibroma, porocarcinoma, melanoma nodular, melanoma amelanótico.

Tratamiento: extirpación quirúrgica.

Evolución: tras extirpación de la lesión hace cuatro meses ha evolucionado favorablemente, sin haberse objetivado recidiva.

Conclusiones

El poroma ecrino es un tumor formado a partir del acrosiringio (el epitelio del conducto ecrino en la epidermis). Es una de las lesiones de los anejos cutáneos más sencillas de reconocer en la práctica clínica habitual ya que son bastante similares entre ellas aunque es la histología lo que lo confirma. Aparece en palmas y plantas siendo menos frecuente en otros lugares como en cuero cabelludo. Se presentan en ambos sexos y principalmente en adultos siendo raro en niños. Es una lesión asintomática de superficie congestiva o erosiva, puede presentarse con ulceración y costra, crecimiento lento, color eritematoso aunque a veces pueden ser pigmentadas. Suelen ser lesiones solitarias pero se han descrito múltiples lesiones (poromatosis ecrina) en caso de displasia ectodérmica. Aunque se trata de un tumor benigno, se ha descrito la posibilidad de malignizar y convertirse en porocarcinoma. Su tratamiento es la extirpación quirúrgica.

Es importante el reconocimiento por el médico de atención primaria de este tipo de patologías porque su diagnóstico y tratamiento se puede llevar a cabo en este ámbito desde el programa de cirugía menor.

Palabras Clave

ECCRine poroma, minor surgery, primary care.

Neumonía por varicela

Molero Del Río M¹, Amodeo Arahal M¹, Sánchez De León Cabrera M²

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Porvenir. Sevilla

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Arenas De San Juan. Arenas De San Juan (Ciudad Real)

Ámbito del caso

Atención primaria/hospitalaria.

Motivos de consulta

Lesiones en piel.

Historia clínica

Enfoque individual: mujer 51 años. No tratamiento habitual. Fumadora 10 cig/día y ocasionalmente cannabis.

Anamnesis: acudió por aparición en últimas 24/48h de lesiones en piel de aspecto variceloso; refiere que su hija ha comenzado con las mismas lesiones. Niega fiebre. Niega otra sintomatología acompañante. exploración sin hallazgos salvo lesiones papulo-vesiculosas pruriginosas de aspecto variceloso en piel. Tras esto se explicaron signos y síntomas de alarma (fiebre, disnea...) por los que volver a consultar. A las 48h de esta consulta acude al hospital porque a las lesiones se les ha añadido fiebre alta 40º persistente, a pesar de antitérmicos, tos, artralgias y mialgias.

Exploración: regular estado general, consciente, orientado y colaborador. TA 115/75 mmHG. Febril, SAT 85% sin suplemento. Disnea. Múltiples lesiones cutáneas claramente sobreinfectadas con contenido purulento y alguna zona de celulitis facial. Corazón rítmico a 75 lpm sin soplos. Disminución murmullo vesicular con roncus dispersos. Resto anodino.

Pruebas complementarias: radiografía torácica: infiltrado bilateral intersticial reticulonodulillar extenso. Bioquímica: glucosa 113 mg/dl, urea 55 mg/dl, sodio 127 meq/l, resto normal. Coagulación normal, hemograma: normal salvo leve plaquetopenia (126x10⁹/l). PCR varicela

Enfoque familiar y comunitario: familia nuclear simple en etapa de contracción (etapa IV). Bajo-medio nivel sociocultural. Buen apoyo social por familiares.

Juicio clínico: neumonía por varicela.

Diagnóstico diferencial: absceso, neumonitis, TBC, neumonía.

Tratamiento: aciclovir + ceftriaxona ambulatorio: valaciclovir 500mg/8h/15d.

Evolución: emitieron informe EDO y contactaron con preventiva. Permaneció ingresado 10 días, recibió tratamiento con aciclovir presentando una disminución de la disnea con aumento de la saturación de oxígeno sanguínea hasta mantenerse eupneica sin oxigenoterapia, presentó empeoramiento radiológico y clínico en primeras 48h que se consideró secundario a sobreinfección bacteriana iniciando tratamiento con ceftriaxona con buena respuesta. Desde el 3 día de ingreso se mantuvo afebril y las radiografía de tórax posteriores mostraron mejoría progresiva con disminución del infiltrado. En posteriores revisiones por infecciosas se mantuvo afebril y con mejoría clínica.

Conclusiones

Es muy importante realizar una buena anamnesis y exploración, así como explicar al paciente los signos y síntomas que significan una mala evolución de su patología y por las que deben acudir a un servicio de salud.

Palabras Clave

Varicella, respiratory infections, herpes viridae infections.

Síndrome dolor crónico post-vasectomía. A propósito de un caso

Salado Natera M, González Calbo Á, Barberán Morales C

Médico de Familia. CS Medina Sidonia. Cádiz

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de consulta

Varón de 46 años que acude en repetidas ocasiones al centro de salud sin cita por orquialgia tras ser intervenido de vasectomía.

Historia clínica

Enfoque individual: varón de 46 años, sin alergias medicamentosas conocidas, bebedor social. Intervenciones quirúrgicas: apendicitis, miopía. Vasectomía hace un año. Acontecimientos vitales estresantes: muerte de una hermana menor por proceso oncológico y accidente de tráfico en el que atropelló a un peatón. Estuvo en seguimiento por psiquiatría por ambos procesos. Intervenido de vasectomía hace un año, tras lo cual comienza con dolor testicular incapacitante durante las crisis que le hace acudir en numerosas ocasiones a urgencias del centro de salud.

Exploración: auscultación normal, abdomen normal. Escroto: piel íntegra: no úlceras. Testículo izquierdo tamaño adecuado, doloroso a la palpación del cordón. Testículo derecho: tamaño adecuado doloroso a la palpación del cordón. Escala visual analógica (EVA) durante las crisis: 9. EVA diario 2/3.

Pruebas complementarias: sin hallazgos patológicos. Se realizó infiltración del cordón espermático izquierdo con mejoría clínica al principio. A los dos meses comienza de nuevo con dolor intenso, por lo que se realiza bloqueo del cordón espermático con bupivacaína 5% y triamcinolona. Mejoría parcial, el paciente continúa con dolor. Actualmente pendiente de valoración por unidad del dolor.

Enfoque familiar y comunitario: funcionario local de profesión actualmente de baja laboral. Negocio familiar en el que colabora los fines de semana. Casado y con dos hijas. Buen apoyo familiar.

Juicio clínico: síndrome de dolor postvasectomía.

Diagnóstico diferencial: epididimitis vs síndrome dolor postvasectomía.

Tratamiento: no quirúrgico: elevación escrotal, aplicación de frío-calor, reposo relativo físico y sexual, AINES, infiltraciones locales, bloqueo del cordón espermático: quirúrgico: recanalización del deferente, orquidectomía, epididimectomía.

Evolución: actualmente continúa con dolor. Pendiente de ver en unidad del dolor.

Conclusiones

El síndrome de dolor postvasectomía, se produce en 1 de cada 1000 vasectomizados y puede ser muy incapacitante. El mecanismo fisiopatológico no está bien determinado: obstrucción mecánica de los conductos con congestión del epididimo, atrapamiento de algún nervio, formación de granulomas o formación de tejido fibroso perineural. Ante un paciente vasectomizado que presente dolor escrotal, debemos descartar patología aguda y una vez descartada pensar en este síndrome.

Palabras Clave

Postvasectomy, pain, syndrome.

Calidad de las historias clínicas en una Unidad de Gestión Clínica rural

Salado Natera M, González Calbo Á, Barberán Morales C, Crespo De la Corte M

Médico de Familia. CS Medina Sidonia. Cádiz

Objetivos

Conocer el grado de cumplimentación de las historias clínicas en una unidad de gestión clínica de una zona rural que abarca varias poblaciones.

Diseño

Estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento

Unidad de gestión clínica rural.

Material y método

Estudio descriptivo transversal, auditoría de historias clínicas previa reunión de los diferentes profesionales implicados en el estudio para clarificación de criterios. Se realizaron en dos fechas del año 2015 y del año 2016. Se eligieron 1 de cada diez historias, de los 21 profesionales que pasaron consulta esos dos días en los diferentes centros que componen la unidad. variables: datos administrativos, motivo de consulta, hoja de seguimiento (anamnesis-exploración), constantes, hábitos, juicio clínico, tratamiento, registro de alergia y registro de problemas clínicos. Se realizó una cuantificación de la cumplimentación de los diferentes campos de la historia clínica.

Resultados

Total de historias auditadas: 197. Cumplimentación de los diferentes ítems: datos administrativos: 100%, Motivos de consulta 62,94%, hoja de seguimiento 41,62%, hoja de constantes 82,23%, hábitos 33,50%, juicio clínico 60,91%, tratamiento 46,70%, registro de alergias 91,87%, registro de problemas 94,92%.

Conclusiones

Alto grado de cumplimentación de: datos administrativos, registro de alergias y problemas clínicos. Habría que mejorar el registro de hábitos (tabaco, alcohol y tóxicos), hoja de seguimiento de consulta (anamnesis y exploración). Respecto al tratamiento, la baja tasa de registros es referida a tratamiento no farmacológico principalmente, porque el tratamiento farmacológico se realiza por receta electrónica en el 100% de los usuarios. Tras los resultados obtenidos, se realizan reuniones con el objetivo de mejorar el grado de cumplimentación de las historias.

Palabras Clave

Historia clínica, salud rural, gestión clínica.

Doctor, creo que la cena me ha sentado mal

Pérez Hueto M, Pérez Ruiz A, Serrano Benavente R

Médica de Familia. Hospital Comarcal La Axarquía. Vélez-Málaga (Málaga)

Ámbito del caso

Atención primaria, urgencias hospitalarias.

Motivos de consulta

Dolor abdominal.

Historia clínica

Anamnesis: mujer, 24 años.

Antecedentes personales de retraso mental leve y trastorno de la conducta, tratamiento con etumina 40 mg, seroquel 100 mg, depakine 500 mg. Acude a urgencias desde el centro de salud por ingestión de forma voluntaria de dos tenedores mientras cenaba, refiere dolor en epigastrio.

Exploración física: TA: 110/60 mmhg. FC: 93 lpm. T^a: 36°C. Buen estado general. Abdomen: blando, depresible, doloroso a la palpación en epigastrio e hipocondrio izquierdo, sin signos de irritación peritoneal.

Pruebas complementarias: hemograma, bioquímica y coagulación normales. RX abdomen: se aprecian dos cuerpos extraños (tenedores) en cámara gástrica.

Enfoque familiar: sin interés.

Juicio clínico: ingesta voluntaria de cuerpos extraños en paciente con trastorno psiquiátrico.

Evolución: mediante laparotomía media supraumbilical se extraen los tenedores de la cavidad gástrica. Dos semanas más tarde acude de nuevo por ingestión de tornillo alojado en seno piriforme izquierdo que precisa extracción por otorrinolaringólogo. Diez días más tarde es trasladada a urgencias por ingestión de dos placas metálicas alojadas en cuerpo gástrico, precisando ser intervenida de nuevo. Revisando su historia clínica, apreciamos que tiene múltiples ingresos en urgencias por ingestión de pilas.

Conclusiones

La ingestión de cuerpos extraños de forma casual es un hecho bastante común en la población general, pero dicha acción de forma reiterada y voluntaria es algo muy poco frecuente, ocurre en personas con antecedentes psiquiátricos y en reclusos. En el 90% de los casos los objetos recorren la totalidad del tracto digestivo sin provocar lesiones, en el 10% de los casos ocasionan cuadros oclusivos o perforación intestinal. El diagnóstico se basa en la historia clínica (estos pacientes no esconden sus actos) y en pruebas de imagen como la radiografía simple. El tratamiento suele ser conservador y se recurre a gastroscopia o cirugía en caso de complicaciones. El manejo de estos pacientes es complejo y ocasiona múltiples ingresos hospitalarios. En nuestro caso nunca ha existido ningún contratiempo y la paciente se ha reincorporado a su entorno social sin secuelas, aunque esto no es lo habitual.

Palabras Clave

Epigastric pain, mental disorder, laparotomy.

Cólico biliar alitiásico, ¿qué esconde la vesícula?

Pérez Hueto M, Pérez Ruiz A, Serrano Benavente R

Médica de Familia. Hospital Comarcal La Axarquía. Vélez-Málaga (Málaga)

Ámbito del caso

Atención primaria, urgencias hospitalarias.

Motivos de consulta

Dolor abdominal.

Historia clínica

Anamnesis: mujer, 37 años, alérgica a antiinflamatorios, sin antecedentes personales. Acude al centro de salud por presentar desde hace 5 días dolor en epigastrio irradiado a hipocondrio derecho asociado a vómitos. Desde hace meses presenta pesadez gástrica tras ingesta de alimentos grasos y distensión abdominal.

Exploración física: TA: 125/77 mmHG. FC: 74 lpm. Tª: 36 °C. Buen estado general. Abdomen: blando, depresible, doloroso a la palpación en epigastrio e hipocondrio derecho, signo de Murphy negativo, sin signos de irritación peritoneal.

Pruebas complementarias: hemograma, bioquímica (incluidas amilasa y bilirrubina) y coagulación normales. RX abdomen: sin alteraciones. Ecografía abdominal: vesícula con imagen de pólipo de 4,5 mm en su pared. No líquido libre.

Enfoque familiar: sin interés.

Juicio clínico: cólico biliar secundario a poliposis vesicular.

Diagnóstico diferencial: tenemos que realizar el diagnóstico diferencial con todas las lesiones vesiculares, ya sean benignas: coledocitis, pólipos benignos, hemangiomas, adenomas o malignas: adenocarcinoma vesicular, metástasis (melanoma, el más frecuente).

Evolución: tras analgesia la paciente queda asintomática, al alta se deriva a consulta de cirugía, se decide tratamiento conservador con realización de ecografía anual para valorar tamaño y progresión del pólipo vesicular.

Conclusiones

La prevalencia de poliposis vesicular es del 1-5 %. Los pólipos vesiculares se dividen en neoplásicos o benignos (95%), entre estos últimos se encuentran los pólipos de colesterol (60%), los adenomiomas (25%) y los pólipos inflamatorios (10%). Generalmente son asintomáticos, se hallan incidentalmente en estudios ecográficos de pacientes con molestias abdominales inespecíficas. La colecistectomía se reserva para pacientes con clínica no controlable mediante analgésica o en pólipos con tamaño superior a 1 cm, por su elevada asociación con transformación neoplásica. En pacientes con pólipos inferiores a 1 cm pero con factores de riesgo (edad mayor a 50 años, coledocitis, sexo femenino) se debe considerar la posibilidad de realizar cirugía de forma individual. Este caso es interesante porque la presencia de pólipos vesiculares, que en un primer momento pueden considerarse como patología benigna, nos debe mantener expectantes frente a la conversión en neoplasias agresivas que se evitarían con un seguimiento adecuado.

Palabras Clave

Abdominal pain, gallbladder polyps, cholecystectomy.

Síndrome de la clase turista. A propósito de un caso

Pérez Hueto M, Pérez Ruiz A, Serrano Benavente R

Médica de Familia. Hospital Comarcal La Axarquía. Vélez-Málaga (Málaga)

Ámbito del caso

Urgencias hospitalarias.

Motivos de consulta

Dificultad respiratoria.

Historia clínica

Anamnesis: varón, 65 años sin alergias medicamentosas. Hipertenso en tratamiento con valsartán 160 mg. Acude a urgencias por presentar desde hace 10 días disnea de moderados esfuerzos aumentando hasta hacerse de mínimos esfuerzos, presenta tumefacción en miembro inferior derecho (MID). Realizó dos semanas antes un vuelo de 4 horas de duración.

Exploración física: TA: 150/105 mmhg. FC: 93 lpm. Tª: 36°C. Saturación de oxígeno: 94%. Regular estado general, cianosis labial. ACP: rítmico a 24 rpm, murmullo vesicular conservado. EEII: aumento del perímetro de zona gemelar derecha, signo de Homans negativo, pulsos pedios conservados.

Pruebas complementarias: hemograma, bioquímica y coagulación normales. Dímero D: 13,6 mg/l. Angiotac: múltiples defectos de repleción en arteria pulmonar derecha, lobares y segmentarias. Ecodoppler de MID: material ecogénico en la vena poplítea derecha, ambas venas gemelares y parcialmente en vena femoral superficial.

Enfoque familiar: sin interés. Juicio clínico: tromboembolismo pulmonar (TEP) y trombosis venosa profunda (TVP) en MID secundario a viaje en avión (síndrome de la clase turista).

Diagnóstico diferencial: el diagnóstico diferencial del TEP se realiza con procesos infecciosos, neumotórax, cardiopatía isquémica aguda, disección aórtica, taponamiento pericárdico.

Evolución: se inicia tratamiento con heparina de bajo peso molecular (HBPM) y sintrom, evolucionando favorablemente.

Conclusiones

Los viajes prolongados en avión favorecen la aparición de TVP y TEP por la inmovilidad prolongada, la deshidratación y la hipoxia hipobárica que existe dentro del avión, es el llamado síndrome de la clase turista. La probabilidad aumenta cuanto mayor sea la duración del vuelo. Los factores predisponentes son: edad superior a 60 años, fumador, hipertensión arterial, embarazo, consumo de anticonceptivos orales, estados de hipercoagulabilidad, TVP o TEP previo. Es importante adoptar medidas preventivas: hidratación abundante, ropa holgada, paseos cada 2 horas, ejercicios isométricos de la musculatura gemelar. Cuando existe un riesgo alto se aconseja usar medias de compresión gradual y la administración de HBPM dos horas antes del vuelo. Este caso me parece interesante porque los viajes prolongados son cada vez más frecuentes y no tenemos en cuenta que adoptando unas sencillas medidas de prevención se podrían evitar dichas patologías.

Palabras Clave

Dyspnea, pulmonary thromboembolism, deep venous thrombosis.

Displasia bilateral de cadera en adulto. A propósito de un caso

Tiscar Martínez J¹, Magán Magán M², López López M³

¹ Médico de EBAP. Consultorio Las Marinas y UGC Roquetas Sur. Almería

² DUE. Consultorio Las Marinas y UGC Roquetas Sur. Almería

³ Grado Enfermería. Consultorio Las Marinas y UGC Roquetas Sur. Almería

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de consulta

Motivo de consulta: lumbocoxalgia.

Historia clínica

Mujer de 24 años, rumana, que desde los 13 años vive en España y presenta dolor en zona lumbar y caderas. Había estado en su médico de familia y en especialistas de rehabilitación y traumatología con estudio del dolor centrándose en espalda, ya que al ser bilateral la displasia no generaba dismetría de miembros inferiores (MMII) ni asimetría de estos. La resonancia magnética (RM) lumbosacra es informada como normal. Acudió en numerosas ocasiones con su médico que le comentaba que todo estaba normal. Posteriormente, tras cambiar de médico, con 22 años acude a consulta por continuar con lumbocoxalgia. Tras realizar nuevas radiografías (RX) se deriva nuevamente a medicina física y rehabilitación para estudios complementarios.

Antecedentes personales y familiares: sin interés.

Anamnesis: presentaba un dolor continuo con reagudizaciones con la deambulación prolongada en espalda y sobre todo cadera derecha.

Exploración: no dolor en apófisis espinosas, ligero dolor en la musculatura paravertebral bilateral. Limitación a la rotación interna o medial y aducción con pierna en flexión de 90 grados. No dismetría de MMII ni asimetría de pliegues.

Pruebas complementarias: RX de caderas: aplanamiento del acetábulo con falta de recubrimiento de la cabeza femoral bilateral. RM columna lumbosacra: normal. RM de ambas caderas: ambas cabezas femorales de señal adecuada, no obstante, aplanadas. Ambos cotilos aplanados, con varios quistes subcondrales bilaterales. Estos hallazgos son compatibles con displasia de cadera bilateral. No hidrartros. Sin alteraciones en regiones trocántreas. Sin alteraciones en musculatura.

Juicio clínico: displasia bilateral de caderas.

Diagnóstico diferencial: lumbalgia irradiada.

Tratamiento: conservador, con control de peso (actualmente índice de masa corporal 19). Realizar ejercicio físico regular y potenciación de musculatura evitando las actividades de impacto y las marchas prolongadas. Se beneficia de actividades sin impacto tipo natación,... Buen control del dolor con antiinflamatorios no esteroideos (aíne) a demanda.

Evolución: tras 2 años, habiendo tenido un embarazo con parto vaginal de por medio, los estudios radiográficos no muestran cambios con los de hace 2 años.

Conclusiones

Conclusión: a veces aunque lo lógico en un paciente que acude por lumbalgia irradiada sea el origen de este en columna lumbar, si esta es normal, debemos llegar más allá y si las consultas son reiteradas, deberíamos buscar otro posible origen del dolor antes de dejar por imposible el caso.

Palabras Clave

Displasia, cadera, adulto.

Riesgo cardiovascular e inflamación basal subclínica: nuevas relaciones para una vieja enfermedad

Vargas Corzo M¹, Cabrera Rodríguez C², Guisado Barrilao R³, Rodríguez Barbero E⁴, Segura Millán D⁵, Castillo Rueda G⁶

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Albayda. Granada

² Médico de Familia. CS Albayda. Granada

³ Profesor. Universidad de Granada. Granada

⁴ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Caleta. Granada

⁵ Enfermero. Instituto Andaluz de Servicios Sociales. Granada

⁶ Enfermera. CS Alcalá Real. Jaén

Objetivos

Considerando la nueva perspectiva etiopatogénica de naturaleza inflamatoria de las enfermedades cardiovasculares y sus situaciones de riesgo, se pretende demostraren un grupo de varones sanos sedentarios, que el mayor riesgo cardiovascular (RCV) estimado por métodos clásicos, se asocia a un grado de inflamación basal subclínica más desfavorable.

Diseño

Estudio observacional, transversal, que aunque no reúne criterios estrictos de estudio analítico, se ha desarrollado sobre una presunta relación causa-efecto, basada en la evidencia.

Emplazamiento

Atención primaria y laboratorio de análisis clínicos.

Material y método

Sujetos: 35 varones adultos sanos sedentarios.

Metodología: estimación del riesgo coronario-RC (mediante tablas Framingham por estadios de Wilson calibradas para la población española), correlacionándolo con el estado inflamatorio basal (mediante cuantificación de biomarcadores inflamatorios sanguíneos relacionados empíricamente con el RCV: proteína C reactiva ultrasensible (PCRHS) e interleuquina 6 (IL-6)).

Resultados

RC y estado inflamatorio basal: estadísticamente significativa ($p < 0,01$), de sentido positivo, e intensidad asociativa fuerte con PCRHS (CC Spearman=0,561), que indica que el mayor RC se asocia a niveles sanguíneos más elevados de dicha proteína como expresión de un perfil inflamatorio también más desfavorable. Resultados semejantes pero con menor grado de evidencia estadística ($p < 0,05$), se han obtenido con la IL-6.

Conclusiones

La PCRHS, tanto por su relación con el RC, como por su demostrada modificación con cambios en estilos de vida, puede ser un parámetro de utilidad futura en el control del RCV en atención primaria, que podría agregar valor pronóstico a los FR tradicionales.

Palabras Clave

Cardiovascular disease, inflammation, C reactive protein.

La labor social del médico de urgencias. La simple sospecha de maltrato infantil implica actuación

Muñoz Romero E, Recio Ramírez J, Calero Rojas M

Médico de Urgencias. Hospital Montilla. Montilla (Córdoba)

Ámbito del caso

Urgencias.

Motivos de consulta

La paciente NRM, de 8 años de edad acude a urgencias con su madre para valoración de unas lesiones anales recientes. La madre alerta además de cierto comportamiento impúdico en público, y la ausencia del control de esfínteres, en estudio, de unos dos años y medio de evolución.

Historia clínica

En la exploración física se aprecian lesiones vegetantes en margen anal compatibles con condilomas. Se descartan la presencia de lesiones físicas recientes a nivel de genitales externos, anales, ni de otro tipo en la superficie corporal, así como la necesidad de un apoyo social urgente a la familia. Se explica a la madre la sospecha clínica de enfermedad de transmisión sexual y realizamos parte de lesiones indicando “sospecha” de maltrato para evitar yatrogenia

Se comunica el caso al pediatra de guardia y se deriva a la paciente preferente a consulta de dermatología donde es vista 2 días después. Allí en presencia de ginecólogo y pediatra se toman muestras para realización de serología de ETS a nivel salival, anal y vaginal. Un mes después se comprueba que la serología ha resultado negativa y las lesiones desaparecen con tratamiento. Se atribuye el contagio a una posible inoculación, ya que la paciente había tenido verrugas en región facial previamente

Conclusiones

En los servicios de urgencias se puede detectar el maltrato a mujeres, niños y ancianos, debemos considerar su posibilidad y estar habituados a reconocer signos y síntomas compatibles

Los objetivos de la intervención médica en los casos de maltrato infantil son: establecer el diagnóstico o la sospecha diagnóstica de maltrato, instaurar el tratamiento necesario y asegurar la protección del menor.

El maltrato es un tema muy complejo, en el que los médicos de urgencias y atención primaria tenemos una labor comunitaria de primera magnitud, dada la repercusión directa sobre la salud física, mental y emocional en los sectores más desprotegidos de la población. Aunque hemos avanzado muchísimo en la última década, no me resisto a insistir en la necesidad de seguir desarrollando la sensibilización, formación y realización de protocolos que faciliten el manejo y abordaje multidisciplinar

Palabras Clave

Maltrato infantil, sospecha de maltrato, condiloma acuminado.

Epigastralgia en mujer de 26 años

Gómez Zafra L¹, Orozco Casado N², Dalouh I³

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Felipe. Jaén

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Federico Del Castillo. Jaén

³ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Torredonjimeno. Torredonjimeno (Jaén)

Ámbito del caso

El caso se desarrolla en ámbito de atención primaria y área hospitalaria.

Motivos de consulta

Mujer de 26 años, que acude a consulta de AP por dolor abdominal, epigástrico, junto con vómitos y sensación distérmica de 24 h de evolución.

Historia clínica

Antecedentes personales: DM tipo 1 en tratamiento con insulina. No antecedentes quirúrgicos. No alergias medicamentosas. No hábitos tóxicos

Anamnesis: mujer de 26 años, que acude a consulta de su médico de atención primaria por presentar epigastralgia de 24 h de evolución, que se irradia a hipocondrio derecho. Náuseas y vómitos aislados. No tolera alimentación oral. No alteración del tránsito intestinal. Sensación distérmica no termometrada. En tratamiento con paracetamol 500 mg/8h sin presentar mejoría clínica, motivo por el que acude a su centro de salud.

A la exploración: estable hemodinámicamente, consciente y orientada, normohidratada y normoperfundida, eupneica, febril (38°C en el momento de la consulta), ACR normal, abdomen blando y depresible, doloroso a la palpación a nivel epigástrico e hipocondrio derecho, Murphy dudoso, Blumberg negativo, RHA conservado. Resto exploración normal. Ante la persistencia del dolor abdominal y la fiebre, se decide derivación a servicio de urgencias hospital para valoración y solicitud de pruebas complementarias

Pruebas complementarias: analítica urgente: leucocitos 8.000 (70% PMN), resto hemograma normal. Glucosa 150, urea creat normales, iones normales, transaminasas normales, PCR 3. Gasometria venosa normal. Sistemático de orina normal. Ante la persistencia de la sintomatología y la afectación del estado general, a pesar de la normalidad analítica, se solicita ecografía abdominal: engrosamiento de pared vesicular con líquido libre perivesicular, sugerente de colecistitis aguda alitiasica. Ingresa para tratamiento hospitalario iv, y es alta a los cinco días.

Conclusiones

Resaltar la influencia de la DM tipo 1 en la rápida evolución del proceso infeccioso. Recordar la importancia de la clínica y la exploración física en la correcta evaluación de un paciente.

Palabras Clave

Diabetes, epigastralgia, colecistitis.

Una tapita para cenar

Gallego Castillo E¹, Espinola Coll E², Cano García J²

¹ Médico De Familia. CS Coín. Coín (Málaga)

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Coín. Coín (Málaga)

Ámbito del caso

Atención primaria. Urgencias hospitalarias. Consulta hematología.

Motivos de consulta

Molestias urinarias.

Historia clínica

Antecedentes personales: no alergias medicamentosas conocidas. No enfermedades de interés. No tratamiento habitual.

Anamnesis: mujer de 24 años que acude a consulta por molestias abdominales junto con malestar general. Nauseas sin vómitos. Refiere que la noche anterior ha tomado un antigripal. También refiere que en las dos noches anteriores ha comido habas con jamón.

Exploración: buen estado general, consciente y orientada, colaboradora. Tinte subictérico en ambas escleras. Auscultación cardiorrespiratoria normal. Abdomen blando y depresible, molesto a la palpación en hemiabdomen izquierdo sin signos de peritonismo.

Pruebas complementarias: Combur test: orina colúrica. Se deriva al servicio de urgencias hospitalarias para realización de pruebas complementarias. Analítica: leucocitos 10.800 con fórmula normal, hemoglobina 9.9 g/dl, volumen corpuscular medio 95, coagulación normal, glucosa 91mg/dl, urea 61mg/dl, creatinina 0.74 mg/dl, filtración glomerular >90, iones normales, amilasa 90 u/l, creatin kinasa 133 u/l, lactato deshidrogenasa 649 u/l, bilirrubina total 4,6 mg/dl, bilirrubina directa 0,2 mg/dl, aspartato transaminasa 73u/l, proteína C reactiva 12 mg/l. Ecografía abdominal: sin hallazgos ecográficos significativos. Posteriormente la paciente fue derivada a consulta hematología para continuar estudio.

Enfoque familiar y comunitario: padre diagnosticado de fabismo.

Juicio clínico: anemia hemolítica por déficit de glucosa 6 fosfato deshidrogenasa en mujer portadora.

Diagnóstico diferencial: ictericia, síndrome de Gilbert, hepatitis.

Tratamiento: no necesita tratamiento en la actualidad. La paciente realiza régimen dietético exento de habas y la imposibilidad de tomar determinada medicación como aspirina o antiinflamatorios no esteroideos.

Evolución: la paciente en la actualidad se encuentra asintomática sin aparición de nuevos episodios hemolíticos.

Conclusiones

Este caso clínico nos demuestra la importancia de una buena anamnesis, ya que si no se hubiera interrogado sobre los antecedentes familiares y hábitos alimenticios de la paciente, el diagnóstico se podría haber dilatado en el tiempo. También es importante el diagnóstico diferencial con otras causas de ictericia en pacientes jóvenes que a veces nos pueden pasar desapercibidas en consulta.

El toque del rey

Gallego Castillo E¹, Espinola Coll E², García Gollonet B³

¹ Médico de Familia. CS Coín. Coín (Málaga)

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Coín. Málaga

³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Andrés-Torcal. Málaga

Ámbito del caso

Atención primaria. Consulta hospitalaria medicina interna.

Motivos de consulta

Tumoración axilar.

Historia clínica

Antecedentes personales: no alergias medicamentosas. Alergia a gramíneas, epitelio de gato y perro. No hábitos tóxicos. Asma bronquial que trata con broncodilatadores en caso de crisis, sin necesitar tratamiento de base. Espondilolistesis L4-L5.

Anamnesis: mujer de 51 años que acude a consulta de atención primaria por presentar tumoración en axila izquierda de dos semanas de evolución, dolorosa. Febrícula y sudoración iniciales. No pérdida de peso cuantificada. No alteración hábito intestinal ni síndrome miccional. Discreto malestar general que achaca a que esta con la menstruación.

Exploración: buen estado general. Buena coloración de piel y mucosas. Auscultación cardiorrespiratoria normal. Abdomen sin alteraciones. En axila izquierda se palpa tumoración de unos siete centímetros algo dolorosa, rodadera, de consistencia elástica, no adherida a planos profundos sin signos inflamatorios externos. Exploración mamaria normal. No se palpan adenopatías cervicales, supraclaviculares, inguinales ni en axila contralateral. No edemas. No focalidad neurológica. Se deriva a consulta medicina interna para estudio.

Pruebas complementarias: analítica: hemograma y bioquímica con proteína C reactiva normales. Mantoux negativo. Serología negativa. Radiografía de tórax con elongación aórtica leve, signos radiológicos de atrapamiento aéreo, resto normal. Ecografía axilar: múltiples adenopatías mayores de dos centímetros. Biopsia ganglionar: linfadenitis granulomatosa necrotizante, bacilos ácido-alcohol resistentes positivos con técnica Ziehl-Nielsen. PCR para mycobacterium tuberculosis positivo.

Enfoque familiar y comunitario: se recomienda valoración y estudio del entorno familiar para detección posibles casos tuberculosis que fueron negativos. Juicio clínico: linfadenitis tuberculosa.

Diagnóstico diferencial: adenopatía axilar, hidrosadenitis.

Tratamiento: se indica tratamiento con turbeculoestáticos, se remite para seguimiento en unidad de enfermedades infecciosas.

Evolución: tras 6 meses de tratamiento con fármacos antituberculosos, la paciente evolucionó favorablemente, encontrándose en revisiones posteriores asintomática con analítica normal y desaparición de adenopatías.

Conclusiones

La linfadenitis tuberculosa es la presentación más frecuente de la tuberculosis extrapulmonar, pudiendo pasar desapercibida en atención primaria y ser confundida con patologías más frecuentes. Por lo tanto el objetivo de este caso, es poner de manifiesto la importancia de pensar en esta patología, llegando a un diagnóstico precoz de la misma. Así como también investigar el ámbito socio-cultural identificando posibles contactos.

Cuando tu cuerpo es tu peor enemigo

Gallego Castillo E¹, Espinola Coll E², Bernal Hinojosa A³

¹ Médico de Familia. CS Coín. Coín (Málaga)

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Coín. Málaga

³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Carranque. Málaga

Ámbito del caso

Atención primaria. Consulta hospitalaria medicina interna.

Motivos de consulta

Eritema en cara.

Historia clínica

Antecedentes personales: no alergias medicamentosas. No hábitos tóxicos. Hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2 con buen control metabólico. Miocardiopatía hipertensiva. Alopecia areata. Vitíligo. Tratamiento con ácido acetilsalicílico, metformina, amlodipino, omeprazol, clorazepato, pregabalina, sertralina. Anamnesis: mujer de 57 años que acude a consulta por eritema en cara, cuello, escote y brazos, pruriginoso.

A la exploración se observan pápulas milimétricas eritematosas, en cara distribución en placas. Se trata inicialmente con corticoides tópicos pero sin mejoría. Se deriva a consulta de dermatología donde se realiza biopsia cutánea sugestiva de dermatomiositis que no mejora con corticoides orales por lo que se decide derivación a consulta medicina interna.

Exploración: alopecia universal. Auscultación cardiorrespiratoria normal. Abdomen normal. No edemas. Lesiones sugestivas de eritema en heliotropo. Lesiones en dorso de manos sugestivas de pápulas de gotron. Eritema en brazos. Debilidad proximal en cintura escapular y pelviana.

Pruebas complementarias: analítica: hemograma normal. Eosinófilos 5,9%, leucocitos normales. Proteína C reactiva 5,50mg/l. Anticuerpos antinucleares positivos. Radiografía de tórax: normal. TAC toracoabdomino pélvico: nódulo subpleural 0,5 cm en lóbulo superior derecho. Colelitiasis. Resto sin alteraciones significativas. Electromiograma: miopatía inflamatoria incipiente. Biopsia muscular: hallazgos compatibles con dermatomiositis.

Enfoque familiar y comunitario: en este caso la familia supone un pilar básico para el apoyo de la paciente y a nivel sanitario un abordaje multidisciplinar. Juicio clínico: dermatomiositis.

Diagnóstico diferencial: lupus cutáneo. Vasculitis. Polimiositis.

Tratamiento: inicialmente se administró azatrioprina que no fue efectiva necesitando administrar inmunoglobulina intravenosa en pulsos.

Evolución: desde la primera visita en consulta de atención primaria la paciente sufre empeoramiento necesitando varios ingresos hospitalarios con deterioro progresivo muy importante que llevó a un fallo multiorgánico y fallecimiento de la paciente diez meses después de su primera consulta.

Conclusiones

La importancia de este caso, no es solo el aspecto clínico, sino también el abordaje biopsicosocial realizado con la paciente y su familia. El apoyo realizado desde atención primaria y hospital, no solo por los médicos implicados (internistas, dermatólogos, psiquiatras) sino también por fisioterapeutas, enfermeros, enfermero gestor de casos.. Tanto a la paciente como a su entorno.

Impacto del Tai Chi para prevención de caídas en personas mayores

Alarcón Pariente E¹, Zarco Manjavacas J², De Juan Roldán J, Faz García M¹, Morales Sutil M¹, Luis Sorroche J¹

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Palo. Málaga

² Médico de Familia. CS El Palo. Málaga

Objetivos

Evaluar el impacto de una intervención multifactorial en prevención de caídas en personas mayores. Comparar el efecto de practicar Tai Chi.

Diseño

Cuasi experimental pre-post intervención.

Emplazamiento

Centro de salud urbano.

Material y método

> 65 años alguna caída previa.

Intervención: valoración sensorial, revisión tratamiento, valoración barreras, ayudas técnicas y derivación a Tai Chi.

Grupo estudio: practican Tai Chi (>50% clases).

Grupo control: no lo practican.

Mediciones: Barthel, test estación unipodal (TEU), caídas/año, EADG, consultas médicas/año, ayudas para la marcha, dosis diaria definida DDD analgésicos.

Comparación de grupos: Chi2, U de Mann Whitney.

Análisis antes-después: Chi2, test de Wilcoxon. Significación 0.05.

Resultados

53 pacientes: 84,9% mujeres, edad 76,87±0,92. Déficit sensorial 67,9%, fármacos de riesgo 84,9% (75,5% hipotensores, 50,9% psicofármacos), hipotensión ortostática 3,8%, barreras arquitectónicas 69,8%, ayudas para la marcha 32,1%. Caídas/año 1,32 ± 0,28; DDD analgésicos/año 94,45 ± 17,28; consultas/año 8,65 ± 0,84; Barthel: 87,55±1,79; EADG ansiedad 4,77±0,36; depresión 4,6±0,32. TEU derecho: 7,62±1,37; izquierdo 8,34±1,38. Grupos estudio-control diferencias: > consultas/año grupo estudio (9,85±1,5 ; 6,73±0,68 grupo control) y < Barthel basal grupo control (85,74±2,1; 92,31±2,6 grupo estudio).

Al año: descenso significativo EADG grupo estudio (ansiedad: 3,45-> 1,27; depresión 2,18 -> 1,09) y grupo control (ansiedad 5,2->3,56; depresión 4,24 -> 2,8). Grupo control aumenta ayudas para la marcha (24% -> 32% (p<0.0001)) y número de consultas/año (6,56±0,57 -> 9,64±1,01, p=0.002) sin cambios en grupo estudio. No otras diferencias significativas.

Conclusiones

Los pacientes mejoran en ansiedad y depresión. No practicar Tai Chi aumenta la necesidad de ayudas para la marcha y el número de consultas médicas.

Palabras Clave

Elder, healthy aging, falls.

¿Qué sabemos de los pacientes diagnosticados de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)?

Fernández Vargas A¹, Ubiña Carbonero A¹, Rodríguez Ladrón De Guevara S², Crossa Bueno M³, Campos Cuenca Á⁴, Castillo Jimena M⁵

¹ Médico de Familia. CS Victoria. Málaga

² MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Victoria. Málaga

³ CS Victoria. Málaga

⁴ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Victoria. Málaga

⁵ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Victoria. Málaga

Objetivos

Describir el perfil sociodemográfico y clínico de los pacientes. Analizar el registro de indicadores de proceso.

Diseño

Estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento

Atención primaria. Centro urbano.

Material y método

Auditoría interna de historias de pacientes incluidos en proceso EPOC en 2016 (n= 460) seleccionados por muestreo aleatorio sistemático hasta alcanzar el 25% (n= 115). Se analizó registro de variables sociodemográficas, indicadores de proceso, comorbilidad, tratamiento.

Resultados

Sociodemográficos: varones 73%, edad media 67 años ($\pm 11,5$). No consta datos de estudios 95.7%, ni profesión 99.1%, ni núcleo familiar 87.8%.

Registro indicadores de proceso: tabaco: sin registro 16.4%. Fumadores activos 46.6%. 3,2% > 60 paq/año. Ejercicio: sin registro 34,8% . IMC medio 22,61 ($\pm 12,08$). 7% > 35. Espirometría: al diagnóstico: 73,9%. Obstructiva 68,7% último año 66,3%. Gravedad Gold: 56,5%. Disnea según medical research council (MCR): 91.3%. Sin disnea 53.9%. Agudizaciones y hospitalizaciones último año: 34% y 5,2% respectivamente. Vacunación: antigripal 52,2%, antineumocócica 28,7%. Copd assessment test (cat):13,3%.

Comorbilidades: hipertensión arterial 53%, ansiedad-depresión 27%, diabetes 23.5%, cardiopatía isquémica 14.8%, asma 13%, fibrilación auricular 12.2%, insuficiencia renal crónica 11,3%, sahs 9,6%, insuficiencia cardíaca 8.7%, acv 7%, ca-pulmón 5.2%.

Tratamiento: anticolinérgicos acción larga (lama) 41,7%, combinación corticoides inhalados (CI)+ b2 acción larga (laba) 27,2%, laba 14,8%, CI 14,8%, metilxantinas 8,7%, nebulizador 7 %, oxigenoterapia 3,5%. Cumplimiento 18,3%. Satisfacción 6,1%.

Conclusiones

Un tercio de los pacientes no presentan patrón obstructivo. Casi la mitad son fumadores activos. Escaso registro de hábitos de vida, variables sociales y de indicadores de proceso. Baja utilización de cat. El grupo terapéutico más utilizado son los lama.

Palabras Clave

Chronic obstructive pulmonary disease (copd), clinical features, indicators de process.

Las infecciones dentales y sus complicaciones

Ruiz Andrés C¹, Segura Garrido C¹, Valdivieso Rodríguez R²

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Huétor Tájar. Granada

² MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Huétor-Tájar. Granada

Ámbito del caso

Atención hospitalaria. Urgencias.

Motivos de consulta

Dificultad brusca de visión unilateral.

Historia clínica

Paciente de 45 años que consulta por edematización, eritema y dificultad para la visión de 1 día de evolución. Como antecedente de interés, presentó infección dental en tratamiento con amoxicilina-clavulánico la semana anterior con mala evolución clínica.

A la exploración destaca: Eritema y edematización palpebral unilateral, sin crepitación a la palpación. Exoftalmos leve. Movimientos oculares conservados. Pinla. Moec.

Se solicitó TAC de senos paranasales: ocupación completa de seno maxilar derecho y celdillas etmoidales derechas, engrosamiento y captación de contraste en partes blandas periorbitarias. Los hallazgos son compatibles con sinusopatía maxilar y de celdillas etmoidales derechas con celulitis orbitaria.

Enfoque familiar y comunitario: casado, actualmente sin hijos. Autónomo en empresa propia. Buenas relaciones socio-familiares. Apgar 10/10

Juicio clínico: celulitis orbitaria.

Diagnóstico diferencial: celulitis orbitaria periorbitaria y preseptal.

Se comenzó antibioterapia empírica e ingreso para cirugía.

Conclusiones

La capacidad para discriminar entre patología banal o grave forma parte fundamental de nuestra labor como médicos de ap. En este caso, se deben tener presentes las posibles complicaciones de las sinusopatías, entre ellas, la celulitis. Se debe hacer mención a la celulitis orbitaria preseptal, que supone una urgencia oftalmológica ya que puede comprometer la viabilidad y función ocular.

Palabras Clave

Orbital, cellulitis, treatment.

¿Qué puede haber tras un síncope?

Ruiz Andrés C¹, Valdivieso Rodríguez R², Segura Garrido C¹

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Huétor Tájar. Granada

² MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Huétor-Tájar. Granada

Ámbito del caso

Atención hospitalaria: urgencias.

Motivos de consulta

Cefalea y desvanecimiento (síncope).

Historia clínica

Paciente de 63 años que acude por cuadro sincopal sin pródromos, ni dolor torácico asociado, de escasos minutos de duración. Niega movimientos tónico-clónicos asociados o relajación de esfínteres en relación con cuadro clínico. Lo asocia a cefalea en racimo en ojo derecho (sin fonofobia, ni fotofobia asociada) y desviación de la comisura labial derecha. Refiere pérdida de fuerza de brazo derecho. Primer episodio. Asintomático previamente.

En la exploración física neurológica destaca: Moec, Pinla. Asimetría de surco nasogeniano derecho, no nistagmo ni adiadococionesia. Imposibilidad para marcha en tándem. Romberg con inestabilidad en la exploración. Paresia VI/V en MSD. No se aprecia déficit sensitivo adicional al descrito. Cardio-respiratorio y abdominal normal.

Se solicitó ECG, RX de tórax y TAC. RX tórax y ECG sin alteraciones. TAC: edema vasogénico extenso parieto-temporal derecho, importante efecto masa con desviación de la línea media cerebral hacia la izquierda. Calcificaciones puntiformes en región anterior del lóbulo temporal derecho. Obliteración del ventrículo homolateral con herniación transalar y probable herniación transtentorial. Sugiere neoformación primaria cerebral, oligodendroglioma o astrocitoma .

Juicio clínico: neoformación cerebral. Se realizaría DD entre evento CV isquémico o hemorrágico, enfermedad desmielinizante o patología neoplásica o metastásica, la más probable por edad, características del cuadro y ap.

Tratamiento, planes de actuación. Se trasladó a HUVN para ampliar estudio dónde, tras realizar RMN, se diagnosticó de astrocitoma temporoinisular e inicio de tratamiento con RT local.

Evolución. Mal pronóstico, fallecimiento al año del diagnóstico.

Enfoque familiar y comunitario: familia nuclear estable: casado, padre de una hija sin AP de interés. Buena funcionalidad familiar. Apgar 9/10. No acontecimientos vitales estresantes en la actualidad. Trabaja de panadero. Buenas relaciones sociales.

Conclusiones

Dadas las características y extensión de la lesión, la intención curativa, en este caso, no era factible. Por ello, desde AP, se planificaron visitas de seguimiento y se le ofreció apoyo y medidas de sostén tanto al paciente como a la familia hasta su desenlace final. Éste, es otro de los aspectos que abarca la atención primaria, la del seguimiento y atención a pacientes en situación terminal. Una actuación holística en la que no solo tratas/palias la sintomatología física o somática, si no la de acompañar, y asesorar al paciente y su familia durante este proceso.

Palabras Clave

Cerebral, syncope , and astrocytoma.

Detección de la enfermedad renal crónica en pacientes mayores de 70 años: análisis comparativo de la fórmula Hüge vs Mdrd vs CKd-Epi: estudio FAS-70

Ortega Marlasca M, Guerrero Cruces M

Médico de Familia. CS San Telmo. Jerez De La Frontera (Cádiz)

Objetivos

El objetivo principal del presente estudio es analizar la eficacia diagnóstica de la fórmula Hüge, Mdrd y CKd-Epi en la detección de la enfermedad renal crónica en pacientes mayores de 70 años.

Diseño

Se trata de un estudio de pruebas diagnósticas, que se realizará a 100 pacientes en centro de salud.

Emplazamiento

Atención primaria.

Material y método

Los pacientes del estudio deberán tener una edad igual o superior a 70 años y deberán cumplir los criterios de inclusión y exclusión acordados.

Resultados

N= 100 Hüge			
	POSITIVOS	NEGATIVOS	P
Edad	80,35 +/- 2,85	75,67 +/- 1,28	0,004
Diabetes Mellitus (%)	8%	39%	0,41
Dislipemia (%)	10%	51%	0,38
Hipertensión arterial (%)	14%	71%	0,09
Enfermedad renal crónica previa (%)	5%	6%	0,001
Albuminuria	13,76 +/- 15,23	5,23 +/- 3,45	0,12
Albumina/Creatinina	184,22 +/- 18,43	51,85 +/- 28,65	0,06
Creatinina	1,45 +/- 0,40	0,87 +/- 0,04	0,00001
Alteración de orina (%)	7%	30%	0,27
Proteinuria	3%	11%	0,80
MDRD	49,16 +/- 9,95	79,54 +/- 4,30	0,0000055
CKD-EPI	45,32 +/- 9,43	73,09 +/- 3,35	0,0000041

Conclusiones

Los pacientes de mayor edad presentan valores de Hüge positivo con mayor frecuencia se demuestra que los pacientes que presentaban ERC desde el inicio del estudio, presentan similar distribución con respecto a los resultados obtenidos con la fórmula Hüge. Pacientes con Hüge positivo tienen valores mayores de creatinina y un filtrado glomerular menor tanto en la fórmula Mdrd como CKd-Epi.

Palabras Clave

Renal insufficiency, chronic. Glomerular filtration rate. Aged. Primary health care.

Fiebre de duración intermedia: un caso de teratoma maduro testicular

Peña Guerrero P¹, Aguilera Luna A², Suárez Rodríguez M³

¹ Médico de Familia. Consultorio Santiponce y UGC Camas. Sevilla

² Médico de Familia. CS y UGC Camas. Camas. Sevilla

³ Médico de Familia. Consultorio La Antilla y UGC Lepe. Huelva

Ámbito del caso

Atención primaria y atención hospitalaria.

Motivos de consulta

Fiebre de más de una semana de evolución sin focalidad infecciosa.

Historia clínica

Enfoque individual: paciente varón de 34 años de edad, sin antecedentes de interés que consulta a su médico de familia por presentar desde hace una semana fiebre de hasta 38°C de predominio vespertino junto con sudoración nocturna. Niega sintomatología infecciosa acompañante.

Se solicita serología de fiebre de duración intermedia (FDI) y radiografía de tórax que desvela una imagen en suelta de globos, derivándolo a consultas de alta resolución especializada de neumología. Allí realizan espirometría, que es normal, electrocardiograma, anodino, y solicitan analítica, TAC tórax y abdomen, y ecografía testicular urgente para filiar tumor primario, con sospecha de neoplasia testicular. En analítica destaca elevación de gonadotropina coriónica beta. El estudio de fiebre intermedia no presentó alteraciones relevantes. El TAC desvela múltiples lesiones pulmonares bilaterales sugestivas de metástasis hematógenas en suelta de globos y adenopáticas supra e infradiaphragmáticas, entre otros hallazgos. La ecografía urológica es compatible con neoplasia, por lo que se programa orquiectomía izquierda, con anatomía patológica que informan como teratoma maduro.

Juicio clínico: teratoma maduro estadio IIIC (afectación pulmonar bilateral, adenomegalias retroperitoneales e intraaortocavas, cervical y mediastínicas).

Tratamiento y planes de actuación: se indica tratamiento sistémico. Revisión en consultas de oncología.

Evolución: tras tratamiento mínima enfermedad residual a nivel pulmonar.

Conclusiones

La FDI se define como fiebre sin foco de 1 a 4 semanas de duración, que tras evaluación clínica y complementaria permanece sin orientación diagnóstica. Su etiología es poco conocida, en nuestro ámbito geográfico, el 70% de los casos están provocados por enfermedades infecciosas sistémicas seguidas de infecciones localizadas (7,7%), siendo las vasculitis y neoplasias menos del 2%, estando nuestro paciente en este último porcentaje, siendo portador de un cáncer de testículo. Se trata de la neoplasia maligna más frecuente en varones de 20 a 35 años, aproximadamente, el 1% de todas las neoplasias de los varones, que, además, cuando se trata de un teratoma maduro, suele presentarse a su diagnóstico como una enfermedad metastásica avanzada, como es nuestro caso.

Palabras Clave

Fiebre (fever), metástasis de neoplasia primaria desconocida (unknown primary neoplasm metastasis), tumor testicular de células germinales (testicular germ cell tumor).

Una enteropatía pierde proteínas, la enfermedad de Menetrier

Peña Guerrero P¹, Aguilera Luna A², Suárez Rodríguez M³

¹ Médico de Familia. Consultorio Santiponce y UGC Camas. Sevilla

² Médico de Familia. CS y UGC Camas. Camas. Sevilla

³ Médico de Familia. Consultorio La Antilla y UGC Lepe. Huelva

Ámbito del caso

Atención primaria y hospitalaria.

Motivos de consulta

Astenia y edemas maleolares de un mes de evolución.

Historia clínica

Enfoque individual: paciente de 45 años ex-adicto a drogas por vía parenteral. Toma de anabolizantes y testosterona con fines deportivos. Consulta a su médico de atención primaria por astenia desde hace un mes, anorexia y pérdida de peso, con edemas en miembros inferiores. Disconfort epigástrico tras la ingesta.

Se le realiza ECG que resulta anodino y analítica sanguínea, donde destaca una cifra de hemoglobina en 66.0 g/l, con VCM65.0 FL, plaquetas 654 x 109/l. se deriva a urgencias hospitalarias donde se transfunden dos concentrados de hematíes y se cita para estudio en medicina integral donde solicitan estudio de anemia, vitamina B12, ácido fólico, serología virus hepatotropos, celiaquía, radiografía de tórax, ecografía abdominal y endoscopia/colonoscopia. Del laboratorio destaca anemia ferropénica y déficit de vitamina B12, con hipoproteinemia e hipogammaglobulinemia, resto sin alteraciones relevantes, la radiografía presenta aumento de la trama bronquial el lóbulo medio e hilio derecho, la endoscopia oral desvela una gastritis crónica de tipo superficial con hiperplasia foveolar y escasos signos de actividad, relacionado con helicobacter pilory (HP) (sugestiva de enfermedad de Menetrier). La colonoscopia y la ecografía no presentan alteraciones. Se completa con ecoendoscopia y estudio de malabsorción: la ecoendoscopia describe un engrosamiento de la pared gástrica a expensas de la mucosa, con características endoscópicas muy sugestivas de enfermedad de Menetrier con síndrome de malabsorción con enteropatía pierde proteínas.

Juicio clínico: gastritis asociada a HP con engrosamiento de pliegues gástricos. Enfermedad de Menetrier.

Tratamiento y planes de actuación: vitamina B12, becozyme C forte, y tratamiento erradicador.

Seguimiento en medicina integral. Evolución: favorable tras inicio de tratamiento.

Conclusiones

La enfermedad de Menetrier es una gastropatía hipertrófica muy infrecuente caracterizada por la aparición de pliegues engrosados en la mucosa gástrica asociada a una pérdida de proteínas e hipoclorhidria. Su etiología es desconocida, aunque se piensa que existen factores autoinmunitarios, hormonales, genéticos e infecciosos, bien CMV o bien HP, como es el caso que nos ocupa, estando descrita la mejoría de los síntomas al realizar el tratamiento erradicador.

Palabras Clave

Anemia perniciosa (pernicious anemia), enfermedad de menetrier (menetrier disease), gastritis hipertrófica (hypertrophic gastritis).

Una miocardiopatía silente: el síndrome discinesia apical transitoria o Tako-Tsubo

Peña Guerrero P¹, Suárez Rodríguez M²

¹ Médico de Familia. Consultorio Santiponce y UGC Camas. Sevilla

² Médico de Familia. Consultorio La Antilla y UGC Lepe. Huelva

Ámbito del caso

Atención primaria y hospitalaria.

Motivos de consulta

Dolor torácico acompañado de cortejo vegetativo.

Historia clínica

Enfoque individual: paciente de 79 años con antecedentes de DM2, dislipemia e HTA. Consulta en dos ocasiones en urgencias de su centro de salud por presentar dorsalgia con mareos y cortejo vegetativo.

En la exploración física destacan ronus dispersos por ambos campos que se relaciona con proceso respiratorio que estaba tratando con prednisona y mepifilina. Las glucemias estaban elevadas (secundario a corticoterapia) y la tensión baja.

Se realiza ECG que describen como normal, sin presentar signos de isquemia aguda. Se inicia sueroterapia y aerosolterapia con recuperación de tensiones y mejoría del cuadro respiratorio. a las 24 horas presenta otro episodio de dolor que ahora describe como torácico, acompañado de cortejo vegetativo, acudiendo a hospital de referencia. A su llegada se le realiza ECG donde presenta alteraciones compatibles con isquemia miocárdica. Se cursa radiografía de tórax donde destaca discreta cardiomegalia, y analítica sanguínea con seriación de fermentos cardiacos, estando elevados, trasladándola a la unidad coronaria con diagnóstico de Scacest. En la ecocardiografía informan de hipoquinesia de cara inferior con función sistólica moderadamente deprimida (FEV 40%) y en la coronariografía no existen lesiones significativas. ante los hallazgos, se solicita RMN cardiaca donde se confirma la existencia de miocardiopatía por estrés o síndrome de Tako-Tsubo.

Juicio clínico: síndrome discinesia apical transitoria (Tako-Tsubo).

Diagnóstico diferencial con miocarditis e IAM.

Tratamiento y planes de actuación: se añaden betabloqueantes.

Evolución: durante su estancia en planta la evolución es favorable. Seguimiento en consultas externas de cardiología.

Conclusiones

El síndrome de Tako-Tsubo es una miocardiopatía benigna (aunque no exenta de complicaciones) y efímera, que en el momento agudo produce un grado variable de insuficiencia cardiaca. Su particularidad más llamativa es que desde el punto de vista clínico, electrocardiográfico e incluso bioquímico, presenta elevación de marcadores de necrosis miocárdica, haciéndolo prácticamente indistinguible del síndrome coronario agudo.

Aplicación criterios STOPP/START en pacientes pluripatológicos en atención primaria

Peña Guerrero P¹, Porrua Del Saz A², Sebastián Lacave I³, Méndez Suárez A⁴

¹ Médico de Familia. Consultorio Santiponce y UGC Camas. Sevilla

² Médico de Familia. Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Almería

³ Médico de Familia. FREMAP Alcalá de Guadaira. Sevilla

⁴ Médico de Familia. Nowdoc. CarriCK on Shannon. Co. Leitrim. Ireland

Objetivos

En los pacientes pluripatológicos (PPP) coexisten múltiples enfermedades para las que se prescribe un elevado número de fármacos. La prescripción inapropiada de fármacos es un problema frecuente. En nuestro trabajo evaluamos la adecuación farmacológica utilizando los criterios STOPP/START.

Diseño

Estudio transversal. Ámbito local.

Emplazamiento

Atención primaria.

Material y método

Tamaño muestral necesario estimado de 289 pacientes. Se utiliza la versión en español de los criterios STOPP (screening tool of older person's prescriptions) / START (screening tool to alert doctors to right i.e. Appropriate, indicated treatment). El dintel de significación estadística se establecerá para $p < 0,05$. Los cálculos se realizan mediante el paquete SPSS 14.0.

Resultados

De los 289 pacientes estudiados se obtuvieron para los criterios STOPP por grupo de sistemas un promedio total de cumple criterio 13,16% y no cumple 86,84%. Para los criterios START el promedio total es cumple criterio 58,43% y no cumple criterio 41,57%.

Conclusiones

Los criterios STOPP/START son una herramienta de cribado fácil y efectiva, un medio potencialmente válido para mejorar la adecuación de la prescripción médica. Recogen los errores más comunes de tratamiento y omisión en la prescripción. En nuestro estudio hemos encontrado mayor prevalencia de prescripción inadecuada de medicamentos en criterios START frente a los STOPP, sin estar relacionado con el número de fármacos prescritos.

Absceso pterigoideo secundario a infección dental en paciente sano

Romero Mendoza A¹, Díaz Leria S¹, Bolaños González Á²

¹ Médico de Urgencias. Hospital Antequera. Antequera (Málaga)

² Médico de Familia. Consultorio Humilladero. Málaga

Ámbito del caso

Atención hospitalaria, servicio de urgencias.

Motivos de consulta

Odontalgia con dificultad para la apertura bucal.

Historia clínica

Paciente de 40 años, sin alergias a fármacos conocidas. Intervenido de herniorrafia umbilical, sin otros antecedentes de interés. Consulta por segunda vez, en los últimos 2 días, por odontalgia con dificultad para la apertura bucal asociado a dolor faríngeo derecho.

En la exploración destaca trismus que imposibilita la apertura bucal, no impresiona de flemón periamigdalino, y dolor leve en articulación temporomandibular derecha.

Juicio clínico: absceso pterigoideo.

Diagnóstico diferencial: debería realizarse con abscesos superficiales del cuello que cursan con clínica similar pero que no comprometen estructuras profundas, tumores o masas de origen desconocido, lesiones congénitas de cabeza o cuello (higromas quísticos, quistes del conducto tirogloso o branquiales) y adenitis reactivas a algún proceso infeccioso a otro nivel.

Evolución: se contactó con el servicio de otorrinolaringología que indicó derivación al hospital de referencia para valoración por cirujano maxilofacial. Una vez en consulta, se le realizó tomografía axial computerizada (TAC) informado como absceso pterigoideo, se inició tratamiento antibiótico empírico intravenoso y drenaje vía intraoral, tras lo cual se resolvió el absceso sin necesidad de reintervención.

Conclusiones

Los abscesos profundos del cuello son complicaciones de infecciones, principalmente de origen odontogénico y de vías aéreas superiores, que afectan con más frecuencia a pacientes con comorbilidad que favorecen la diseminación de la infección. Muchos requieren tratamiento quirúrgico, evaluación y drenaje apropiado para obtener los mejores resultados, ya que puede diseminarse rápidamente. El absceso pterigoideo se encuentra medial a los músculos pterigoideos y lateral a la rama ascendente de la mandíbula., perteneciente al grupo de infecciones del espacio faríngeo lateral. Este tipo de abscesos son poco frecuentes, y cursan con fiebre, trismus y edema perimandibular y dolor a nivel cervical que limita la movilidad. Los gérmenes más frecuentes son la flora polimicrobiana orofaríngea.

Aportación del caso: es necesario realizar una exploración detallada a todos los pacientes, ya que como se puede ver en este caso un paciente sin ningún antecedente patológico de interés y con una simple afectación dental, termina presentando un absceso a nivel profundo, con el riesgo que supone.

Palabras Clave

Deep neck abscess, deep neck infection, focal infection dental.

Síndrome de Ramsay Hunt en herpes Zóster tras iniciar tratamiento con antiviral

Romero Mendoza A¹, Bolaños González Á², Díaz Leria S¹

¹ Médico de Urgencias. Hospital Antequera. Antequera (Málaga)

² Médico de Familia. Consultorio Humilladero. Málaga

Ámbito del caso

Atención hospitalizada, urgencias.

Motivos de consulta

Imposibilidad para cerrar ojo derecho junto con hipoacusia ipsilateral.

Historia clínica

Paciente de 40 años, sin antecedentes de interés ni alergias medicamentosas conocidas, que consulta por presentar imposibilidad para cerrar ojo derecho junto con hipoacusia derecha desde hace 24 horas. Además hace 9 días fue diagnosticada de herpes zóster por presentar lesiones faciales compatibles. En tratamiento, desde hace 48 horas, con fanciclovir oral y aciclovir tópico, junto con metamizol para el dolor. También tratado con pólvora por curandera.

Exploración: buen estado general, consciente y orientada, bien hidratada y perfundida. Imposibilidad para la oclusión de ojo derecho, no pliegues frontales, desviación de comisura bucal a la izquierda, resto de exploración neurológica normal. Lesiones vesiculares en región cervical y pabellón auricular difíciles de explorar por pólvora en toda su extensión. Resto de exploración sin hallazgos significativos.

Juicio clínico: síndrome de Ramsay Hunt en herpes zóster.

Diagnóstico diferencial: se debe realizar con patologías que presentan lesiones vesiculares similares (herpes simple, erisipela, rash vesicular, dermatitis de contacto), además de otras causas de parálisis facial periférica como la parálisis de Bell.

Tratamiento: valaciclovir 500 mg cada 12 horas durante 5 días, deflazacort 60 mg en pauta descendente, omeprazol 20 mg, viscofresh colirio cada 6 horas, estimulación de movimientos faciales y oclusión nocturna del ojo derecho

Evolución: en urgencias se ajustó el tratamiento y se citó para ser revisada por otorrinolaringología al día siguiente, quien continuó con su seguimiento hasta su curación completa.

Conclusiones

El síndrome de Ramsay Hunt se caracteriza por la asociación de parálisis facial periférica y erupción vesículo-costrosa a nivel auricular, asociado en ocasiones a síntomas cócleo-vestibulares. Suele aparecer a las 48 horas de la aparición de las lesiones. Representa la segunda causa de parálisis facial periférica atraumática, con mayor incidencia en la segunda y tercera década de la vida, sin predominio de sexo. Su tratamiento debe de ser con esteroides + antivirales (estos últimos controvertidos)

Aportaciones al médico de familia: es necesario tener en cuenta los riesgos- beneficios aportados por el tratamiento antiviral pasadas las primeras horas del inicio de las lesiones vesiculares, ya que su utilidad es controvertida, incluso pudiendo aportar efectos perjudiciales.

Palabras Clave

Ramsay hunt, facial palsy, herpes zóster.

Politraumatizado por accidente de tráfico. ¿Cómo lo afronto?

Ruiz Rodríguez M¹, Fernández Carmona C², Del Cuerpo Navarro A³

¹ Médico de Familia. CS Santa Fe. Granada

² Enfermera Dispositivo de Apoyo. CS Santa Fe. Granada

³ Conductor-Celador. CS Santa Fe. Granada

Ámbito del caso

Atención primaria-urgencias extrahospitalarias. ZBS. Rural.

Motivos de consulta

Accidente de tráfico con salida de vía.

Historia clínica

Varón de 50 años. Sin antecedentes de interés. Ha sufrido accidente de tráfico cayendo por desnivel de 1.5-2 m. Evidenciamos rotura de parabrisas posiblemente por golpe con la cabeza. Se moviliza con lentitud. Precisa liberación por bomberos.

Exploración: consciente, desconectado del medio y agitado. Ventilación espontánea, sin cianosis ni tiraje. AR: murmullo vesicular conservado sin ruidos patológicos. Palidez generalizada, hipotermia y relleno capilar mayor de 2 segundos. AC: taquicárdico sin soplos. No habla, sólo emite quejidos. Moviliza los miembros de forma similar. Pupilas isocóricas y normoreactivas. La exposición muestra leve eritema en hipocondrio izquierdo, sin dolor a la palpación ni crepitación.

Glasgow 11; GO 4; GV 2 ; GM 5. TA.: indetectable; FC: 142 l.p.m.; FR: 14 r.p.m.; SAT.O2: indetectable; Tª: 34°C. ECG: ritmo sinusal a 142 lpm. Repentinamente realiza asistolia de la que se recupera tras maniobras de reanimación cardio-pulmonar y primera dosis de adrenalina.

Juicio clínico: shock hipovolémico, politraumatizado.

Tratamiento: inmovilización cervical; monitorización; 2 vías venosas periféricas; perfusión de suero fisiológico 2000cc; sedación con midazolam y cánula de Guedel; oxígeno manteniendo saturaciones mayores del 95%.

Evolución: TAC completo: hematoma periesplénico y hemoperitoneo con dudosa lesión pancreática. Columna y cráneo sin lesiones. Se realiza laparotomía confirmando desgarro de raíz mesentérica en toda su extensión. Tras cirugía permaneció en uci con evolución satisfactoria.

Conclusiones

El politraumatismo representa la primera causa de muerte en las décadas iniciales de la vida, con enormes consecuencias socio-económicas. La actuación sistematizada permitirá abordar las patologías que comprometen rápidamente la vida y facilita la restauración de las necesidades vitales. La evaluación y manejo inicial incluye: 1. Evaluación primaria-soporte vital. 2. Evaluación secundaria. 3. Reevaluación continúa. 4. Tratamiento definitivo. La evaluación primaria requiere de una actuación secuencial (ABCDE), pasando al siguiente nivel si el precedente ha sido resuelto: A. Vía aérea con control cervical. B. Ventilación. C. Control cardiocirculatorio. D. Déficit neurológico. E. Exposición del paciente. La valoración cardiocirculatoria incluye: pulso, piel, relleno capilar, consciencia y datos precoces de shock como taquicardia y vasoconstricción cutánea. Su manejo incluye: 1. Canalizar dos vías venosas. Aunque el shock no esté establecido. 2. Expandir volemia con cristaloides (suero fisiológico, ringer lactato). 3. Monitorización electrocardiográfica. Asistolia y disociación electromecánica pueden ser resultado de la hipovolemia. 4. Traslado inmediato.

Palabras Clave

Emergency. Hypovolemia, advanced trauma life support.

Paciente con dolor y debilidad en ambas manos

Bolaños González Á¹, Romero Mendoza A², Díaz Leria S²

¹ Médico de Familia. Consultorio Humilladero. Málaga

² Médico de Urgencias. Hospital Antequera. Antequera (Málaga)

Ámbito del caso

Consulta de atención primaria, centro de salud.

Motivos de consulta

Dolor y debilidad en ambas manos.

Historia clínica

Paciente de 71 años, sin alergias conocidas a medicamentos. Alérgico al contraste yodado. Niega consumo de tóxicos. Exfumador desde hace 10 años.

Antecedentes personales: hipertensión arterial, dislipemia mixta, diabetes mellitus tipo 2 y apnea del sueño. Intervenido de estenosis aórtica con valvuloplastia y aortoplastia por aneurisma, con implantación de marcapasos definitivo. En tratamiento con sitagliptina, enalapril 5 mg, atorvastatina 40 mg, pantoprazol y sintrom 4 mg.

Anamnesis: acude en varias ocasiones, en las últimas dos semanas, refiriendo dolor en ambos brazos siendo más intenso en las manos, que no mejora a pesar del tratamiento analgésico y antiinflamatorio. En la última visita, comenta además sensación de hormigueo, dificultad en la movilidad y disminución de la fuerza principalmente en las primeras horas del día.

Exploración física: se aprecian nódulos artrósicos incipientes. La movilidad está conservada, aunque es dolorosa. Presenta disminución de la fuerza (IV/VI) en ambas manos y leve atrofia de musculatura de eminencia tenar. Sensibilidad conservada. Ante los hallazgos se solicitó una analítica completa con perfil de autoinmunidad, incluyendo factor reumatoide, que no se realizó porque fue ingresado por un cuadro de endocarditis infecciosa protésica precoz. Durante el ingreso se le realizó un estudio neurofisiológico cuyo resultado fue: polineuropatía sensitiva axonal (diabética); patrón miopático proximal.

Juicio clínico: amiotrofia diabética braquial evolucionada

Diagnóstico diferencial: deberíamos descartar procesos degenerativos (artrosis), autoinmunes (artritis reumatoide) y neuropatías distales.

Plan de actuación y evolución: se inició tratamiento rehabilitador y analgésico con leve mejoría de la clínica.

Conclusiones

La amiotrofia diabética es una forma poco frecuente de neuropatía diabética, que aparece sobre todo en diabéticos de años de evolución. La clínica típica es debilidad muscular de intensidad moderada-severa acompañada de atrofia. Suele tener una evolución subaguda con mejoría espontánea en meses, aunque pueden quedar secuelas permanentes. El tratamiento suele ser conservador (fisioterapia y control del dolor), aunque existen evidencias de que la utilización de inmunoglobulinas intravenosas mejoran la resolución del cuadro. Aunque se trate de un cuadro poco frecuente es necesario tenerlo presente, dado que puede llegar a ser muy limitante y necesitar tratamiento más específico que mejore ostensiblemente su evolución.

Palabras Clave

Diabetic neuropathies, diabetes mellitus, muscle weakness.

No siempre la “clínica de ACV” es un ACV

Gallardo Ramírez M¹, Vasco Roa T², Salas Cárdenas M³

¹ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Úbeda. Úbeda (Jaén)

² Médico de Familia. CS Úbeda. Úbeda (Jaén)

³ Médico de Familia. Hospital San Juan De La Cruz. Úbeda (Jaén)

Ámbito del caso

Atención primaria. Urgencias hospitalarias.

Motivos de consulta

Doctor llevo 7 días con pérdida de fuerza en brazo y pierna derechos, no hablo bien y tengo la boca torcida.

Historia clínica

Enfoque individual: Antecedentes personales: psicosis esquizofrénica. En tratamiento habitual con : valproato sódico, clonazepato de dipotasio, fluoxetina, biperideno, amisulpirida, clotiapina, paliperidona. No alergias a medicamentos conocidos.

Anamnesis: varón de 46 años lleva 7 días con disminución de fuerza de miembros derechos, disartria y desviación de comisura bucal a la derecha. No ha consultado antes porque lo achacaba al inicio del tratamiento con hierro oral la semana anterior.

Exploración: consciente y orientado. Buen estado general. Eupneico. Auscultación cardiaca: tonos rítmicos sin soplos. Auscultación pulmonar: murmullo vesicular sin ruidos sobreañadidos. Disminución de fuerza de brazo y pierna derecha. Desviación de comisura bucal y habla disartrica. Sensibilidad y equilibrio conservado, marcha tambaleante a la derecha. Demás pares craneales normales.

Pruebas Complementarias: se deriva al paciente a urgencias hospitalarias para la realización de : analítica: hemograma, bioquímica y coagulación normales. TAC craneal: lesión en lóbulo temporal izquierdo con extenso edema vasogénico. Radiografía tórax: masa pulmonar en lóbulo superior derecho y adenopatías paratraqueales. Se ingresa en neurología para diagnóstico definitivo.

Enfoque familiar: soltero, parcialmente dependiente de los padres por su enfermedad psiquiátrica.

Juicio clínico: lesión ocupante de espacio (LOE) frontal izquierda sugestiva de metástasis. Histología adenocarcinoma. Masa pulmonar en lóbulo superior derecho con adenopatías paratraqueales sugerente de tumor.

Diagnóstico diferencial: hemorragias subaracnoideas, accidente cerebro vascular isquémico o hemorrágico, tumor benigno o maligno cerebral, traumatismo cráneo encefálico, edema encefálico.

Tratamiento, plan de actuación: radioterapia, craneotomía frontotemporal izquierda guiada por imagen. Resección tumoral.

Conclusiones

Conclusiones y aportación para el médico de familia: una clínica que nos hace pensar en un accidente cerebro vascular puede sorprendernos y ser otra etiología la que la produzca. Por tanto, el médico de familia ha de estar actualizándose continuamente para poder pensar en el amplio abanico de patologías que pueden cursar con síntomas similares. La buena anamnesis y exploración física son fundamentales para el diagnóstico.

Palabras Clave

ACV, neoplasm, neurology.

Incidentaloma en ecografía de abdomen

Bolaños González Á¹, Díaz Lería S², Romero Mendoza A²

¹ Médico de Familia. Consultorio Humilladero. Málaga

² Médico de Urgencias. Hospital Antequera. Antequera (Málaga)

Ámbito del caso

Servicio de urgencias hospitalario.

Motivos de consulta

Dolor abdominal y disuria.

Historia clínica

Mujer de 28 años, sin alergias medicamentosas conocidas. Fumadora de 10 cigarrillos/día. Episodio de pielonefritis aguda con ecografía de abdomen normal. En tratamiento con nuvaring. Acude a urgencias por dolor en hemiabdomen derecho irradiado a fosa renal ipsilateral de unas horas de evolución, asociado a síndrome miccional y náuseas.

Exploración: abdomen blando y depresible, doloroso a la palpación en fosa ilíaca derecha, sin defensa. Puño percusión renal derecha positiva. Resto anodino.

Se solicitó analítica de sangre (leucocitosis con neutrofilia. PCR normal) y sistemático de orina (nitritos positivos, con incontables leucocitos y hematíes en el sedimento). Ecografía de abdomen: lesión focal, bien definida y moderadamente hiperecogénica, en el lóbulo hepático derecho. La paciente fue ingresada en el servicio de medicina interna para continuar con el estudio.

Juicio clínico: LOE hepática hipervascular, más probable hipertrofia nodular focal (HNF). ITU

Diagnóstico diferencial: con el resto de lesiones hepáticas hipervasculares (como el adenoma hepático, la HNF o el hepatocarcinoma firolamelar)

Evolución: se realizó urocultivo positivo a E. Coli multisensible. Para el diagnóstico de la lesión hepática se realizó un TAC abdominal y, posteriormente, una RMN con contraste (destaca lesión periférica en segmento VI, hiperintensa en T2. Tras administración de contraste intravenoso muestra un marcado realce en fase arterial con zona central más hipointensa). El caso se comentó en la sesión médico-quirúrgica en la que se decidió tratamiento conservador, retirada de los anticonceptivos y revisión en consulta de digestivo con ecografía de control.

Conclusiones

Tanto el adenoma hepático como la HNF (los diagnósticos más probables) son lesiones benignas. El adenoma se produce en mujeres en edad fértil que toman tratamientos que contienen estrógenos. Presentan un riesgo bajo de malignización y puede complicarse con rotura y hemorragia. La HNF (la segunda en frecuencia) suele afectar más a mujeres (8:1) en la tercera o cuarta década de vida. No suele estar relacionada con el uso de estrógenos, aunque si influyen en su crecimiento. Carecen de riesgo de malignización. Este tipo de hallazgo casual hace patente los beneficios que aportaría la ecografía en la consulta, ya que pondría de manifiesto lesiones asintomáticas que pueden tener consecuencias graves.

Palabras Clave

Focal nodular hyperplasia, adenoma liver cell, contraceptives oral hormonal.

Neumonía adquirida en la comunidad complicada con miopericarditis

Rodríguez Fariña M¹, Martínez Santiso L², Querol Fernández J³

¹ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Recinto. Hospital Universitario Ceuta. Ceuta

² MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Otero. Hospital Universitario Ceuta. Ceuta

³ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Recinto. Hospital Universitario Ceuta. Ceuta

Ámbito del caso

Atención primaria, atención especializada.

Motivos de consulta

Fiebre y tos con expectoración.

Historia clínica

Antecedentes personales: Paciente de 18 años de edad. Tabaquismo activo. No otros factores de riesgo cardiovascular conocidos. Vacunación completa. No alergias medicamentosas conocidas. Sin antecedentes familiares de interés.

Anamnesis: Acude a consulta de atención primaria por un cuadro de dos días de evolución de fiebre de hasta 38°C, tos con expectoración verdosa, artromialgias generalizadas y escalofríos. Niega antecedentes epidemiológicos de interés.

Exploración física: regular estado general, normohidratado y normoperfundido. Constantes vitales: TA: 118/70mmHg; SATO2: 98%; FC: 90lpm; glucemia: 98mg/dl. FR: 25 rpm. Tª: 37,8°C. Auscultación cardiopulmonar: murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos y ruidos cardíacos rítmicos, sin soplos. Orofaringe hiperémica con mucosidad verdosa en cavum. Escala fine: clase I. Resto de la exploración física sin hallazgos significativos.

Pruebas complementarias: Se solicita analítica de sangre, radiografía de tórax y electrocardiograma.

Plan de actuación: se inicia antibioterapia empírica con moxifloxacino 400mg cada 24 horas durante 7 días.

Evolución: Acude dos días después por quebrantamiento del estado general y dolor en región dorsal irradiado en forma ascendente hacia región cervical. Se revisan resultados de pruebas complementarias realizadas. Electrocardiograma: ritmo sinusal a 90lpm, PR descendido, elevación cóncava del segmento ST y ondas T picudas en cara inferolateral. Radiografía de tórax: condensación en lóbulo medio pulmonar derecho. Analítica de sangre: leucocitosis con neutrofilia, PCR 10,8mg/dl, mioglobina 295ug/l, troponina-I 12,72ug/l, CK 1289u/l. Se decide derivación al hospital para completar estudio y tratamiento. Durante su ingreso se realizan pruebas complementarias: Seriación enzimática (se alcanza pico de troponina-i en 16,72ug/l y CK 1524u/l). Hemocultivos y serología negativos. Tac de tórax: aumento de densidad en segmento medial del lóbulo medio, paracardíaco, con broncograma aéreo, compatible con una condensación neumónica. Ecocardiograma transtorácico: contractilidad conservada, FEVI 60%, válvulas con morfología y apertura normales, no derrame pericárdico. Coronariografía: sin lesiones significativas.

Juicio clínico: neumonía de la comunidad complicada con miopericarditis.

Diagnóstico diferencial: infarto agudo de miocardio, síndrome gripal.

Evolución: durante el ingreso recibió antibioterapia intravenosa y antiinflamatorios, con mejoría clínico-radiológica hasta su total recuperación.

Conclusiones

Es importante sospechar la presencia de complicaciones asociadas a la neumonía adquirida en la comunidad.

Palabras Clave

Pneumonia, myocarditis, pericarditis.

Amiloidosis traqueobronquial. A propósito de un caso

Salado Natera M, González Calbo Á, Crespo De La Corte M

Médico De Familia. Centro De Salud Medina Sidonia. Cádiz.

Ámbito del caso

Atención primaria/neumología.

Motivos de consulta

Dificultad respiratoria que no mejora a pesar del tratamiento con broncodilatadores, corticoides y antibioterapia.

Historia clínica

Enfoque individual: mujer de 57 años, sin alergias medicamentosas, exfumadora desde hace 9 años (índice acumulado de tabaco de 60). En seguimiento por digestivo por antecedentes familiares de cáncer de colon, resección de dos pólipos tubulovelloso con displasia leve en junio de 2014. Miomectomía hace 12 años. Tratamiento habitual: no realiza.

La paciente se derivó al hospital porque en los últimos cuatro meses presenta episodios de disnea que fueron tratados con broncodilatadores y corticoides. Los episodios suelen ser agudos, con ruidos de olla hirviendo y ortopnea. Durante el último episodio sin mejoría. Ingresa para estudio.

A la *exploración destaca:* abundantes roncus y sibilantes dispersos por ambos campos pulmonares. Resto de exploración normal.

Pruebas complementarias: hemograma, bioquímica y coagulación normales. Placa de tórax: ligero engrosamiento hilar bilateral. Electrocardiograma normal. Fibrobroncoscopia: en tercio distal de la traquea mucosa de aspecto tumoral que ocluye la luz al 50% y en espiración al 85%. En árbol bronquial bilateral se observa una mucosa hiperemica y engrosada. Anticuerpos para enfermedad autoinmune negativos.

Enfoque familiar y comunitario: administrativa de profesión, actualmente de baja por incapacidad absoluta. Acontecimientos vitales estresantes: muerte de un hermano por cáncer de colon y otro por cáncer de próstata. Madre de dos hijas, una en el extranjero y otra en el domicilio familiar. Cuidador principal su marido. Buen apoyo familiar.

Juicio clínico: amiloidosis traqueobronquial.

Diagnóstico diferencial: neumonías de repetición, asma, neoplasias.

Tratamiento: corticoides, broncodilatadores, mucolíticos y braquiterapia.

Evolución: la paciente aunque ha mejorado con la braquiterapia necesita ingresos frecuentes en el hospital por crisis de disnea producidos por tapones mucosos.

Conclusiones

La amiloidosis es una enfermedad sistémica de origen desconocido que se caracteriza por depósito extracelular de proteínas, la afectación pulmonar por amiloidosis puede ser tanto secundaria como primaria, sistémica o localizada. Se estima una incidencia entre 5 y 10 personas por millón de habitantes/año; sin embargo, la afectación primaria pulmonar es mucho más infrecuente. Nos encontramos ante un caso complicado que va a requerir un apoyo multidisciplinar tanto desde el centro de salud como hospitalario.

Palabras Clave

Amiloidosis, disnea, traqueobronquial.

Muerte súbita en mujer joven

Guevara Barroso V¹, Torres Tejado M², Macías Rodríguez M³

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Molino Vega. Huelva

² Médico de Familia. UGC y DCCU Móvil Condado-Campiña. Huelva

³ Enfermera. Equipo de Emergencias DS Campiña. Huelva

Ámbito del caso

Avisan por pérdida de conocimiento en mujer joven por pérdida de conocimiento con recuperación espontánea tras 4 minutos.

Motivos de consulta

Síncope y dolor torácico.

Historia clínica

Antecedente personales: no RAM, fumadora 20-30 cigarrillos día, hipercolesterolemia, en estudio por caídas frecuentes, hemorragia subaracnoidea “con secuelas” (movimientos incontrolados lengua) según refiere familiar, ortodoncia por desplazamiento de dientes consecuencia de lo anterior.

Antecedentes familiares: 2 tías y madre fallecidas por muerte súbita, “problemas cardiacos”, a edad temprana según la hermana la que falleció a mayor edad fue su madre a los 51 años. Hermana con cáncer de mama en tratamiento con quimioterapia actualmente.

Anamnesis: paciente de 42 años asistida por equipo médico en su domicilio por síncope con pérdida de consciencia de 4 minutos de duración con relajación de esfínteres precedido de dolor torácico opresivo irradiado a mandíbula sin cortejo vegetativo, de 5 minutos de duración, acompañado de disnea siendo diagnosticada de Scaest anterolateral. Cuando se va a iniciar traslado, el dolor aumenta, EVA 10, coincidiendo con ritmo cardíaco de taquicardia ventricular (TV) con pulso con cardioversión sincronizada continuando a TV sin pulso, se desfibrila y posteriormente comienza con fibrilación ventricular, continuándose maniobras de rcp durante 40 minutos sin éxito.

Pruebas complementarias: 1º EKG (11.31h): (con dolor EVA: 8) ritmo sinusal a 70 lpm, eje normal, PR y QRS normal. Supra desnivelación en AVL, I y de V2 a V5. Infra desnivelación en AVF, II y III. 2º EKG (11.51 h) (con dolor EVA: 2) : ritmo sinusal a 70 lpm, con dolor, eje normal, PR y QRS normal. Onda T picuda de V4 a V6. ST isoelectrico en todas las derivaciones coincidiendo con la disminución del dolor y la desaparición de la disnea. 3º EKG (12.03h) (dolor EVA=10): taquicardia ventricular con rachas de fibrilación ventricular. 4º EKG (12.55h): asistolia.

Conclusiones

Diagnóstico diferencial: Miocardiopatía hipertrófica: principal causa de muerte súbita en jóvenes. Herencia autosómica dominante. Miocardiopatía dilatada: dilatación y disfunción sistólica. Herencia autosómica dominante. Displasia arritmogénica del ventrículo derecho: pérdida progresiva de miocitos que son remplazados por tejido fibroadiposo. Herencia autosómica dominante. Síndrome de brugada: canalopatía autosómica dominante que se caracteriza por episodios de taquicardia ventricular polimórfica rápida. Síndrome QT largo: arritmias cardíacas con QT largo. Se debe a anomalías estructurales en los canales de Na y K. Se desencadena con el estrés y la toma algunos medicamentos. Taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica: hereditaria que se presenta en corazón estructuralmente normal. Se desencadena ante la liberación de catecolaminas.

El primer EKG podría estar en relación con un vasoespasmo coronario. Aunque dado los antecedentes personales y familiares de la paciente también cabe la posibilidad de estar ante una paciente con arritmia maligna no detectada previamente (a lo largo de su vida había sufrido síncope)

Palabras Clave

Death, sudden, young adult, cardiac.

Otra forma de presentación de la diabetes

Sánchez García M¹, Bejarano Ávila G², Reyes Gilabert E³

¹ Médico de Familia. DS Sevilla Sur. Sevilla

² Odontóloga. UGC Bucodental. DS Aljarafe Sevilla-Norte. Sevilla

³ Odontólogo. DS Aljarafe-Sevilla Norte. Sevilla

Ámbito del caso

Atención primaria. Caso multidisciplinar.

Motivos de consulta

Aumento en la movilidad dentaria y sangrado.

Historia clínica

Enfoque individual. Antecedentes personales: no alergias medicamentosas. No enfermedades conocidas.

Antecedentes familiares: madre diabética.

Anamnesis: mujer de 63 años, acude a consulta de odontología por aumento en la movilidad de los dientes y sangrado desde hace dos meses. Presenta sobrepeso, refiriendo poliuria y fatiga a moderados esfuerzos. Se deriva a su médico para control analítico seguimiento ante la sospecha de diabetes.

Exploración física: en el examen intrabucal se objetiva inflamación general de la encía y cambio de coloración. Movilidad dental grado 2 en dientes 11, 12 y 13. Bolsas periodontales de 9 mm en dientes 11, 12 y 15.

Pruebas complementarias: ortopantomografía se objetiva resorción ósea en 11,12 y 15 principalmente, gran destrucción ósea e infección. Analítica con glucemia 180 mg/dl, HBA1C 9%, triglicéridos 200mg/dl, resto normal.

Enfoque familiar y comunitario: vive sola. Independiente para las actividades básicas de la vida diaria. Buen apoyo familiar por parte de sus hijos.

Juicio clínico: enfermedad periodontal del adulto. Debut diabetes tipo 2, hiperlipemia mixta.

Diagnóstico diferencial de la enfermedad periodontal con otras entidades como son la estomatitis aftosa recurrente, herpangina, mucositis bacteriana, fúngica o por citostáticos, eritema exudativo multiforme, ulceraciones traumáticas (mordeduras, lesiones por prótesis), virus herpes simple.

Tratamiento: se dan pautas de higiene oral, curetaje para evitar progresión de la resorción ósea y antibiótico (metronidazol) por la gingivitis. Su médico le prescribe antidiabéticos orales (metformina), dietoterapia y ejercicio físico.

Plan de actuación: se cita una vez se objetivado control glucémico para continuar el tratamiento odontológico.

Evolución: la paciente es colaboradora con buena adherencia al tratamiento y mejoría de su enfermedad periodontal.

Conclusiones

La diabetes mellitus tipo 2 tiene una elevada morbimortalidad, en las últimas décadas aumentado su prevalencia espectacularmente debido presumiblemente al aumento concomitante de la obesidad. Considerándose un problema de salud pública. La enfermedad periodontal es motivo frecuente de consulta en odontología, en diabéticos mal controlados. El tratamiento de la diabetes corresponde a atención primaria, es importante que los odontólogos tengan conocimiento para poder detectarla y derivarla precozmente, manteniendo una buena comunicación entre los distintos facultativos que intervengan a fin realizar un abordaje integral.

Palabras Clave

Geriatrics, diabetes mellitus, periodontal disease.

A propósito de un caso de debut de hiperparatiroidismo

Peñato Luengo A¹, Sánchez García M², Ruiz Alcalá M¹

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Don Paulino García Donas. Alcalá Guadaira (Sevilla)

² Médico de Familia. CS Don Paulino García Donas. Alcalá Guadaira (Sevilla)

Ámbito del caso

Atención primaria y especializada. Caso multidisciplinar.

Motivos de consulta

Paciente que acude por dolor brusco de espalda irradiado a genitales.

Historia clínica

Enfoque individual. Antecedentes personales: DM tipo I en tratamiento con insulina. Bebedor esporádico.

Anamnesis: paciente de 27 años que acude por presenta de modo brusco e intenso dolor en espalda y abdomen irradiado a genitales acompañado de náuseas y vómitos. Ha notado pérdida de peso en los últimos meses.

Exploración física: actitud inquieta y diaforética. Tª 36,9°C, fondo de ojo se observan algunos microaneurismas, frecuencia cardiaca 100. Abdomen doloroso de manera difusa con reducción de ruidos intestinales.

Pruebas complementarias: analítica: glucemia 139, BUN 28, creatinina 2,4, calcio 12,8, fósforo 1,4, HBAC1 8,5%, con una PTH aumentada. Orina: proteinuria, leucocituria, hematuria. Se deriva a endocrinología para completar estudio: calciuria en orina de 24 horas baja.

Enfoque familiar y comunitario: paciente soltero que vive con sus progenitores. Últimamente se encuentra estresado por la inestabilidad laboral (es autónomo) y por su futura celebración nupcial.

Juicio clínico: hiperparatiroidismo primario.

Diagnóstico diferencial: con otras entidades que puedan debutar con sintomatología similar como la litiasis urinaria, cólico biliar, pancreatitis aguda, diverticulitis aguda, lumbalgia, aneurisma aorta abdominal, porfiria aguda intermitente, neoplasia endocrina múltiple tipo I, neoplasia endocrina múltiple tipo 2A, hipertiroidismo secundario, hipercalcemia tumoral o maligna.

Tratamiento, planes de actuación: analgesia, hidratación. Se realiza una paratiroidectomía.

Evolución: se programan visitas de seguimiento. Mejorando la sintomatología inicialmente descrita, tras realizarse la intervención quirúrgica.

Conclusiones

Como ha quedado patente, la dificultad y variedad de posibles diagnósticos, hacen complejas la decisión final y la elección del tratamiento. En cuestión de probabilidad en la consulta de medicina de familia, la frecuencia de una clínica semejante al caso que nos ocupa, hace pensar en un cólico nefrítico, sin que se vea asociada otra enfermedad como la que ha resultado del diagnóstico. Aunque la diagnosis del cólico nefrítico sea la primera opción, no podemos dejar de observar otros datos expuestos por las pruebas realizadas y/o síntomas que nos cuente el paciente (método clínico centrado en el paciente).

Cardiopatía isquémica en contexto de anemia por adenocarcinoma de colon

Martín Benítez P¹, Rodríguez Tejada N², Moreno Fontiveros M³

¹ Médico de Familia. CS El Campillo. Sevilla

² CS Cañada Rosal. Sevilla

³ Médico de Familia. CS Estepa. Sevilla

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de consulta

Paciente de 63 años que acude a la consulta por dolor torácico de horas de evolución.

Historia clínica

Anamnesis: paciente varón de 63 años que acude a consulta de atención primaria por dolor torácico opresivo irradiado hacia brazo izquierdo de varias horas de evolución, no varía con los movimientos ni la palpación. Sin cortejo vegetativo acompañante.

Antecedentes personales: hipertensión arterial, hipertrofia benigna de próstata, úlcera duodenal. Sin antecedentes familiares de interés.

Exploración: aceptable estado general. Bien hidratado y perfundido. Eupneico en reposo. Buena coloración de piel y mucosas. Corazón rítmico, no soplos. Buen murmullo vesicular sin ruidos patológicos añadidos. No soplo carotideo, no regurgitación yugular, no reflejo hepatoyugular. Abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpación, no signos de irritación peritoneal. No edemas en miembros inferiores, no signos de trombosis venosa profunda. Se deriva al hospital donde se solicita: analítica: hemograma, bioquímica y coagulación. Se observa movilización de troponinas y una anemia de origen a filiar.

Radiografía tórax: índice cardiorrácico normal. Estructuras vasculares normales, sin signos de insuficiencia cardíaca. No se aprecian lesiones sugestivas de condensación ni derrame. No alteraciones óseas importantes. Estudio de sangre oculta en heces: positiva. Colonoscopia: adenocarcinoma de colon. Tomografía axial computarizada tórax/abdomen: adenocarcinoma de colon estadio iv con metástasis hepáticas.

Juicio clínico: cardiopatía isquémica en contexto de anemia por adenocarcinoma de colon. Adenocarcinoma de colon estadio IV con metástasis hepáticas.

Diagnóstico diferencial: hemorroides, diverticulitis, colitis ulcerosa.

Tratamiento: resección de primario y peritoneal. Tratamiento con quimioterapia.

Conclusiones

Tras la resección del tumor primario y peritoneal y el tratamiento con quimioterapia el paciente evoluciona favorablemente, desaparece nódulo hepático.al no existir alteraciones arterioscleróticas en la coronaria la isquemia se ha podido producir por déficit de oxígeno secundario a la anemia.

Palabras clave: heart diseases, anemia, neoplasias

Palabras Clave

Heart diseases, anemia, neoplasms.

Efectos de la carotenemia en la piel

Martín Benítez P¹, Rodríguez Tejada N², Moreno Fontiveros M³

¹ Médico de Familia. CS El Campillo. Sevilla

² CS Cañada Rosal. Sevilla

³ Médico de Familia. CS Estepa. Sevilla

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de consulta

Paciente de 16 años que presenta intensa pigmentación amarilla en las palmas de ambas manos.

Historia clínica

Anamnesis: paciente mujer de 16 años que acude a consulta de atención primaria, acompañada por su madre, por intensa pigmentación amarilla en las palmas de ambas manos de varios días de evolución. Sin antecedentes personales y/o familiares de interés.

Exploración: buen estado general. Ausencia de pigmentación amarilla escleral.

Pruebas complementarias: analítica: hemograma, bioquímica perfil hepático y orina. Resultados normales, sin alteraciones.

Estilo de vida y estado nutricional: la paciente refiere llevar una vida tranquila, vive con sus padres y va al instituto. Su alimentación es equilibrada. Le gusta mucho la fruta, bebe mucho zumo de naranjas y zanahorias.

Juicio clínico: carotenemia.

Diagnóstico diferencial: patología hepatobiliar, hemolisis y/o pigmentación.

Tratamiento: no requiere tratamiento farmacológico. Dieta equilibrada. Suspender el uso de grandes cantidades de caroteno para que la piel recupere su coloración normal.

Evolución: el paciente ha evolucionado bien y sin complicaciones. Al retirar de la dieta los alimentos con caroteno la piel ha recuperado su color normal.

Conclusiones

La carotenemia es causada por la ingestión de grandes cantidades de alimentos que contiene caroteno como determinadas frutas y verduras. El caroteno es un precursor de la vitamina A, estando presente en diversos alimentos. Al retirar de la dieta todo alimento que contenga caroteno la piel recuperará su coloración normal en unas semanas.

Palabras Clave

Carotene, skin, primary care.

La importancia de la anamnesis en el diagnostico precoz: tétanos generalizado

Moreno Fontiveros M¹, Castellano Álvarez M², Martínez Vera M³

¹ Médico de Familia. CS Estepa. Sevilla

² Médico de Familia. CS Osuna. Sevilla

³ Médico de Familia. CS Gilena. Sevilla

Ámbito del caso

Urgencias.

Motivos de consulta

Varón 55 años que acude a urgencias CS por sensación de rigidez mandibular.

Historia clínica

En las últimas horas, sensación de rigidez mandibular. Intervenido quirúrgicamente 10 días antes por fractura abierta radiocubital izquierda, tras caída en su domicilio (se administra toxoide antitetánico).

Exploración anodina, pero dado los antecedentes del paciente se deriva al urgencias hospitalarias, donde es valorado al día siguiente por otorrinolaringología, observando trismos evidente y empeoramiento clínico evidente (dificultad deglución y al respirar, afebril).

Análítica general anodina, salvo PCR 15 mg/l (0-5) y CK 200 (410-195).dada la evolución clínica del paciente se ingresa, presentando una evolución tórpida. El paciente presentó un aumento del tono de extremidades, clonías, trismo y tendencia al opistótono que se fue intensificando progresivamente, requiriendo ingreso en uci y ventilación mecánica invasiva. Determinación anticuerpos IGG frente clostridium tetani positivo.

Conclusiones

El tétanos es una enfermedad aguda de distribución mundial y presentación esporádica, infrecuente en países industrializados. Por su elevada tasa de letalidad aún representa un problema de salud pública, en especial en regiones con programas preventivos deficientes. El tétanos es una enfermedad grave y potencialmente mortal, que afecta al sistema nervioso y causada por la bacteria clostridium tetani. El tétanos generalizado es la presentación más común y más grave (81%). Produce un aumento del tono muscular y espasmos generalizados. Se inicia con trismo, es decir, contractura de los músculos maseteros, temporales y pterigoideos que impide la apertura de la boca, que posteriormente se generaliza, posteriormente los espasmos progresan de forma descendente y al afectar los músculos abdominales y paravertebrales se origina el opistótonos. Los espasmos son recurrentes, paroxísticos y sumamente dolorosos. No deterioro cognitivo. El diagnóstico precoz de esta enfermedad se basa en la clínica y antecedentes del paciente, por ello es importante incluirla dentro del diagnóstico diferencial a pesar de ser poco frecuente en países desarrollados con alta cobertura vacunal como España.

Palabras Clave

Clostridium tetani, tetanus, trismus.

Ya en la puerta: antes de irme..., creo que tengo hemorroides, ¿qué me pongo?

Alconchel Cesar A¹, Selma Santamaria D²

¹ Médico de Familia. CS Espera. Cádiz

² Médico de Urgencias. Hospital Universitario Puerto Real. Cádiz

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de consulta

No gestación tras 18 meses intentándolo. De forma secundaria, algo para las hemorroides.

Historia clínica

Mujer 27 años.

Antecedentes personales: dismenorrea, intervención hernia inguinal derecha, estudiada 2014 por ginecología diagnosticada de Spoting.

Antecedentes familiares padre cáncer colon (61 años), también tías paternas (no especifica número), una fallecida a los 30 años.

Consultó tres meses antes por rectorragia con defecación, de 3 días de duración acompañada de proctalgia, se le realizó tacto rectal siendo normal. Fue derivada a digestivo (colonoscopia normal) alta sin patología. Ahora acude para solicitar estudio fertilidad (no gestación 18 meses), comenta al irse que podría aconsejar para las hemorroides.

Realizamos anamnesis nueva, refiere rectorragia con defecación de 3 días, poca cuantía, proctalgia importante, sensación de tenesmo rectal y vesical, le ocurre cada mes coincidiendo con regla. Preguntamos por qué rectal y no vaginal. Dice usar Tampax. Solicitamos acuda a consulta con menstruación. Exploración menstruando: tacto rectal dedil manchado por sangre.

Diagnóstico: rectorragia, endometriosis ectópica.

Derivada servicio de ginecología especificando sospecha endometriosis ectópica y la normalidad de colonoscopia realizada 3 meses antes, solicitan RMN confirma focos endometriosis ectópica en pared rectal, cúpula vejiga y ligamento ancho. Solicitan cistoscopia: foco endometriósico cara lateral derecha /suelo vesical de 1 cm. nueva colonoscopia: focos que se biopsian. Realizan histerosalpingografía detectándose obstrucción tubárica derecha. Urología propone valoración terapéutica conjunta con ginecología y digestivo. Aunque recomienda RTU vesical.

Evolución clínica: la rectorragia y proctalgia han aumentado. La paciente está con ánimo triste por no gestar. Un año tras la consulta en atención primaria, no tiene realizada ninguna intervención terapéutica. Fue informada de que precisará tratamiento para conseguir gestación y está a la espera de que se decida tratamiento conjunto por urología, digestivo y ginecología.

Conclusiones

Una correcta anamnesis es importantísima y nos orienta al diagnóstico correcto. Necesitamos tiempo y atención plena en el paciente para realizarla.

Palabras Clave

Menstruation, rectum, endometriosis.

Consolidación en radiografía de tórax que no desaparece. La TBC también existe

Álvaro Calero A¹, Codina Lanaspá A², Praena Crespo M²

¹ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC La Candelaria. Sevilla

² Médico de Familia. UGC La Candelaria. Sevilla

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de consulta

Disnea en niño de 13 meses.

Historia clínica

Antecedentes personales: sin interés. No acude a guardería. Correctamente vacunado.

Enfoque familiar: como AF, padre asmático. Convive con su madre. No hermanos.

Anamnesis: paciente de 13 meses que acude a consulta por disnea de varias horas de evolución sin fiebre.

A la exploración presenta asimetría en el murmullo vesicular, con sibilantes espiratorios en campos anteriores e hipoventilación de hemitórax derecho. Tras aerosolterapia, mejoría clínica y auscultatoria aunque persiste hipoventilación derecha.

Se solicita RX tórax donde se objetiva consolidación y dada la clínica y edad del paciente, se instaura tratamiento antibiótico con doble antiobiterapia, amoxicilina a 80 mg/kg y azitromicina 10mg/kg.

A la semana del tratamiento antibiótico y broncodilatador, presenta mejoría clínica. Al mes, en radiografía de control, persiste la consolidación y asocia derrame pleural. Dada la mejoría clínica pero el empeoramiento de la RX, se deriva para estudio de complicación de neumonía vs probable TBC que finalmente es diagnosticada tras Mantoux de 15 mm y PCR positiva para M. Tuberculosis

Conclusiones

Los virus solos o en coinfección viral o bacteriana son los agentes predominantes en menores de 5 años, aunque *streptococcus pneumoniae* (neumococo) destaca como agente etiológico a cualquier edad. Además de amoxicilina, instauramos tratamiento con azitromicina para cubrir gérmenes atípicos dados la discordancia clínico-radiológica. Ante la falta de respuesta al tratamiento prescrito y el empeoramiento de la radiografía de control, debemos pensar en otras etiologías. Dada la epidemiología de nuestra UGC, de entre los primeros diagnósticos diferenciales se encuentra la TBC.

Palabras Clave

Dyspnea, tuberculosis y pneumonia.

Masa cervical

Montilla Álvaro M¹, Ortega Carpio A², García Ruíz C¹

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Torrejón. Huelva

² CS El Torrejón. Huelva

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de consulta

Masa cervical de crecimiento progresivo en los últimos 2 meses, hasta alcanzar 3 cm de diámetro.

Historia clínica

Antecedentes: mujer, 31 años, nacionalidad polaca, residente en España desde los 19, separada sin hijos. No fumadora. Vacunada BCG. Dermatitis atópica con varios episodios de otitis externa y asma bronquial leve. Cuatro parejas sexuales los últimos 10 años con relaciones no protegidas intermitentes, habiéndose solicitado determinación VIH hace un año con resultado negativo.

Exploración: palpamos tumoración latero cervical de unos 3 cm de diámetro localizada anterior al músculo esternocleidomastoideo (triángulo anterior), de consistencia dura y algo dolorosa, sin enrojecimiento ni aumento de temperatura. No signos de afectación sistémica. Otoscopia y orofaringe normal.

Enfoque familiar y comunitario: no precisa

Diagnóstico diferencial: ante una masa cervical de estas características hay que plantearse como posibles las causas congénitas, inflamatorias y neoplásicas. La localización en el triángulo anterior del cuello no hace sospechar una lesión neoplásica, optándose por un tratamiento conservador con antiinflamatorios y amoxicilina-clavulámico en espera de pruebas complementarias

Plan de actuación: solicitamos hemograma con bioquímica, PCR, VSG y serología normal (toxoplasma, brucella, RPR, VIH negativos. CMV IGG y VEB IGG positivos). No se solicita Mantoux por el antecedente de vacunación con BCG. Radiografía de tórax sin hallazgos patológicos.

Evolución: la persistencia de la tumoración en ausencia de datos complementarios de primer escalón que orienten el diagnóstico recomienda solicitar estudio de imagen a través del servicio de ORL. Se realiza TAC de cuello informado como lesión focal quística latero cervical izquierda de 3 cm anteromedial al músculo esternocleidomastoideo. Adenopatías laterocervicales de 1,5 cm probablemente reactivas a la lesión descrita.

Juicio clínico: quiste de la segunda hendidura branquial probablemente sobreinfectado con adenopatías reactivas.

Conclusiones

La presencia de masas cervicales en adultos exige descartar causas inflamatorias (frecuentes), pero también neoplásicas y congénitas (infrecuentes). La presencia de masas en el triángulo anterior del cuello sugieren benignidad. La normalidad de las pruebas complementarias de primer escalón realizadas en atención primaria hace recomendable solicitar estudio de imagen para alcanzar el diagnóstico.

Palabras claves

Head and neck, neoplasms, lymphadenitis

Lo que parece pero no es, la importancia del diagnóstico diferencial

Correa Gómez V¹, Oualy-Ayach Hadra G¹, García Martín M²

¹ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Úbeda. Jaén

² Médico de Familia. DCCU Úbeda. Jaén

Ámbito del caso

Atención primaria, urgencias, cirugía digestiva.

Motivos de consulta

Vómitos en “poso de café”.

Historia clínica

Varón de 75 años, sin alergias medicamentosas conocidas y bebedor de 2 copas de vino/día, con antecedentes personales de hipertensión arterial, trombosis venosa profunda y tromboembolismo pulmonar. Tratamiento: sintrom, pitavastatina y olmesartán.

Acude a centro de salud por presentar hace un par de horas 2 vómitos abundantes en posos de café (no malolientes), dolor abdominal localizado a nivel de mesogastrio desde hace 2 días, estreñimiento desde ayer y ventoseo escaso.

En la exploración presenta abdomen globuloso, con ruidos hidroaéreos conservados, tacto rectal con ampolla vacía, palidez mucocutánea y taquipnea. Resto de exploración por aparatos y sistemas normal.

Se envía a urgencias para realizar pruebas complementarias. En la analítica: urea de 70; resto normal. Radiografía con distensión de intestino delgado. Gastroendoscopia normal. Y TAC con imagen de isquemia de asa de intestino delgado en flanco izquierdo.

Se diagnostica de isquemia mesentérica de intestino delgado. Se realiza resección de parte de intestino delgado y tras buena evolución, a los 5 días es dado de alta con recomendaciones de dieta blanda, evitar realizar esfuerzos durante unos meses y continuar con tratamiento habitual. Desde atención primaria seguiremos evolución de herida quirúrgica y si aparece alguna complicación.

Conclusiones

Atendiendo al motivo de consulta la primera sospecha diagnóstica fue la de hemorragia digestiva alta. Es importante preguntar por consumo habitual de alcohol, realizar un tacto rectal y valorar analítica en busca de síndrome anémico. También la distensión abdominal, estreñimiento y ausencia de ventoseo, junto a la distensión radiológica de intestino delgado, nos orientaría hacia una oclusión intestinal. Pero valorando los antecedentes de trombosis del paciente, junto al dolor y distensión abdominal, deberíamos pensar en isquemia mesentérica.

La isquemia mesentérica aguda se debe sospechar ante dolor abdominal desproporcionado a la exploración física y la distensión abdominal en paciente con factores de riesgo cardiovascular. En la radiografía hay asas de intestino delgado dilatado y en casos avanzados neumatosis de la pared. El diagnóstico de confirmación es con angio-TC. Y el tratamiento es la resección intestinal de asas no viables.

Palabras Clave

Abdominal pain, diagnosis differential, mesenteric ischemia.

Dolor abdominal de etiología atípica

López Coto M¹, Trueba Carreón J², Díaz Carrasco D³

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Torrejón. Huelva

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Gibraleón. Huelva

³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Molino De La Vega. Huelva

Ámbito del caso

Atención primaria, urgencias hospitalarias y atención especializada.

Motivos de consulta

Dolor abdominal infraumbilical, irradiado a fosas ilíacas.

Historia clínica

Enfoque individual, familiar y comunitario: Varón de 21 años, estudiante y deportista activo. No alergias a medicamentos, hábitos tóxicos ni antecedentes familiares ni personales de interés. Vive con sus padres, buen apoyo familiar.

Anamnesis: Acude a su médico de familia por dolor abdominal infraumbilical irradiado a ambas fosas ilíacas, cólico de 48 horas de duración. El profesional lo deriva al hospital dado la persistencia y la afectación del paciente para descartar un posible abdomen agudo.

A la exploración: constantes vitales normales, afebril, dolor a la palpación infraumbilical irradiado a ambas fosas ilíacas, sin signos de peritonismo. Resto de exploración por aparatos normal.

Pruebas complementarias: EKG sin alteraciones. Analítica: bioquímica básica, amilasa, bilirrubina y troponina normales, hematología normal. Radiografía de tórax y abdomen normales.

El paciente es dado de alta sin criterios de alarma. A las 48 horas vuelve a urgencias. Además del dolor presentaba malestar, diaforesis, tensiones de 60/40 y frecuencia de 110 latidos por minuto. Se pide ecografía abdominal urgente, el radiólogo decide realizar TAC abdominal con el hallazgo sorprendente de trombosis de vena cava inferior. Ingresa en UCI, inicia tratamiento con acenocumarol, tras 72 horas sube a planta y tras 10 días es dado de alta.

Evolución: A los 5 días del alta vuelve a consultar por dolor en muslo izquierdo y febrícula. Se pide eco-doppler hallando trombosis de todo el territorio venoso del miembro izquierdo. Ingresa en planta e inicia tratamiento con tinzaparina. En el estudio de coagulopatías detectamos anticardiolipina positivos.

Juicio clínico: Trombosis venosa profunda de vena cava inferior y del territorio venoso de miembro inferior izquierdo secundarios a síndrome antifosfolípido.

Conclusiones

Aplicabilidad en medicina de familia: Por una parte, la importancia de identificar signos de alarma que hagan sospechar un posible abdomen agudo que debemos derivar a urgencias. Y por otro lado, en cuanto a la trombosis masiva en un paciente tan joven, pensar que suele existir una patología de base que lo justifique, como en este caso, el síndrome antifosfolípido para que pensemos en él y lo investiguemos.

Palabras Clave

Abdominal pain , venous thrombosis , antiphospholipid syndrome.

Doctor tengo una masa

Barroso Recasens C¹, Sánchez García M², Peñato Luengo A¹

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. DS Sevilla Sur. Sevilla

² Médico de Familia. DS Sevilla Sur. Sevilla

Ámbito del caso

Caso multidisciplinar: atención primaria, urgencias y especializada.

Motivos de consulta

Masa supraesternal.

Historia clínica

Enfoque individual. Antecedentes personales: no alergias medicamentosas conocidas. No hábitos tóxicos. Hipertensión arterial, insuficiencia cardiaca congestiva izquierda, insuficiencia renal crónica, nefroangioesclerosis, eritrodermia por psoriasis.

Anamnesis: paciente que acude por presentar desde hace 2 semanas en región supraesternal una masa, que posteriormente se traslada a zona infraclavicular izquierda, sin otra sintomatología acompañante.

Exploración física: masa en región infraclavicular izquierda, fija, dura, no dolorosa a la exploración, de bordes eritematosos. En miembro inferior derecho de objetiva úlcera vascular con signos de infección local. Se deriva a urgencias del hospital de referencia para completar estudio, desde donde se decide ingreso hospitalario en la unidad de infecciosos.

Pruebas complementarias: bioquímica: PCR 72mg/l, NA 131 meq/l, k 5.1 meq/l resto normal. Hemograma: leucocitos 11.63×10^9 (68% neutrofilos, 14% linfocitos, 9% eosinofilos, 9,2% monocitos, 0.3% basofilos). Hemoglobina 9,8 g/dl HCM 25.4 PG, RDW 16.4%, plaquetas 602.00×10^9 . VSG: 119 mm/h (0.00-12.00). Serología: adenovirus (IGM negativo, IGG positivo), CMV (IGM negativo), VEB (IGG AC VCA positivo, IGG AC EBNA negativo, IGM AC VCA negativo). Hemocultivo: negativo. Exudado herida quirúrgica: staphylococcus aureus. Exudado faríngeo, inguinal y rectal negativo. Exudado nasal staphylococcus aureus meticilin resistente.

Enfoque familiar y comunitario: vive con su marido. Independiente para las actividades básicas de la vida diaria. Buen apoyo familiar.

Juicio clínico: artritis séptica esterno clavicular y costoesternal con osteomielitis asociada y masa de partes blandas con zona abscesificada cervical anterior con extensión a mediastino superior.

Diagnóstico diferencial: adenopatía reactiva a neoplasia desconocida, tuberculosis, tumoración mediastínica primaria y otras masas mediastínicas de otra etiología.

Tratamiento, plan de actuación: se pauta antibioterapia con levofloxacino 500mg cada 24 horas y rifampicina 600mg cada 24 horas. Se prolonga el tratamiento 4 semanas con TAC de control al finalizar el tratamiento.

Evolución: mejoría clínica hasta resolución completa del cuadro.

Conclusiones

La artritis séptica es una verdadera urgencia médica ortopédica. La duración de los síntomas antes del tratamiento constituye el factor pronóstico más importante. La importancia del diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno, ya que su demora puede producir daños permanentes.

Uso de la ecografía en los servicios de urgencias hospitalarias de Andalucía

Recio Ramírez J¹, Sánchez Sánchez M², Aguilera Peña M¹, Romero De Castilla Y Gil R¹, Calero Rojas M1, Del Campo Molina E³

¹ Médico de Familia. Servicio de Urgencias. Hospital Montilla. Córdoba

² Enfermera. Servicio de Urgencias. Hospital Montilla. Córdoba

³ Médico Intensivista. Servicio de Urgencias. Hospital Montilla. Córdoba

Objetivos

Identificar el mapa andaluz del uso de la ecografía en los servicios de urgencias hospitalarias.

Diseño

Estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento

Atención hospitalaria.

Material y método

Encuesta on-line a los socios de la SAMFyC, entre octubre a diciembre 2015.

Variables: existencia de ecógrafo en urgencias, tipo, sondas, médicos que lo utilizan y formación recibida.

Resultados

80 respuestas, de las cuales 70 válidas. Procedentes de: Almería (11), Cádiz (5), Córdoba (8), Granada (7), Huelva (7), Jaén (6), Málaga (14) y Sevilla (12). Respuestas de 31 de los 45 hospitales y HARE (68,8%).

No es utilizado el ecógrafo en los servicios de urgencias en 19 de los 31 hospitales que realizaron la encuesta (61,2%).

Sólo se utiliza el ecógrafo en urgencias en 12 hospitales (38,8 %), de los cuales hospitales regionales (5), comarcales (5) y HARE (2).

Por provincias: Málaga (HURM, costa del sol, virgen de la victoria y Benalmádena), Córdoba (HURS, Pozoblanco y Montilla), Sevilla (Virgen del Rocío y Macarena), Almería (Torrecardenas y Toyo), Jaén (Linares). No nos consta su utilización ni en granada ni Cádiz.

El tipo de ecógrafo más usado es el fijo en torre (80 %), el portátil (15 %) y tipo tablet (5%). Las sondas disponibles son: convex (100%), plana (70%) y cardiaca (35%).

La formación recibida: autoformación (90%), rotación por radiología (60%, la mayoría residentes), cursos presenciales (58%) y cursos on-line (22%).

Conclusiones

El uso de la ecografía en los servicios de urgencias hospitalarias en bajo. Se suele utilizar el ecógrafo fijo/torre con sonda convex.

Palabras Clave

Emergencia hospital service; ultrasound; questionnaire.

Patología bucodental en pacientes con VIH-SIDA. A propósito de un caso

Reyes Gilabert E¹, Sánchez García M², Bejarano Ávila G³

¹ Odontólogo. DS Aljarafe-Sevilla Norte. Sevilla

² Médico de Familia. DS Sevilla Sur. Sevilla

³ Odontóloga. UGC Bucodental. DS Aljarafe Sevilla-Norte. Sevilla

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de consulta

Lesiones blanco-grisáceas en la lengua y sangrado de encías.

Historia clínica

Enfoque individual. Antecedentes personales: fumadora de tabaco y cannabis. Tratamiento con metadona.

Anamnesis: mujer de 40 años que acude a la consulta de su médico de familia por lesiones blanquecinas en dorso y bordes laterales de la lengua, paladar y garganta sin dolor.

Exploración física: lesiones blanco-grisáceas con apariencia de pelos en la lengua, y otras blanquecinas en lengua y paladar, gingivorragia, pérdida de papilas interdentes.

Pruebas complementarias: sospecha de VIH. Solicitud de recuento linfocitos cd4 (187/mm³) y anticuerpos VIH (positivos).

Enfoque familiar y comunitario: paciente casada sin hijos y marido en prisión por tráfico de drogas desde hace un año.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: VIH. Leucoplasia vellosa, candidiasis y gingivitis ulcero necrosante. Lesiones compatibles con diagnóstico de candidiasis oral previamente otras entidades que deben considerarse antes de establecer un diagnóstico definitivo es la leucoplasia y el liquen oral.

Tratamiento y planes de actuación. Comenzar tratamiento con antirretrovirales, la leucoplasia vellosa al ser infección oportunista por virus de Epstein-Barr en inmunodeprimidos no tiene tratamiento efectivo, se espera a mejoría con antirretrovirales. Tratamiento de la candidiasis con miconazol en solución oral. Tratamiento de la gingivitis ulceronecrotica con raspado y alisado radicular, control placa bacteriana, clorhexidina al 0,12%, mantenimiento y revisiones periódicas.

Evolución: se realiza control higiene oral y tartrectomía una vez al año. Revisiones cada 6 meses.

Conclusiones

En muchos casos las afecciones orales representan la primera manifestación de infección por el virus del Sida y pueden ayudar a realizar el diagnóstico. La aparición de determinadas lesiones tiene un importante valor pronóstico para el paciente apareciendo con mayor frecuencia con cargas virales > 3000 copias /ml y con cifras de cd4 < 200 células/mm³. El tratamiento antirretroviral está representando cambios en la evolución de esta enfermedad y en la reducción de las infecciones oportunistas. Se recomienda el control odontológico periódico y su detección temprana para aplicar el tratamiento odontológico oportuno.

Palabras Clave

HIV, pathology oral, acquired immunodeficiency syndrome.

Doctora, me operaron del hombro y no paro de orinar

Cintado Sillero M¹, Vázquez Alarcón R², Cañete Vargas M³

¹ Hospital de Alta Resolución Benalmádena. Málaga

² Médico de Familia. CS Vera. Almería

³ Dispositivo de Apoyo. DS Costa Del Sol. Málaga

Ámbito del caso

Atención primaria, urgencias.

Motivos de consulta

Polaquiuria.

Historia clínica

Antecedentes personales: sin interés.

Anamnesis: paciente de 62 años que acude a consulta refiriendo polaquiuria y tenesmo vesical que relaciona con anestesia general por intervención de hombro semana previa. Dolor hipogástrico leve. no otros síntomas. Niega sondaje vesical. Realizamos combur test que resultó normal.

Exploración: Buen estado general. ACP: rítmico, sin soplos. Murmullo vesicular conservado. Abdomen: blando, depresible, no doloroso a la palpación, no masas ni megalias.

Pruebas complementarias: ECG: RS a 85 lpm. Analítica: leucocitos 9370, hemoglobina 11,9, plaquetas 281000, sodio 143, potasio 6,1, urea 230, creatinina 10,49. Orina: 50 hematíes, resto normal. Efna: 4,7. RX tórax: normal. RX abdomen: sin alteraciones. Ecografía abdomen: ambos riñones presenta una situación, tamaño y grosor de parénquima normal. No se observan cálculos ni masas ni signos de ectasia pielocalicial. Gran globo vesical.

Juicio clínico: insuficiencia renal aguda de origen postrenal (globo vesical).

Diagnóstico diferencial: insuficiencia renal aguda prerrenal, glomerulonefritis, vasculitis, nefritis intersticial, necrosis tubular aguda, litiasis renoureteral, neoplasia de vejiga o próstata, hiperplasia próstata, insuficiencia renal por aines...

Identificación de problemas: la clínica que refiere paciente no hace sospechar importancia del cuadro. En primer hospital, no se disponía de ecógrafo ni radiólogo de guardia que nos permitiera acelerar el diagnóstico.

Tratamiento: al alta, ciprofloxacino y tamsulosina. Se deriva a urología.

Evolución: a lo largo del día, el paciente sigue con la sintomatología y decide acudir a urgencias. Se realizan pruebas complementarias y se administra paracetamol intravenoso. Sólo refiere haber tomado dos dosis de diclofenaco y un ibuprofeno tras intervención. Tras recibir resultados, el paciente se deriva a hospital de mayor nivel para realización de ecografía de abdomen con diagnóstico de insuficiencia renal aguda renal versus postrenal. Se realiza ecografía de abdomen y sondaje vesical con diuresis de 3100 cc cediendo sintomatología. En analítica de control, creatinina 1,39, urea 54, potasio 4,7, filtrado glomerular 54. Alta domiciliaria.

Conclusiones

El manejo de la ecografía por todos los médicos de atención primaria y urgencias puede acelerar diagnósticos y en este caso dar una rápida solución al problema del paciente. Tras sintomatología poco llamativa, puede esconderse diagnóstico importante.

Palabras Clave

Renal failure, acute tubular necrosis, abdominal pain.

Hipersensibilidad a enoxaparina

Cintado Sillero M¹, Vázquez Alarcón R², García Vertedor C³

¹ Hospital de Alta Resolución Benalmádena. Málaga

² Médico de Familia. CS Vera. Almería

³ Médico de Urgencias. Hospital Costa del Sol. Marbella (Málaga)

Ámbito del caso

Atención primaria, urgencias.

Motivos de consulta

Erupción cutánea.

Historia clínica

Antecedentes personales: sin alergias medicamentosas. Sin interés. Intervenido de varices en varias ocasiones. No tratamiento habitual.

Anamnesis: paciente de 51 años que refiere que 4 días antes había sido intervenido de varices por tercera vez y desde entonces está usando enoxaparina. Acude por presentar desde dos días después de la intervención erupción cutánea pruriginosa en miembros inferiores que había ido empeorando. Nos comenta que 4 años antes en otra intervención le ocurrió algo similar en abdomen. Niega otros síntomas.

Exploración: Buen estado general, bien hidratado y perfundido, eupneico. ACP: rítmico, sin soplos. Murmullo vesicular conservado sin ruidos añadidos. Abdomen: blando, depresible, no doloroso a la palpación, no masas ni megalias. Extremidades: presenta micropápulas eritematosas confluyentes en placas en ambos miembros inferiores.

Pruebas complementarias: ECG: ritmo sinusal a 70 lpm sin alteraciones de la repolarización. Analítica: leucocitos 10902, neutrófilos 69%, linfocitos 16%, monocitos 4,8%, eosinófilos 7,8%, basófilos 0,5%, hemoglobina 17, plaquetas 385000, coagulación normal, iones y función renal normal, PCR 6,6, LDH 272.

Juicio clínico: hipersensibilidad retardada a Enoxaparina.

Diagnóstico diferencial: exantema urticarial, mastocitosis, urticaria física...

Identificación de problemas: cuando es intervenido, el paciente no hizo referencia al efecto adverso que presentó en primera intervención con enoxaparina.

Tratamiento: al alta, antihistamínicos, corticoides tópicos y vía oral, fondaparinux subcutáneo.

Evolución: se administra urbason y polaramine. En consulta de enfermería, sufre cuadro sincopal con hipotensión que mejora tras administración de sueroterapia. Es trasladado a servicio de urgencias. Mejora clínicamente. Dado al comentario del paciente de episodio previo similar en intervención previa en la que también usaba enoxaparina, el cuadro se relaciona con la misma y comentamos caso con hematología del hospital de referencia que indica suspender enoxaparina y usar como primera opción fondaparinux y en caso de nueva alergia rivaroxabán. Al alta, se remite al paciente para estudio de pruebas de provocación subcutánea al que no acude. Tres semanas después desaparece erupción cutánea.

Conclusiones

En nuestros diagnósticos, no debemos olvidar los posibles efectos adversos de los fármacos y las reacciones alérgicas. La hipersensibilidad a enoxaparina se presenta como un efecto poco frecuente.

En estos casos, fondaparinux y lepirudina podrían ser una alternativa.

Palabras Clave

Adverse effects, allergic reaction, urticaria.

Neoplasia ovárica

Cintado Sillero M¹, Vázquez González N², Vázquez Alarcón R³

¹ Hospital de Alta Resolución Benalmádena. Málaga

² Médico de Urgencias. Hospital Quiron. Málaga

³ Médico de Familia. CS Vera. Almería

Ámbito del caso

Atención primaria, urgencia, medicina interna.

Motivos de consulta

Decaimiento y cianosis.

Historia clínica

Antecedentes personales: sin alergias. HTA, ACV. Tratamiento habitual: AAS, enalapril. Fumadora 1 paquete/año.

Anamnesis: paciente de 82 años que valoramos en domicilio por deterioro del estado general de dos meses de evolución y astenia que la obliga a permanecer en cama, hiporexia y pérdida de peso no cuantificada. disnea de mínimos esfuerzos y cianosis periférica de 4-5 días de evolución. Distensión abdominal. Estreñimiento.

Exploración: Regular estado general, deshidratada, palidez cutáneo-mucosa, eupneica. ACP: rítmica, sin soplos. Murmullo conservado sin ruidos patológicos. Abdomen: globuloso, depresible, ascitis no a tensión, doloroso a la palpación difusa sin peritonismo, peristaltismo +. Aumento de diámetro y temperatura de mii, edemas hasta rodilla, pulsos presentes. Exploración neurológica: normal.

Pruebas complementarias: ECG: ritmo sinusal a 102 lpm. Analítica: leucocitos 7810, hemoglobina 10,1, VCM 92,7, HCM 31, plaquetas 349000, actividad de protrombina 81,6%, TTPA 21,6, dímero d 34760, CK 24, creatinina 1,17, urea 87, iones, transaminasas, bilirrubina, amilasa y troponinanormales, PCR 119, LDH 587. Gasometría: SATo2 95%, pco2 27, po2 76, PH 7, 47. Alfetoproteína 2,38, CEA 3.04, CA125 1405, CA15.3 3384, CA19.9 40. Orina: normal. RX tórax: derrame pleural derecho. RX abdomen: sin hallazgos. Doppler mii: trombosis venosa profunda. TAC tórax: TEP masivo bilateral, derrame pleural derecho con colapso de pulmón, líquido libre perihepático y periesplénico. TAC abdomen: hepatopatía crónica, mioma uterino. Líquido libre en pelvis y perihepático. Citología líquido peritoneal: presencia de células malignas sugestivas de carcinoma ovárico.

Enfoque familiar: vive con su marido de avanzada edad.

Juicio clínico: tromboembolismo pulmonar masivo bilateral, trombosis venosa profunda izquierda, carcinomatosis peritoneal por neoplasia ovárica.

Diagnóstico diferencial: insuficiencia cardiaca, neumonía, infección tracto urinario, otras neoplasias.

Identificación de problemas: edad avanzada, diagnóstico tardío.

Tratamiento: paliativo.

Evolución: se deriva a urgencias siendo ingresada por medicina interna. Durante el ingreso, se mantiene estable, con disnea de mínimos esfuerzos. Se decide tratamiento paliativo. Tres semanas después, empeora clínicamente y fallece.

Conclusiones

Las trombosis venosas son una importante causa de morbilidad y mortalidad en el paciente oncológico.

Los pacientes con cáncer tienen mayor riesgo de desarrollar trombosis. El riesgo varía según el tipo de tumor.

Palabras Clave

Ovarian cancer, pulmonary thromboembolism, deep venous thrombosis.

Dolor torácico en varón joven

Cintado Sillero M¹, Vázquez González N², Vázquez Alarcón R³

¹ Hospital de Alta Resolución Benalmádena. Málaga

² Médico de Urgencias. Hospital Quiron. Málaga

³ Médico de Familia. CS Vera. Almería

Ámbito del caso

Atención primaria, urgencias, neumología.

Motivos de consulta

Dolor torácico de esfuerzo.

Historia clínica

Antecedentes personales: sin interés. Fumador 1 paquete/día.

Anamnesis: paciente de 26 años que refiere desde hace dos días dolor en hemitórax izquierdo de esfuerzo. Inicialmente opresivo y posteriormente característica punzante. Sin irradiación ni cortejo vegetativo. No disnea ni palpitaciones. No síntomas respiratorios.

Exploración: Buen estado general, bien hidratado y perfundido, eupneico. SatO2 98%, frecuencia cardíaca 110 lpm. ACP: rítmico, sin soplos. Murmullo vesicular conservado sin ruidos añadidos. Abdomen: blando, depresible, no doloroso a la palpación, no masas ni megalias.

Pruebas complementarias: ECG: ritmo sinusal a 102 lpm, BIRDHH. Analítica: leucocitos 8460, hemoglobina 16, plaquetas 225000, coagulación normal, transaminasas, función renal, iones, troponina y CK normales. RX tórax: índice cardiotorácico normal, neumotórax apical izquierdo.

Enfoque familiar y comunitario: vive con su novia y tiene buena relación con sus padres y dos hermanas.

Juicio clínico: neumotórax apical izquierdo

Diagnóstico diferencial: miocarditis, pericarditis, arritmia, cardiopatía isquémica, neumonía, osteocondritis, contractura muscular, ansiedad, tromboembolismo pulmonar, traumatismo torácico...

Identificación de problemas: en este caso, el diagnóstico y la evolución fueron satisfactorios.

Tratamiento: analgésicos, reposo relativo y abandono de hábito tabáquico.

Evolución: en consulta se solicita ECG y radiografía tórax que se realizan ese mismo día en centro de salud y el paciente acude de nuevo a consulta no demorable con resultados. Tras valorar radiografía, se diagnostica neumotórax, solicitamos ambulancia de traslado a centro hospitalario. El paciente es ingresado por neumología y dado tamaño del neumotórax no precisa toracocentesis. Tras cinco días de ingreso, se realiza radiografía de control y el neumotórax se había resuelto siendo dado de alta.

Conclusiones

Importancia de la sospecha clínica para que un neumotórax no pase desapercibido.

Palabras Clave

Chest pain, pneumothorax, dyspnea.

Ancianos polimedicados y lesiones en mucosa oral

Bejarano Ávila G¹, Sánchez García M², Reyes Gilabert E³, García Palma A³, Luque Romero L⁴

¹ Odontóloga. UGC Bucodental. DS Aljarafe Sevilla-Norte. Sevilla

² Médico de Familia. DS Sevilla Sur. Sevilla

³ Odontólogo. DS Aljarafe-Sevilla Norte. Sevilla

⁴ Médico de Familia. DS Aljarafe-Sevilla Norte. Sevilla

Introducción

Los pacientes “mayores” presentan una serie de cambios biológicos que afectan a la boca y estructuras anejas. El envejecimiento en sí no incrementa la patología oral, aunque sí la susceptibilidad. Aunque la salud oral en España de la población adulta ha mejorado en los últimos años, los datos epidemiológicos reflejan que cada vez hay más personas mayores que preservan más dientes naturales e influye en la prevalencia de distintas enfermedades.

Objetivos

Objetivo general: determinar la prevalencia de lesiones en la mucosa oral y otras patologías orales en la población independiente de 65 a 74 años polimedicada de nuestro entorno.

Objetivos específicos: comparar la prevalencia de lesiones mucosas y otras patologías orales en pacientes de 65-74 años polimedicados con fármacos de alto riesgo de patología oral versus polimedicados sin fármacos de riesgo. Determinar si existe asociación entre el estado de ansiedad o depresión, tipo de nutrición y el grado de higiene oral con la presencia de patología oral. Comparar la calidad de vida de los pacientes polimedicados con y sin lesiones orales.

Diseño

Estudio de descriptivo transversal multicéntrico.

Emplazamiento

Atención primaria (régimen ambulatorio) de un distrito sanitario.

Material y métodos

La población a estudiar son 7716 personas de 65 a 74 años independientes que cumplan los criterios de selección.

Criterios de inclusión: paciente de 65 a 74 años polimedicados de las poblaciones incluidas que acepten participar en el estudio mediante la firma del consentimiento informado.

Criterios de exclusión: dependencia moderada, severa o total para la realización de las actividades básicas de la vida diaria. Alteración psicológica o mental severa. En tratamiento quimioterápico o radioterápico de la cabeza o cuello. Otra discapacidad. Persona no localizable a través de los datos de la tarjeta sanitaria.

Muestra: se calcula para un intervalo de confianza del 95% y un error beta de 10 obtenemos una muestra de 95 pacientes. Como el número de polimedicados para esta población es de 112 se cogerá toda la muestra. Utilizando como técnica de muestreo el consecutivo. Se programaran visitas al gabinete dental. Como continuación de este estudio se seguirá a esta cohorte durante un año para ver posibles cambios en su estado oral.

Análisis estadístico: las variables cualitativas se expresarán en número y porcentaje, las cuantitativas en media y desviación estándar si siguen distribución normal o mediana y recorrido intercuartílico si no siguen este modelo. Se considerará la significación estadística cuando la P de Pearson sea menor que 0,05. Los valores se expresarán junto al intervalo de confianza al 95%. Los contrastes de hipótesis se harán en modo bilateral. El estudio se realizará utilizando la herramienta estadística SPSS versión 18.

Aplicabilidad

Debido a la importancia de la salud oral en el contexto de la salud general; así como del odontólogo y su equipo dental en la detección precoz de enfermedades sistémicas crónicas y en la prevención de las mismas.

Aspectos ético-legales

El equipo investigador velará por el cumplimiento de la legislación y normativa reguladora de la bioética en la investigación con humanos. El presente estudio se remitirá para su aprobación al comité de bioética de la investigación del centro.

Palabras Clave

Geriatrics, polypharmacy, oral pathology.

Evaluación de prevalencia de prescripción inadecuada en pacientes mayores polimedificados según criterios STOPP/START

Martínez López M¹, Rueda Illescas M¹, González Jouhaud J², Cuerva Gómez R¹, Canón Raya M³

¹ Médico de Familia. CS Guadix. Granada

² Enfermero Residente de Familia. CS Guadix. Granada

³ Enfermera Residente de Familia. CS Guadix. Granada

Introducción

La prescripción inadecuada (PI) supone un aumento del riesgo de interacciones y reacciones adversas a medicamentos, estimándose su presentación en hasta el 46% de las personas mayores hospitalizadas o que acuden al servicio de urgencias. Durante las últimas décadas se han desarrollado diferentes herramientas que facilitan la identificación de PI en los pacientes mayores. En 2008 se desarrollaron los criterios STOPP/START (screening tool of older person's potentially inappropriate prescriptions –screening tool to alert doctors to right treatment) por la sociedad europea de geriatría, consolidándose como una herramienta muy útil. Están organizados por sistemas fisiológicos, pueden ser aplicados rápidamente y son fáciles de relacionar con los diagnósticos activos y la lista de fármacos de las historias de los pacientes.

Objetivos

El objetivo de este estudio es evaluar la prevalencia de prescripción inadecuada de fármacos en pacientes mayores de 65 años en tratamiento con cinco o más medicamentos, aplicando los criterios STOPP/START, en dos cupos médicos de una población rural y urbana, identificando los errores de prescripción más frecuentes. Pregunta de investigación: ¿presentan nuestros pacientes mayores poli medicados prescripción inadecuada, según los criterios STOPP/START?

Diseño

Estudio observacional retrospectivo.

Emplazamiento

Atención primaria.

Material y métodos

Población de estudio: pacientes mayores de 65 años en tratamiento con 5 o más fármacos. Criterios de selección: pacientes poli medicados (≥ 5 fármacos) y > 65 años, en dos cupos de una población rural, durante un periodo de 12 meses (enero – diciembre 2015) a través del módulo de listados de DIRAYA. El tamaño muestral se calculó para una precisión 3,5%-5% y nivel de confianza 95% con una prevalencia estimada 40%, $n=312$. Las variables de medida dependientes serán los criterios STOPP/START. Las variables independientes serán edad, sexo y número de prescripciones. Se calculará media y desviación estándar para variables cuantitativas y frecuencias relativas para cualitativas mediante la aplicación estadística SPSS. Se obtendrán de datos de historias clínicas informatizadas de antecedentes personales de los pacientes seleccionados, edad, sexo y número de prescripciones. Posteriormente se haría una revisión de todos los criterios STOPP/START según estudio e. Delgado Silveira de 2014.

Aplicabilidad

Con el objetivo de evitar la pi se ha propuesto la revisión sistemática de la medicación como actividad asistencial de los equipos de atención primaria, al tratarse de un problema de salud pública que aumenta la morbimortalidad y el gasto de recursos sanitarios innecesarios. Hay varios estudios, sobre la utilidad de estos criterios en residencias, hospitales y en la comunidad. Los resultados obtenidos en el ámbito comunitario presentan gran variabilidad. Siendo una herramienta útil y validada, nos planteamos aplicarla a nuestros pacientes y compararla con los estudios existentes, aportando con nuestros resultados más datos a los estudios actuales.

Aspectos ético-legales

Los datos del paciente facilitados por el médico en los formularios de registro se tratarán preservando la identidad del paciente. Estimamos, dado el carácter retrospectivo del proyecto, el anonimato en el tratamiento de datos y el gran tamaño muestral, la posibilidad de eximir del consentimiento informado a criterio del comité de ética de la investigación.

Palabras Clave

Geriatric diseases, nappropriate prescriptions, STOPP/START criteria.

Isquemia arterial aguda de miembro inferior, nunca debemos obviar la auscultación

Cabello Orozco C.; Domínguez P.; Herrera Bernal M

Médica de Servicios DCCU. Hospital Jerez De La Frontera. Cádiz

Ámbito del caso

Atención primaria, atención especializada y urgencias, urgencias extra-hospitalarias.

Motivos de consulta

Aviso a DCCU por dolor irruptivo en planta de pie derecho irradiado a ingle, y sensación disneica. Atendida el día previo por disnea de menos de 24 horas de evolución, en su centro de salud, catalogada como infección respiratoria, con tratamiento mucolítico.

Historia clínica

Mujer, 80 años. Alérgica a penicilinas.

Antecedentes personales: artritis reumatoide, hipercolesterolemia. No hábitos tóxicos

Exploración en domicilio por DCCU: REG por el dolor, con frialdad del MID, cianosis distal, ausencia de pulsos distales (presente femoral), impotencia funcional. ACP: tonos taquiarrítmicos sin soplos. MVC sin ruidos sobreañadidos. Se realiza ECG: FA RVR. Se decide traslado al hospital (SCCU).

Pruebas complementarias (en SCCU): corroboramos exploración previa. eco doppler arterial que confirma isquemia arterial aguda. Se repite ECG: FA RVR, se inicia perfusión de amiodarona a 21ml/h.

Se traslada a hospital de referencia (previo control de la FA) para embolectomía transfemoral.

Juicio clínico: FA cronología incierta con RVR. . Isquemia arterial aguda MID

Tratamiento, planes de actuación: Tratamiento farmacológico: perfusión de morfina para control del dolor, perfusión de amiodarona para control de frecuencia cardíaca. Control de factores de riesgo cardiovascular por MAP y evolución hasta control por CCEE de cirugía vascular y cardiología. Acudir de nuevo a SCCU si re-aparición de síntomas.

Evolución: Buena, tras tratamiento quirúrgico urgente y control de la sintomatología cardíaca.

Conclusiones

La aplicabilidad de este caso para la medicina familiar y comunitaria se basa en insistir en la necesidad, de que de manera rutinaria los MAP investiguen los factores de riesgo cardiovascular y comorbilidades que orienten al diagnóstico, y que entiendan la importancia del tratamiento de los mismos, no sólo para mejorar la calidad de vida de los pacientes sino para poder realizar prevención secundaria y anticiparnos a futuros eventos fatales.

Por otro lado, evidencia la buena coordinación existente entre los equipos de urgencias extra-hospitalarias y los servicios SCCU hospitalarios, ya que todo el proceso se realizó en menos de dos horas, maximizando las oportunidades de éxito del tratamiento en hospital de referencia, todo ello redundando en claro beneficio para la paciente.

Palabras Clave

Atrial fibrillation, acute limb ischemia, primary care.

Dolor abdominal en adolescente diabética insulín dependiente

Baena Castro S¹, Rodas Díaz M², Martín Gallardo M³

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Torrox. Málaga

² MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Torrox. Málaga

³ Médico Adjunto de Familia. Málaga

Ámbito del caso

Atención primaria. Urgencias hospitalarias. Ginecología. Cirugía general y digestiva. Digestivo.

Motivos de consulta

Epigastralgia de una semana de evolución con náuseas y vómitos.

Historia clínica

Enfoque individual. Antecedentes personales: no alergias medicamentosas conocidas. Diabetes mellitus tipo 1 insulín dependiente desde los 7 años. Tratamiento con levemir 26-0-12 ui/día y humalog según glucemia capilar. No intervenciones quirúrgicas.

Anamnesis: mujer de 16 años que acude a urgencias de atención primaria por epigastralgia de una semana de evolución con náuseas, vómitos, y febrícula desde unas horas antes. Había acudido a urgencias en otras dos ocasiones en las últimas 72 horas por el mismo motivo, siendo valorada una de las veces en el hospital de referencia realizándose un combur test con glucosuria y radiografía abdominal con leve dilatación de cámara gástrica.

Exploración física: afectación del estado general, sudoración profusa, palidez muco-cutánea. Auscultación cardiorrespiratoria normal. Abdomen con defensa, dolor generalizado a la palpación con Blumberg positivo y peristaltismo disminuido. Se decide traslado en ambulancia al hospital para descartar cuadro de abdomen agudo.

Pruebas complementarias: Análisis de sangre: leucocitos 11.000, PCR 10.2, glucosa 241. Ecografía abdominal: imagen de apéndice de tamaño normal. Pequeña cantidad de líquido libre en Douglas, endometrio segunda mitad y ovario derecho con imágenes de folículos. Se deriva a ginecología para valoración, realizándose test de embarazo negativo y eco transvaginal normal. Radiografía toracoabdominal en bipedestación: aire libre en cavidad peritoneal a nivel de ambas cúpulas diafragmáticas.

Enfoque familiar y comunitario: Núcleo familiar normo-funcional. Red social con alto apoyo emocional e interacción social positiva.

Juicio clínico: Neumoperitoneo secundario a perforación de víscera hueca.

Diagnóstico diferencial: Apendicitis aguda, salpingitis, colecistitis aguda, pancreatitis.

Tratamiento: Se contacta con cirujano de guardia que tras evaluación realiza laparotomía exploradora con hallazgo de peritonitis difusa por perforación aguda de úlcera gastroduodenal, procediendo a sutura simple y epiploplastía además de apendicectomía profiláctica.

Evolución: Buena evolución postoperatoria. Tras interconsulta con digestivo, indican mantener profilaxis contra helicobacter pylori.

Conclusiones

Ante un paciente con sospecha de abdomen agudo, con radiografía simple y ecografía abdominal normales, debemos pensar en realizar una radiografía de tórax para descartar neumoperitoneo, ya que es el Gold estándar para el diagnóstico de esta patología.

Palabras Clave

Abdominal pain. Pneumoperitoneum. Diabetes mellitus.

Tengo un marcapasos que me asfixia

González Aguilera J¹, León Jiménez D², Bernáldez Domínguez M³

¹ *Enfermero Residente de Familia. CS El Torrejón. Hospital Infanta Elena. Huelva*

² *Médico Internista. Hospital Infanta Elena. Huelva*

³ *Radióloga. Hospital Infanta Elena. Huelva*

Ámbito del caso

Atención hospitalaria multidisciplinar.

Motivos de consulta

Disnea de reposo y facies abotargada.

Historia clínica

Antecedentes personales: fumador habitual. Ex-bebedor. EPOC tipo enfisema. Marcapasos definitivo DDD. Hiperplasia benigna próstata.

Anamnesis: varón 84 años. Acude a urgencias hospitalarias por disnea progresiva de varios meses hasta hacerse de reposo. Ortopnea de 2 almohadas e intolerancia al decúbito, con abotargamiento de cara y cuello de predominio matutino.

Exploración: TA 144/69mmhg. FC 66lpm. Sao2 96% afebril. Edema en esclavina, leve cianosis facial. No ingurgitación yugular ni circulación colateral. Auscultación respiratoria con sibilantes espiratorios, ronus dispersos y crepitantes finos en base derecha. No edemas en miembros inferiores. Resto normal.

Pruebas complementarias en urgencias: Hemograma, bioquímica, transaminasas, PSA, tiroxina libre, pro-BNP, gasometría y orina: normales. Electrocardiograma: ritmo sinusal a 66lpm, PR 176mseg. Estimulación ventricular en HIS con complejo de fusión. QRS 120mseg. No alteraciones agudas de repolarización. Radiografía tórax: patrón pulmonar enfisematoso. Elongación aórtica. Marcapasos.

Ingresamos en planta de medicina interna ante sospecha de síndrome de vena cava superior (SVCS). Pruebas complementarias: Ecocardiograma: no cardiopatía estructural. Tac tóraco-cervical: trombosis aguda de vena yugular interna derecha hasta nivel de hueso hioides, vena axilar y subclavia derechas, confluente venoso braquiocefálico derecho, hasta afectar mínimamente vena cava superior, de manera parcial. Trombosis crónica del confluente venoso braquiocefálico izquierdo, que aloja los cables de marcapasos, con permeabilidad de la vena yugular interna y subclavia izquierdas. EPOC evolucionado, con importante enfisema pulmonar.

Juicio clínico: SVCS por trombosis venosa por cables del marcapasos.

Tratamiento: dexametasona 4mg/12h, pauta descendente. Apixaban 2.5mg/12h.

Conclusiones

El SVCS tiene una prevalencia de 0.03-0.4%, pero debido al aumento del número de implantes de catéteres intravenosos (marcapasos/desfibriladores), ésta está aumentando. Sin embargo, sólo en un 0,2-3,3% de todos los implantes de marcapasos la trombosis es clínicamente significativa en forma de SVCS. El SVCS puede deberse tanto a compresión extrínseca como intrínseca, siendo las neoplasias la causa más frecuente y entre las causas intrínsecas, la trombosis de VCS. El diagnóstico es clínico y se complementa con radiografía y TAC torácica. Tríada clásica: edema en esclavina, cianosis y circulación colateral. Aunque la disnea representa el síntoma más frecuente. El manejo inicial se basa en medidas generales hasta determinar causa exacta e iniciar tratamiento específico.

Palabras Clave

Superior vena cava syndrome; thrombosis; pacemaker, artificial.

Evaluación de la cultura de seguridad del paciente en un centro de salud

López Suárez J¹, Martínez-Boné Cabello De Los Cobos F¹, Rozhanska Y¹, Benítez Merelo D², Fernández Ortiz V³

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Olivar De Quinto. Sevilla

² Médico Adjunto. CS Olivar De Quinto. Sevilla

³ Due. CS Olivar De Quinto. Sevilla

Objetivos

Determinar la valoración que los profesionales realizan de su centro de salud (CS) en relación a la calidad asistencial. Determinar el nivel de cultura de seguridad del paciente (SP) de los componentes del equipo y si difiere de otros estudios. Identificar fortalezas y las debilidades para establecer áreas de mejora.

Diseño

Estudio descriptivo y transversal llevado a cabo en un CS. Análisis porcentual de las variables cualitativas de estudio.

Emplazamiento

Atención primaria.

Material y método

Se realiza un análisis estadístico descriptivo del nivel de cultura de SP de todos los profesionales de un CS (n=34) mediante la encuesta de la medical office survey on patient safety culture (mospsc) validada y adaptada al castellano. El cuestionario se realiza online.

Resultados

Se analizaron 33 de 34 encuestas (tasa respuesta: 94%).

Edad media 52,6 años (s=7,2), 36% varones, 64% mujeres.

Valoración global sobre SP: “buena” según el 50% de encuestados; muy buena por el 38%, similar a un estudio multicéntrico realizado en el año 2011 (53% y 30%, respectivamente).

Como fortalezas destacan: “trabajo en equipo dentro de las unidades” (81%), “aprendizaje organizacional” (77%) y “seguimiento de la atención a los pacientes” (75%).

Como oportunidades de mejora: “ritmo y carga de trabajo” (32%), “intercambio de información con otros dispositivos asistenciales” (38%) y “apoyo de los responsables del centro a la seguridad del paciente” (47%).

Conclusiones

Se han identificado las fortalezas y debilidades en la cultura de seguridad en un centro de salud. El benchmarking realizado a nivel nacional sitúa nuestra cultura de seguridad en la media de la AP en España.

Palabras Clave

Patient safety; primary health care; quality indicators, health care.

Mi hijo no puede jugar, se cansa y tiene manchas en la piel

Cano García M¹, Vázquez Alarcón R², Pérez Gómez F³

¹ Médico de Familia. UGC Albox. Almería

² Médico de Familia. UGC Vera. Almería

³ Médico de Familia. UGC Montoro. Córdoba

Ámbito del caso

Mixta: atención primaria y hospitalaria.

Motivos de consulta

Lesiones dérmicas y artralgias.

Historia clínica

Antecedentes personales: no patología neonatal, no alergia medicamentosa ni alimentarias.

Anamnesis: niño de 6 años sin antecedentes de interés. Comenzó con lesiones dérmicas a nivel facial, manos y glúteos acompañado de dolores articulares, tanto en piernas como en brazos al hacer esfuerzos como sentarse y levantarse del suelo, subir escaleras.

Exploración física: eritema en alas de mariposa, eritema heliotropo, eritema violáceo en pabellones auriculares. Placas eritematodescamativas en dorso de manos, articulaciones interfalángicas y periungueales (pápulas de Gottron). Pápulas y placas en codos. Eritema con pápulas en región glútea. No adenomegalias. Ojos sin alteraciones. No artritis ni calcinosis. Miembros superiores e inferiores: dolor a la palpación de masas musculares con predominio de miembros inferiores, dolor a la elevación de los mismos con disminución de la fuerza muscular.

Pruebas complementarias: hemograma, coagulación, bioquímica con función renal, hepática, VSG, PCR, factor reumatoide, TSH, inmunoglobulinas, C3, C4 normales. Urocultivo, exudado faríngeo negativo. Citología sanguínea normal. Bateria infecciosa: adenovirus, influenza, Epstein-Barr, herpes, Echovirus, Coxsackie, Borrelia, Toxoplasma, Brucella, Rickettsia, Treponema Pallidum, VIH, Mantoux negativos. Factor Von Wille Brand negativos. CK-MB y antiestreptolisina, aldolasa elevadas. Ana, anti agjo-1, scl-70, anti mi2, anti treonina, anti SRP, anti Alanian, anti KU, negativos.

Enfoque familiar y comunitario: vive con sus padres y un hermano menor en un cortijo, en contacto con animales (perros y gatos).

Juicio clínico: dermatomiositis juvenil.

Diagnóstico diferencial: miositis infecciosa, miopatías, enfermedades neurológicas.

Plan de actuación: fue tratado con corticoides en pauta descendente y actualmente en tratamiento con metoject y folinato calcio; junto con fisioterapia adyuvante.

Evolución: desde que comenzó con el tratamiento ha mejorado la movilidad y aunque persiste las lesiones cutáneas van remitiendo paulatinamente.

Conclusiones

Conclusiones dado que en zonas rurales no disponemos de pediatras, los médicos de familia afrontamos patologías pediátricas en nuestra consulta diaria; en este caso nuestra actuación junto con otras especialidades han permitido que el paciente pueda realizar su vida cotidiana cómo la de otros niños de su edad.

Palabras Clave

Muscle weakness, erythema, dermatitis, arthralgia.

Impacto de la formación en violencia de género en profesionales de un centro de salud rural

Castillo Moraga M¹, Rodríguez Martínez M¹, Martínez Villegas I², Gómez Brioso J³

¹ Médico de Familia. CS Sanlúcar Barrio Bajo. Cádiz

² Enfermero. CS Barrio Bajo. Sanlúcar de Barrameda. Cádiz

³ Médico de Familia. CS Barrio Bajo. Sanlúcar de Barrameda. Cádiz

Objetivos

Valorar la eficacia de la formación en violencia de género (V^a G^a) de profesionales sanitarios para detectar casos en atención primaria.

Diseño

Estudio observacional descriptivo.

Emplazamiento

Atención primaria.

Material y método

Sujetos: mujeres que acuden a la consulta del médico de familia en un núcleo de población rural.

Variables: variable principal: número total de casos de maltrato detectados un año antes y después de la formación. Variables secundarias: tipo de caso: confirmación de maltrato (CMT) o indicadores de sospecha de maltrato (ISMT), tipo de maltrato (físico/psicológico/sexual), motivo de consulta, edad media, indicador de sospecha, tiempo de duración del maltrato, convivencia con la pareja.

Valoración aplicando el “protocolo andaluz para la actuación sanitaria ante la violencia de género” vigente.

Análisis de Resultados.

Las variables cualitativas se expresarán en porcentajes y las cuantitativas en números totales de casos, medias y desviación estándar. Programa estadístico SPSS 17.0

Resultados

Ningún caso detectado antes frente a seis tras la formación. Edad media 56 años. Cinco casos de CMT y uno de ISMT. El tipo de maltrato fue sexual en dos casos, físico en otros dos y psicológico en los seis. Indicadores de sospecha fueron: trastornos del estado de ánimo crónico; no respuesta al tratamiento psicofarmacológico y dolor crónico inespecífico. El 83% llevaba más de 15 años siendo maltratada. Todas convivían con la pareja en el momento de la consulta.

Conclusiones

La formación en violencia de género para personal sanitario es necesaria ya que mejora la detección de casos en atención primaria.

Palabras Clave

Primary health care, learning , domestic violence.

Tuberculosis en población inmigrante en un centro de salud rural

Soriano Molina M

Médico de Familia. CS Villanueva Del Arzobispo. Jaén

Ámbito del caso

Atención primaria y hospitalaria.

Motivos de consulta

Fiebre de una semana de evolución en niño marroquí de 3 años.

Historia clínica

Enfoque individual. Antecedentes personales: sin interés.

Anamnesis: niño de 3 años con fiebre de una semana de evolución, tos y aumento de la mucosidad. 3 días con tratamiento antibiótico por el mismo cuadro.

Exploración: no petequias, no meningismo. Orofaringe hiperémica con mucosidad abundante, otoscopia normal. ACR: normal. Abdomen anodino.

Pruebas complementarias: RX tórax: Aumento de trama hiliar. Mantoux: 16 mm de induración. Tac con contraste: lesión parenquimatosa, linfadenopatías mediastínicas e hiliares izdas... Analítica normal. Elevación de la VSG. Baciloscopia y cultivo de aspirado gástrico: negativo.

Enfoque familiar: El paciente, marroquí, convive con otras 18 personas: sus padres, su hermana y otras 3 comunidades familiares que van y vienen a marruecos de manera ocasional. Se inicia el estudio de contactos en todos ellos encontrándose 4 primoinfección tuberculosas, 1 no infectado, 12 infectados, 1 no aparece porque se ha ido a marruecos. De todos los estudiados ninguno es bacilífero. Tras unos días vuelve a España, a trabajar, el familiar no estudiado y comienza con fiebre y tos y es diagnosticado de tuberculosis bacilífera por lo que de nuevo se comienza un estudio de contactos con sus compañeros de trabajo que es negativo en todos los casos.

Juicio clínico: primoinfección tuberculosa no bacilífera. Tratamiento: 2 meses: isoniazida, rifampicina, etambutol y Pirazinamida. 4 meses: isoniazida y rifampicina.

Evolución: Tras 4 meses del inicio el paciente está asintomático, y tolera bien el tratamiento.

Tratamiento en primoinfecciones y quimioprofilaxis en infectados de los convivientes. Aislamiento y tratamiento del paciente bacilífero.

Conclusiones

A veces el estudio de contactos de un caso de tuberculosis es todo un estudio detectivesco que cuando tenemos la dificultad del idioma asociada se complica aún más. En un diagnóstico de tuberculosis tan importante es el tratamiento del paciente como la prevención en todos los convivientes.

Palabras Clave

Tuberculosis, therapeutics, immigrant population (tuberculosis, tratamiento y población inmigrante).

Epigastralgia sin elevación de ST

Donoso Guisado I¹, Carbajo Martín L², Portela Filgueiras E¹

¹ Hospital de Alta Resolución Utrera. Sevilla

² Médico de Urgencias. Hospital de Alta Resolución Utrera. Sevilla

Ámbito del caso

Urgencias hospitalarias.

Motivos de consulta

Dolor abdominal. Dolor torácico. Dolor de espalda. Dolor de MM.SS.

Historia clínica

Mujer de 80 años que desde hacía varios días presentaba dolor abdominal tipo cólico más intenso en epigastrio, que el día previo empeora, irradiándose a tórax, espalda y MMSS, no náuseas ni vómitos, no alt. Del tránsito GI, no disuria, orinas y heces normales, no cortejo vegetativo, afebril

Antecedentes personales: HTA, DM tipo II, DLP.

Exploración física: Anodina. Constantes vitales normales salvo ligera HTA: 160/83.

Pruebas complementarias: EKG inicial sin signos de isquemia aguda. Bq: destaca troponina t-us 2904 con CPK 589, en orina. Leucocituria con nitritos +.

A la vista de los resultados analíticos, se administra AAS 300 mgr + clopidogrel 300 mgr y se deriva a nuestro hospital de referencia.

Enfoque familiar y comunitario: estudio de la familia y la comunidad. La paciente acude acompañada de familiares. Había sido valorada por su médico de familia los días previos.

Tratamiento, planes de actuación. En hospital de referencia realizan ecocardio: FEVI conservada con trastornos segmentarios de la contractilidad. Ingres a 5 días en cardiología, donde realizan EKGs donde ya aparece T - simétrica en I y AVL, y repiten ecocardio con ligera hipoquinesia lateral basal y media. En coronariografía se implanta stent farmacológico en circunfleja por estenosis significa a nivel distal, resto de coronarias con ateromatosis sin estenosis significativas.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas. Diagnostico final: SCASEST: IAM lateral evolucionado.

Conclusiones

El paciente inicialmente consultaba por dolor abdominal tipo cólico de varios días de evolución, sin sintomatología que orientase a que presentase algún evento cardíaco. Sin embargo, presentaba varios FFRRCV: HTA, DLP y DM tipo II de varios años de evolución que sin duda influyó a la hora de producir finalmente este IAM silente.

IAM inferior tras recogida de espárragos

Donoso Guisado I¹, Carbajo Martín L², Polonio Sáez A¹

¹ Hospital de Alta Resolución Utrera. Sevilla

² Médico de Urgencias. Hospital de Alta Resolución Utrera. Sevilla

Ámbito del caso

Urgencias hospitalarias.

Motivos de consulta

Dolor torácico.

Historia clínica

Varón de 36 años que desde hacía 1H presentaba dolor precordial opresivo irradiado a MSI, tras realizar esfuerzo recogiendo espárragos y montando en bici posteriormente.

Antecedentes personales: FFRRCV: sobrepeso, fumador de 20 cig/día, no HTA, DM ni DLP conocidas.

Exploración física: Anodina. Constantes vitales normales.

Pruebas complementarias: EKG al ingreso: supra desnivelación de ST EN II, III, AVF. Analíticas normales incluyendo 1ª determinación de troponina T-US.

Enfoque familiar y comunitario: estudio de la familia y la comunidad. Hermano con IAM a los 21 años.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas. IAM inferior.

Tratamiento, planes de actuación. Se contacta con hemodinamista de nuestro hospital de referencia, que indica fibrinólisis. Se administra: tenecteplasa 8000 UI IV, AAS 300mgr vo, clopidogrel 300 mgr vo, enoxaparina 30 UI SC y 30 UI IV, perfusión de NTG. Tras fibrinólisis, desaparece el dolor y normaliza repolarización cardíaca.

Es derivado a nuestro hospital de referencia en unidad medicalizada, donde queda ingresado 3 días. Se le realizó coronariografía: sin lesiones angiográficamente significativas. Pico de troponina T-US 773ng/dl. Ecocardiografía anodina.

Conclusiones

Se trata de un paciente joven con tan sólo 2 FFRRCV: sobrepeso y fumador de 20 cig/día. Es por ello que es de vital importancia incidir en la necesidad de llevar unos hábitos de vida saludables, realizando ejercicio físico moderado y no fumar. En este caso además se da la circunstancia de que un hermano también tuvo un IAM a edad temprana, con 21 años.

Palabras Clave

Thoracic pain, myocardial infarction, angina pectoris.

Paciente joven con cefalea intensa

Castellano Álvarez M¹, Moreno Fontiveros M², Martínez Vera M³

¹ Médico de Familia. CS Osuna. Sevilla

² Médico de Familia. CS Estepa. Sevilla

³ Médico de Familia. CS Gilena. Sevilla

Ámbito del caso

A. Primaria/a. Especializada (neurología).

Motivos de consulta

Mujer 14 años, cefalea intensa periorbitaria derecha, rinorrea, lagrimeo e hiperemia ipsilateral.

Historia clínica

Antecedentes: bien vacunada, no alergias.

Anamnesis: consulta por cefalea supraorbitaria derecha intensa, lagrimeo, rinorrea, hiperemia ipsilateral, visión borrosa y fotofobia, no cede con analgesia habitual se deriva a urgencias de hospital comarcal trasladándose a neurología pediátrica para ingreso y analgesia intravenosa. Los episodios acontecen desde hace mes y medio, una a tres veces por semana, no náuseas, vómitos ni sonofobia, duran aproximadamente una hora ceden en ocasiones de forma espontánea. No desencadenante claro. Ni síntomas interrecurrentes. Se pauta tratamiento preventivo y valorado en consultas de neurología pediátrica, cardiología, oftalmología y salud mental.

Exploración: mal estado general afectada por el dolor, ansiedad con autoagresión, hiperventilación y agresividad. Consciente, orientada, colaboradora. Pares craneales normales fuerza, sensibilidad y marcha normal. No disdiacocinesia, no dismetrías. Roomberg negativo. Glasgow 15, pupilas isocóricas, normorreactivas a la luz y a la acomodación, fotofobia a la exploración de pupilas. No signos meníngeos, inyección conjuntival, lagrimeo, edema en parpado y rinorrea derecha.

Pruebas complementarias: hemograma, formula, VSG, bioquímica, perfil tiroideo, inmunoglobulinas normales. ECG: ritmo sinusal. Frecuencia de 80 lpm. QTC 380-400 ms. Ecocardiograma y RNM cerebral: normales. Valoración oftalmología: BMC normal. Tensión ocular y fondo ojo normal, papilas normales, AV 1 ambos ojos

Juicio clínico: cefalea en racimos.(acúmulos “clúster”) trastorno de ansiedad asociado.

Diagnóstico diferencial: migraña oftalmopléjica, neuralgia del trigémino, tumores, hemorragia intracraneal.

Tratamiento: no control de los síntomas con analgésicos habituales ni prevención con flunaracina, mala tolerancia a pergabalina. Actualmente mejoría con: Prednisona 50 mg al día 5 días en pauta descendente. Verapamilo 80 mg 1/12h 3 días, aumento hasta 80 mg/8h. Topiramato 25 mg /1semana. 50 mg /2ª semana. Crisis oxigenoterapia y sumatriptan 6mg subcutáneo.

Evolución: favorable buen control de los síntomas, revisiones en neurología pediátrica y salud mental.

Conclusiones

Clínicamente se corresponde a cefalea en racimos refractaria a varios tipos de tratamiento. En las cefaleas es de gran importancia realizar una adecuada anamnesis exploración neurológica, conocer los signos de alarma, criterios de organicidad y derivación. Fundamental el tratamiento preventivo, manejo de las crisis y el diagnóstico diferencial.

Palabras Clave

Cluster headache, triptans, cefaly.

Psicosis bipolar oculta

García Castillo L¹, Valverde Morillas C², Martín Fernández A¹

¹ Médico de Familia. CS Mirasierra. Granada

² Médico de Familia. Tutora de Residentes. CS La Zubia. Granada

Ámbito del caso

Atención primaria, atención especializada, trabajadora social y comunitaria.

Motivos de consulta

Paciente de 53 años que no refiere antecedentes personales de interés, trabaja en un negocio familiar y refiere traumatismo tras caída por una escalera. En el hospital se realiza TAC craneal que es normal y radiografía de columna con escoliosis. La paciente refiere no mejorar con la analgesia prescrita en urgencias.

Historia clínica

En su historia clínica aparece el diagnóstico de trastorno bipolar y en el histórico de prescripciones litio, que ha dejado de tomar.

La paciente niega enfermedad psiquiátrica y desea que se borre el diagnóstico de su historia, ya que este lo hizo un psiquiatra privado hace más de 20 años a instancias de su madre. Su madre era enferma psiquiátrica con varios intentos de autolisis presenciados por ella y su hija.

En la entrevista no se detecta ideas delirantes, ni alteraciones de la afectividad, como hipomanía, manía o depresión, y sí somatizaciones referidas al aparato locomotor.

Se pide analítica y se detecta bajos niveles de litemia. Se entrevista semanalmente para evaluar la evolución del cuadro ante la suspensión del litio. En una entrevista familiar con su hija y marido se detecta una disfunción familiar, con cambio de roles, la hija de 9 años tiene un papel protector sobre la madre. Hace referencia a que están en seguimiento por psicólogo y trabajador social comunitario tras el fallecimiento de su madre, por lo que el médico se pone en contacto con ellos para recabar información y se pacta la derivación a salud mental. Se insiste a la paciente para que acuda a salud mental y tras dos citas perdidas, accede a acudir a la tercera cita después de nueve meses en seguimiento.

Tras la valoración psiquiátrica se restaura tratamientos con litio, antidepresivos, ansiolíticos y psicoterapia.

Conclusiones

Es importante en atención primaria el abordaje biopsicosocial de enfermos mentales a los que le es difícil asumir su patología y seguir el tratamiento. El trabajo multidisciplinar haciendo uso de recursos comunitarios puede mejorar a una paciente y a su entorno, sobre todo cuando hay un menor implicado, apoyando el trabajo de atención primaria.

Palabras Clave

Psychosis, disorder bipolar, lithemia.

Tosferina en la comunidad

Nogueras Trujillo M¹, García Castillo L², Valverde Morillas C³

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Zubia. Granada

² Médico de Familia. CS Mirasierra. Granada

³ Médico de Familia. Tutora de Residentes. CS La Zubia. Granada

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de consulta

Tos que interrumpe el sueño de un mes de evolución, que no cede con ninguno de los tratamientos prescritos.

Historia clínica

Paciente de 60 años sin antecedentes de interés, limpiadora en una zona con abundante vegetación, que acude de nuevo a la consulta por no tener respuesta al tratamiento de una bronquitis aguda con amoxicilina-clavulánico y cloperastina.

Se le añade un antihistamínico y un broncodilatador de acción corta, refiriendo sólo mejoría parcial. Se vuelve a interrogar a la paciente recabándose datos de su entorno, a lo que refiere que su nieta de seis años se ha contagiado de tosferina por una compañera de colegio y que ha estado con tos durante más de un mes. Su nieta no había recibido la quinta dosis de vacuna de la tosferina que se ponía a los pacientes de 6 años. Ante la sospecha de un caso probable por contagio con su nieta se le pone tratamiento con azitromicina 500 cinco días. Aplicando el protocolo se le pone quimioprofilaxis a su marido. La paciente tiene una remisión de los síntomas con el tratamiento.

Conclusiones

Es importante ante síntomas que corresponden a distintos cuadros clínicos recabar información del entorno familiar, laboral y ambiental. No está indicada la toma de muestras en convivientes con clínica sospechosa de tosferina ya que la probabilidad de positividad es muy alta, la confirmación del caso se realiza con vínculo epidemiológico.

Más de la mitad de los casos ocurren en adolescentes y en adultos jóvenes, reservorio principal de la enfermedad. Alrededor del 25% ocurren en lactantes pequeños que no han sido vacunados o sólo parcialmente y que adquieren la enfermedad de sus padres o de sus hermanos mayores. En estos casos la morbimortalidad es mayor. Dado que la inmunidad que genera la vacuna no es permanente, dura de 7 a 8 años, en la actualidad, además, se recomienda vacunar a las embarazadas a partir de la semana 27 de gestación, preferentemente en la 32, para proteger al lactante en sus primeras semanas de vida.

Palabras Clave

Whooping, cough, epidemiology.

Placa roja sobreelevada en miembro inferior

Aldeanueva Fernández C1, García Pigne I2, Otero Garrido M3

1 MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Torre Del Mar. Málaga

2 MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Vélez. Málaga

3 MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Algarrobo. Málaga

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de consulta

Placa eritematosa dolorosa en miembro inferior izquierdo.

Historia clínica

Varón 40 años. No alergias a medicamentos. No hipertensión arterial, no diabetes, no dislipemia. No enfermedades crónicas. No cirugía. No tratamiento habitual. No hábitos tóxicos.

Placa eritematosa de 5x5 centímetros en cara dorsal de tercio distal de miembro inferior izquierdo, bordes bien definidos y algo sobre elevados, dolor a la palpación y prurito. fiebre hasta 39°C hace una semana. Faringitis previa por estreptococo. Traumatismo casual hace dos semanas. Refiere extensión gradual del eritema hacia proximal con edema. Placa delimitada, sin involución central.

Buen estado general. Consciente y orientado. Frecuencia cardiaca 95 latidos por minuto. Normotenso. Pico febril 39°C. Eupneico. No adenopatías. Auscultación cardiopulmonar normal. Exploración abdomen anodina. Miembro inferior izquierdo con ligera edematización en tercio distal, dolor al roce, aumento de temperatura local y tumefacción. Buena movilidad. No signos necrosis. Miembro derecho normal.

Antecedentes familiares: padre sano. Madre con insuficiencia venosa periférica.

Juicio clínico, posibles problemas: erisipela. Atención a signos de alarma: fiebre muy elevada, confusión mental, ampollas hemorrágicas, taquicardia, taquipnea, oliguria... baja prevalencia de trombosis venosa profunda, no precisa profilaxis salvo predisposición.

Tratamiento: reposo varios días con miembro elevado para disminuir edema y dolor. Medias elásticas si tolera deambulación para disminuir riesgo de linfedema. Penicilina G intravenosa a dosis diaria inicial de 20 millones de unidades.

Evolución: tras remisión de fiebre, penicilina oral 2-3 días, 5 millones de unidades cada 8 horas. Pensar en absceso si mala respuesta a antibiótico.

Conclusiones

La erisipela es un cuadro infeccioso agudo, con fiebre asociada. Producida predominantemente por estreptococo *Pyogenes*. Afectación principal de dermis. Placa eritematosa de extensión variable, bordes bien delimitados, dolor y prurito. Posibles adenopatías. Frecuentes antecedentes de faringitis estreptocócica. 90% en piernas. Fiebre súbita antes de afectación cutánea. Evolución favorable con tratamiento antibiótico y medidas conservadoras. En 24 horas desaparece la fiebre y disminuye el dolor. Se da descamación al resolverse el cuadro. Enfermedad muy llamativa que preocupa al paciente y limita su día a día, disminuyendo su calidad de vida. Fácil tratamiento y seguimiento con evolución favorable la mayoría de los casos.

Palabras Clave

Skin, warm, erysipelas.

Leishmaniasis, como única clínica, congestión nasal

Alconchel Cesar A¹, Selma Santamaría D², Ramírez Narváez M³

¹ Médico de Familia. CS Espera. Cádiz

² Médico de Urgencias. Hospital Universitario Puerto Real. Cádiz

³ Médico de Familia. Dispositivo de Apoyo y UGC Bahía de Cádiz La Janda. Cádiz

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de consulta

Congestión nasal de varias semanas de evolución.

Historia clínica

Mujer 72 años.

Antecedentes personales: hipercolesterolemia, insuficiencia venosa, obesidad, espondilosis lumbosacra, diabetes mellitus tipo 2 .tratamiento: glicazida 30 mg, irbesartan 150 mg, acetilsalicílico 100 mg, simvastatina 40 mg, metformina 850 mg.

Acude a consulta por insuficiencia respiratoria nasal bilateral de 4-5 semanas de evolución. No fiebre, no rinorrea acuosa ni purulenta, hiposmia. No animales domésticos ni contacto reciente con animales de ningún tipo, no alergias conocidas hasta el momento. No episodios previos similares. No toma medicación que pueda ocasionar el cuadro clínico. Se ha tratado por su cuenta con suero fisiológico e inhalación de vapor de eucalipto sin mejoría.

Sospecha diagnóstica: rinitis alérgica versus rinitis no alérgicas (vasomotora, hormonal, infecciosa, atrófica, por drogas, senil o eosinófila).

Evolución: pautamos corticoides nasales y antihistamínicos, revisada a las 2 semanas sin mejoría. Se derivada a otorrinolaringología. Primera rinoscopia edema de mucosa que no responde a adrenalina, pautan corticoides orales pauta corta. Revisión a los 14 días, segunda rinoscopia mismo edema pero tras adrenalina tópica se visualiza cavum, solo se aprecia hipertrofia de cornetes. Se pauta budesonida nasal 2/12 h y simpaticomimético (xylometazoline) nasal. Diez días después ninguna mejoría. Se realiza RMN de macizo facial, donde se aprecia engrosamiento mucosa fosas nasales y una lesión mejor delimitada en fosa nasal izq. Se toma biopsia: reacción linfoplasmocitaria con histiocitosis compatible con leishmaniasis mucocutánea.

Analítica: sin hallazgos que indiquen inmunosupresión, VIH negativo.

Tratamiento infiltración lesional de metilglucamina antimonio. Precisó de 2 infiltraciones con 2 meses de diferencia, así quedó resuelta la lesión.

Diagnóstico: leishmaniasis mucocutánea nasal.

Conclusiones

La leishmaniosis es una enfermedad poco conocida, subestimada y que conviene prevenir. En España los casos de leishmaniosis declarados son fundamentalmente viscerales, la mayoría de ellos en enfermos infectados por el VIH. La leishmaniosis mucocutánea es rara en nuestro medio pero puede darse sobre todo en zonas rurales. Andalucía tiene una de las tasas de incidencia de leishmaniosis en animales más elevadas de España.

Palabras Clave

Rhinitis, infection, leishmaniasis.

Agentes de salud en promoción de la salud comunitaria en jóvenes

Rodríguez Romero M, Moreno Macías J, Muñoz Bolívar C

Médico de Familia. CS Nuestra Señora De Las Nieves. Los Palacios y Villafranca (Sevilla)

Introducción

Esta actividad comunitaria se inicia con un estudio sobre el consumo de alcohol en estudiantes de educación secundaria obligatoria del municipio, realizado por un residente de medicina familiar y comunitaria (MFyC), que da unos resultados preocupantes y que motiva el inicio de un plan local de actuación en el consumo de sustancias adictivas en menores desarrollado por un equipo multidisciplinar (delegación de sanidad y consumo del ayuntamiento, delegación de juventud, delegación de educación, policía local, guardia civil, centro de tratamiento de adicciones, asociación local de empresarios, institutos representados por orientadores, alumnos y asociaciones de padres, centros de salud, asociación de alcohólicos anónimos, centro de educación permanente de adultos y consejo escolar local). En las reuniones trimestrales además de analizar la situación, diseñar estrategias y programar actividades, se pone de manifiesto la dificultad para comunicarnos con los jóvenes, surgiendo la figura del agente de salud.

Objetivos

Averiguar cuáles son los problemas de los jóvenes y cómo se pueden solucionar interviniendo ellos como parte activa de un equipo multidisciplinar.

Diseño

Los agentes de salud son jóvenes estudiantes de la educación secundaria obligatoria que se forman en distintas disciplinas (alimentación saludable y ejercicio físico, habilidades para la vida, prevención del consumo de alcohol, prevención del consumo de tabaco, prevención del consumo de drogas ilegales, educación sexual, prevención de enfermedades de transmisión sexual, métodos anticonceptivos y prevención de embarazos no deseados, prevención de violencia de género, nuevas tecnologías y sus riesgos, prevención del acoso escolar, reanimación cardiopulmonar básica y manejo del desfibrilador externo automático) actuando como referentes entre sus iguales.

Los agentes de salud observan, orientan e incluso acompañan en el proceso hasta solucionar el problema. Cuentan con un equipo de distintos profesionales (MFyC, enfermeros, orientadores, técnico de ciudades ante las drogas, técnico de sanidad del ayuntamiento, policía local y guardia civil) a los que pueden consultar o derivar al igual. Existe un grupo de WhatsApp para convocar reuniones y actividades y las consultas se hacen por WhatsApp privado. Se realizan reuniones mensuales de puesta en común.

Emplazamiento

Atención primaria.

Material y métodos

Análisis descriptivo de variables cualitativas y cuantitativas de las fichas de registro de actuaciones de los agentes de salud y del equipo de profesionales.

Aplicabilidad

Es una actividad comunitaria que se puede exportar a otros municipios y que pretende promover la salud en jóvenes.

Aspectos ético-legales

Su labor es voluntaria y altruista y se comprometen a tener una actitud y comportamiento acordes y a mantener la confidencialidad.

Palabras Clave

Adolescent, community medicine, health promotion.

El final de la vida en cuidados paliativo domiciliarios

Alonso García F¹, García Masegosa J², Ramos Martín J³

¹ Médico de Familia. UGC Los Vélez. AGS Norte De Almería. Almería

² Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Los Vélez. Subdirector Médico del Hospital La Inmaculada. Almería

³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital La Inmaculada. Almería

Introducción

En los últimos años han aumentado las enfermedades crónicas y oncológicas debido al envejecimiento de la población, a su mayor esperanza de vida y a los avances en medicina. Todo ello ha hecho que los cuidados paliativos domiciliarios y el interés por la forma de morir hayan aumentado.

La muerte y la forma de morir preocupa a la sociedad y a los profesionales de la salud que la tratan, produciendo angustia y huida en ocasiones por la falta de comunicación o por la posible falta de respuesta a determinados síntomas de los pacientes terminales.

Es el momento de estandarizar los cuidados paliativos, la asistencia a la persona paliativa, sus síntomas en el final de su vida, su entorno familiar, las técnicas posibles a realizar, el apoyo psicológico.

Según la OMS aproximadamente un 60-70% de enfermos oncológicos evolucionarán hacia una fase paliativa, en la que será necesario el apoyo y la continua asistencia de problemas tanto físicos como psíquicos

Objetivos

1. prestar una asistencia integral al enfermo para dar respuesta a los problemas y necesidades del paciente y su familia, de este modo mejorar su calidad de vida. 2. facilitar la entrada al proceder de cuidados paliativos de todos los pacientes en su fase final de la vida. 3. controlar los síntomas. 4. evitar el encarnizamiento terapéutico. 5. disminuir el número de días de hospitalización. 6. facilitar que el paciente disponga de los fármacos requeridos para controlar sus síntomas. 7. acceso a la familia en el apoyo a sus familiares en el proceso de la enfermedad, evitando la sensación de desprotección. 8. proporcionar el soporte adecuado para que el fallecimiento ocurra donde desee el enfermo.

Diseño

Transversal descriptivo

Emplazamiento

Paciente en la fase final de su vida de un área de gestión sanitaria en seguimiento por cuidados paliativos domiciliarios

Material y métodos

Personas de ambos sexos con edad superior a 14 años, que se encuentren con una enfermedad oncológica terminal de un área sanitaria

La muestra es la población incluida en la base de datos de cuidados paliativos de un área sanitaria desde el 1/1/11 al 8/5/16, no siendo necesaria una muestra de la población

Variables a estudio: Sedación. Síntomas: confusión, dolor, agonía, delirio, disnea, obstrucción intestinal, convulsión y rectorragia. Lugar pactado del éxito. Ingresos por centros de salud. Localización del tumor. Edad y sexo por tipo de tumor. Motivo principal de ingreso. Lugar de sedación. Tiempo desde el diagnóstico del tumor hasta el fallecimiento. Tiempo desde el diagnóstico hasta el ingreso en cuidados paliativos.

Aplicabilidad

Este estudio es especialmente relevante porque nos va a ayudar a conocer los síntomas más frecuentes en el proceso de morir, el tumor más frecuente por edad y sexo, la perspectiva de vida hasta el fallecimiento, el tipo de tumor por población, los fármacos más utilizados en la sedación y para paliar los síntomas, el lugar pactado de éxito del paciente, tiempo medio desde que el paciente es diagnosticado de neoplasia hasta que entra en la unidad de cuidados paliativos, el motivo principal de ingreso en cuidados paliativos.

Aspectos ético-legales

El estudio que se llevará a cabo deberá ser autorizado por el comité de investigación del hospital. Los datos obtenidos del estudio serán confidenciales.

Palabras Clave

Care, palliative, sedation.

Disnea súbita y palpitaciones como debut de diabetes mellitus tipo 1.

Moreno Macías J

Médico de Familia. CS Nuestra Señora De Las Nieves. Los Palacios y Villafranca (Sevilla)

Ámbito del caso

Atención primaria y urgencias hospitalarias.

Motivos de consulta

Disnea de horas de evolución, palpitaciones, temblores generalizados y malestar general en paciente de 32 años sin antecedentes médicos de interés.

Historia clínica

Enfoque individual: paciente de 32 años, sin antecedentes de interés, que acude por disnea súbita de horas de evolución asociada a palpitaciones, temblores generalizados y malestar general. No refiere fiebre, no tos, no ortopnea. Desde hace semanas refiere poliuria, polidipsia y aumento del apetito

A la exploración, mal estado general, taquipnea a 45 respiraciones por minuto, SatO₂ 99% con FiO₂ 21%, afebril, tensión arterial 135/85 mmhg, auscultación cardiopulmonar normal; no edemas en miembros inferiores, abdomen normal.

Se realiza en centro de salud electrocardiograma normal, BMT 525 mg/dl, tira de orina con cuerpos cetónicos +++, resto normal. Se deriva a urgencias hospitalarias, realizándose radiografía de tórax (normal), bioquímica (glucosa 284 mg/dl, PCR 59.9. Gasometría venosa: PH 6.96, hco₃ actual 3 mmol/l.).

Enfoque familiar y comunitario: casada desde hace 1 año, familia normofuncional en etapa de formación y fase centrípeta de ciclo vital familiar. No presenta acontecimientos vitales estresantes.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: se diagnosticó de cetoacidosis diabética. Dentro de los diagnósticos diferenciales que se tuvieron en cuenta: infecciones respiratorias, insuficiencia cardíaca, evento tromboembólico (TEP).

Tratamiento. Plan de actuación: durante su estancia en urgencias se realizó sueroterapia intensiva e insulino terapia. Al alta, fue valorada por endocrinología diagnosticándose de diabetes mellitus tipo 1.

Evolución: buen control diabetológico desde su inicio de insulino terapia.

Conclusiones

La diabetes es una enfermedad prevalente y frecuente en nuestro medio, por lo que la clínica y sus complicaciones deben ser conocidas por todos los médicos para saber diagnosticarlas a tiempo. Por ello, es importante una buena entrevista clínica, identificando aquellos síntomas que nos puedan orientar a su diagnóstico, ya que para el paciente pueden ser insignificantes y no reconocerlos en la consulta.

Palabras Clave

Diabetes mellitus, ketosis, hyperglycemia.

Traumatismo ótico que enmascara el diagnóstico

Maqueda Pedrosa D¹, Winkler G², Silva Santos M³

¹ Médico de Familia. CS Camas. Sevilla

² Médico de Familia. CS El Juncal. Sevilla

³ Médico de Familia. CS Sanlúcar La Mayor. Sevilla

Ámbito del caso

Atención primaria. Urgencias atención primaria.

Motivos de consulta

Picor y dolor ótico izquierdo de cinco días de evolución.

Historia clínica

Enfoque individual. Antecedentes personales: no alergias medicamentosas conocidas. Dermatitis seborreica. Poliartrosis. Intervención quirúrgica: prótesis de rodilla bilateral. Tratamiento habitual: tramadol 50 mg.

Anamnesis: mujer de 63 años. Consulta en urgencias por dolor de oído izquierdo de cinco días de evolución. Cuenta que hace una semana tuvo traumatismo por rascado con una horquilla del pelo, en pabellón auricular y conducto auditivo externo (cae) como consecuencia del intenso prurito que sufría por la dermatitis seborreica que padece habitualmente.

Exploración: marcada inflamación de hélix, antehélix, concha y lóbulo auricular. Eritema de la zona y aumento de temperatura. No secreción. Imposibilidad de visualizar cae con otoscopia por evidente inflamación. Trago positivo. Dolor a la presión apófisis mastoides homolateral.

Pruebas complementarias: no precisó.

Enfoque familiar y comunitario: Familia nuclear, etapa IV (contracción) del ciclo vital familiar. Hija de 33 años y un hijo de 28 años. Familia normofuncional. Antecedentes familiares: madre Alzheimer y padre fallecido de carcinoma renal.

Evolución: Inicialmente se trató en urgencias con amoxicilina clavulánico 875/125 mg cada 8 horas durante 10 días. Dado la no mejoría tras cinco días de tratamiento, la paciente vuelve a consultar, ésta vez en su médico de familia, donde se aprecian vesículas en pabellón auricular. No parálisis facial, mareos ni ninguna otra sintomatología. Se diagnostica de herpes zóster auricular.

Juicio clínico: herpes zóster auricular.

Diagnóstico diferencial: impétigo, otitis externa. Inicialmente, ante la ausencia de vesículas ni aparición de parálisis facial, se pensó en impétigo auricular favorecido por el antecedente traumático. Dado la ausencia de mejoría con antibioterapia sistémica y la evolución a vesículas se llegó a su diagnóstico definitivo.

Tratamiento. Plan de actuación: Al tratarse de una primoinfección, el tratamiento instaurado fue valaciclovir 500 mg/12 horas durante 10 días. Actualmente, resolución ad integrum.

Conclusiones

Importancia del uso de la consulta del médico de familia para seguimiento y diagnóstico definitivo de patologías, sin necesidad de acudir a urgencias en patologías de varios días de evolución. Cuestionar el uso de antibioterapia empírica en caso de patologías no filiadas correctamente.

Palabras Clave

Herpes zóster auricularis , antibiotic, primary health care.

Doctora, no puedo coger las llaves

Sauco Colón I¹, Rodríguez Narváez A², Doña González M³

¹ Médico de Familia. Hospital Jerez. Cádiz

² MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Benito. Jerez de la Frontera. Cádiz

³ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Benito. Jerez de la Frontera. Cádiz

Ámbito del caso

Mixto. Atención primaria y servicio de urgencias.

Motivos de consulta

Paciente de 41 años, acude a consulta de su médico de familia por cuadro de parestesias en región cubital de miembro superior derecho de varias semanas de evolución.

Historia clínica

Antecedentes personales: no alergias medicamentosas conocidas. Hipertensión arterial en tratamiento con enalapril.

Paciente de 41 años acude a consulta de su médico de atención primaria por cuadro de parestesias en región cubital de varias semanas de evolución. Se descarta traumatismo previo u otro desencadenante.

Tras una exploración anodina, se administra tratamiento con analgésicos y se solicita como prueba complementaria, radiografía de hombro de dicho lado. El paciente acude de forma privada al servicio de traumatología por persistencia de los síntomas y aparición de pérdida de fuerza. Se solicita RNM de cuello cervical y lumbar, sin obtener hallazgos relevantes.

Acude de nuevo a su MAP, con aparición de pérdida de fuerza y dificultad para coger las llaves así como sacar cosas en los bolsillos. Ante dicha clínica, se deriva a urgencias hospitalarias para pruebas complementarias e ingreso.

Exploración neurológica: pares craneales conservados. Romberg e índice de Barany negativo. Pérdida de fuerza en miembro superior derecho 3/5. Dificultad para realizar actividades finas.

Pruebas complementarias: hemograma, bioquímica y coagulación sin alteraciones. Tac craneal: proceso expansivo de 4x4, 5x4 cm en la convexidad del lóbulo frontal izquierdo sugestiva de meningioma. Discreto desplazamiento de estructuras de la línea media de 5 mm a la derecha. RNM cervical y lumbar: mínimas protrusiones sin compromiso radicular. El paciente fue derivado en neurología y posteriormente trasladado al servicio de neurocirugía del hospital de referencia para tratamiento quirúrgico.

Actualmente el paciente ha presentado una evolución favorable, está asintomático y sin déficit motor.

Conclusiones

La aplicabilidad de este caso para la medicina de familia, es la necesidad de tener un amplio abanico de diagnóstico diferencial presente, y descartar, aquellas patologías que pueden comprometer la vida de nuestros pacientes. El sentido común debe ser el pilar fundamental de nuestro trabajo.

Palabras Clave

Neoplasia cerebral, meningioma, parestesias.

Motivo de consulta urgente: fiebre y diarrea

López Torres G¹, Martín Pérez E², Granados Solier M²

¹ Médico de Familia. DS Granada-Metropolitano. Granada

² Médico de Familia. DCCU. DS Granada-Metropolitano. Granada

Ámbito del caso

Atención primaria (urgencias extrahospitalarias) y atención hospitalaria (urgencias y cirugía menor).

Motivos de consulta

Diarrea y fiebre.

Historia clínica

Antecedentes personales: varón de 16 años sin antecedentes personales de interés.

Anamnesis: acude al servicio de urgencias de un centro de salud urbano por presentar deposiciones diarreicas y fiebre de 38º en las últimas 24 horas. Como antecedente nos refiere politraumatismo hace una semana tras caer su bicicleta por un terraplén. El día de la caída fue atendido en urgencias hospitalarias, permaneciendo 24 horas en observación donde le realizaron analítica y radiografías que fueron normales. A las pocas horas volvió a ingresar de nuevo por cuadro presincopal con ligera desorientación posterior y sensación de mareo, realizándosele TAC craneal que fue normal derivándose de nuevo al alta. Por tercera vez consulta, en nuestro servicio de urgencias extrahospitalarias, refiriendo molestias abdominales difusas asociadas a fiebre y deposiciones líquidas sin productos patológicos.

Exploración: buen estado general, sin diaforesis y con tensión arterial normal, taquicardia sinusal a 110 lpm. no signos de focalidad neurológica. Auscultación cardiopulmonar normal.

Exploración abdominal: doloroso con defensa a la palpación en hemiabdomen izquierdo. Peristaltismo abdominal aumentado. Pautamos tratamiento antitérmico y ante la presencia de abdomen agudo decidimos trasladar al paciente a urgencias hospitalarias.

Pruebas complementarias: analítica urgente: descenso de hemoglobina de 4 puntos con respecto a la realizada previamente y PCR 50 mg/l. TAC abdominal urgente: hematoma esplénico subcapsular y ligero hemoperitoneo.

Juicio clínico: Rotura esplénica tras traumatismo abdominal. Fiebre y diarrea secundarias a hemoperitoneo. presíncopes secundarios a pérdidas hemáticas.

Diagnóstico diferencial: gastroenteritis aguda. Conmoción cerebral tras traumatismo craneoencefálico leve.

Tratamiento, planes de actuación: El paciente ingresa a cargo de cirugía general programándose intervención quirúrgica con aspirado y reparación de la lesión. No se realizó esplenectomía.

Evolución: Favorable

Conclusiones

Llama la atención que el paciente en ningún momento se quejó de dolor abdominal, sólo molestias difusas en la última consulta. Durante las dos primeras asistencias el paciente presentaba taquicardia sinusal a la que no se prestó atención. No se realizaron analíticas de control en su primer ingreso por lo que no se pudo comprobar el descenso en las cifras de hemoglobina.

Palabras Clave

Urgencias, bazo y hemoperitoneo.

Historia de poliposis colónica familiar: importancia de la captación activa desde las consultas de atención primaria

López Torres G¹, Martín Pérez E², Granados Solier M²

¹ Médico de Familia. DS Granada-Metropolitano. Granada

² Médico de Familia. DCCU. DS Granada-Metropolitano. Granada

Ámbito del caso

Atención primaria y atención hospitalaria.

Motivos de consulta

Paciente nueva en nuestro cupo. En su primera consulta refiere dolor abdominal, urgencia defecatoria y deposiciones líquidas.

Historia clínica

Enfoque individual: antecedentes personales, anamnesis, exploración y pruebas complementarias.

Antecedentes personales: mujer de 59 años con antecedentes personales: alergia a ergotamina e intervenida quirúrgicamente de varices.

Antecedentes familiares: padre intervenido con 48 años de carcinoma colorrectal (CCR) y poliposis familiar, hermana con CCR diagnosticado a los 26 años, sobrina con poliposis familiar y fallecida por CCR con 34 años y sobrino intervenido con 35 años de CCR y poliposis familiar.

Anamnesis: refiere desde hace varios meses cuadro de hipogastria, urgencia defecatoria y deposiciones líquidas sin productos patológicos que mejoran el dolor, aunque nos refiere que queda tenesmo residual. No refiere náuseas ni vómitos, no anorexia. No fiebre. No pérdida ponderal. A pesar de los antecedentes familiares no ha realizado colonoscopia previa. Solicitamos colonoscopia y consulta de digestivo vía preferente.

Exploración: buen estado general, abdomen blando y depresible, indoloro sin masas ni megalias.

Pruebas complementarias: Colonoscopia: numerosas formaciones polipoideas de diferentes tamaños, casi todas sesiles o semipedunculadas, masa neoplásica en recto-sigma. PET-TAC: masa hipermetabólica pélvica sobre recto-sigma. Anatomía patológica de proctocolectomía: adeno carcinoma moderadamente diferenciado de recto-sigma, infiltra pared muscular sin sobrepasarla (PT2). pólipo adeno vellosos sin displasia, pólipos adenomatosos, apéndice cecal con tumor carcinoide. Ausencia de infiltración neoplásica en 17 adenopatías aisladas.

Enfoque familiar y comunitario: Existe un riesgo cercano al 100% de padecer CCR antes de los 39 años en personas no tratadas que padecen poliposis adenomatosa familiar. Nuestra paciente es madre de dos hijos de 33 y 37 años. Le informamos de la necesidad de realizar colonoscopia.

Juicio clínico: Adenocarcinoma de recto, tumor carcinoide.

Diagnóstico diferencial: intestino irritable, enfermedad inflamatoria intestinal, Diverticulitis.

Tratamiento, planes de actuación: Proctocolectomía y tratamiento quimioterápico.

Evolución: Pendiente de terminar tratamiento con quimioterapia. Seguimiento en atención primaria, oncología y cirugía.

Conclusiones

Se recomiendan sigmoidoscopias o colonoscopias anuales si se trata de poliposis severa a los 10-12 años y a los 20-25 años si se trata de la forma atenuada. Desde atención primaria, en colaboración con atención especializada, sería necesaria la captación activa de familiares con poliposis colónica y sugerirles la realización de colonoscopia.

Palabras Clave

Colon, poliposis y atención primaria.

Evaluación de un programa de rehabilitación cardíaca postinfarto de miocardio mediante sistema de telemonitorización domiciliaria

Ramos Martín J¹, Ramos Martín J², García Masegosa J³, Alonso García F⁴, Fernández Pergrina S⁵, Flores Torres I⁶

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital La Inmaculada. Huércal-Overa (Almería)

² Hospital La Inmaculada. Huércal-Overa (Almería)

³ Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Los Vélez. Subdirector Médico del Hospital La Inmaculada. Huércal-Overa (Almería)

⁴ Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Los Vélez. Almería

⁵ Hospital Torrecárdenas. Almería

⁶ Especialista en Medicina Física y Rehabilitación. Hospital La Inmaculada. Huércal-Overa (Almería)

Introducción

La enfermedad cardiovascular (ECV) es la principal causa de mortalidad en España, y supone una gran carga sobre el sistema nacional de salud. Se propone realizar un programa de rehabilitación cardíaca domiciliario (fase III) mediante el uso de un sistema de telemonitorización, para ayudar a los pacientes que hayan tenido un infarto agudo de miocardio en la recuperación de dicho evento, y en la disminución de factores de riesgo cardiovasculares. El objetivo es evaluar el impacto clínico del sistema de telemonitorización domiciliaria y evaluar el nivel de adherencia al ejercicio al año de haber concluido el programa de rehabilitación, en un grupo que realice la fase III de habitual y otro grupo de pacientes que realice la fase III con la intervención propuesta. Se realizará un ensayo clínico controlado aleatorizado en dos grupos, simple ciego. Durante un periodo de tiempo correspondiente a un año. Los pacientes serán divididos en dos grupos: un grupo realizará la fase III de forma tradicional, y el otro grupo será inscrito en una plataforma web para llevar a cabo el control domiciliario. En dicha plataforma, los pacientes que sean incluidos, deberán ir realizando el seguimiento que el programa propone para facilitar la interacción médico-paciente de una manera fluida y sencilla. Se espera que el grupo que ha recibido la intervención presente una cierta mejoría de su calidad de vida, una mejor adherencia al ejercicio, una disminución del índice de masa corporal y del hábito tabáquico, un mayor retorno a la vida laboral y menor duración de las bajas por incapacidad, un mayor conocimiento acerca de su patología de base, una disminución de ingresos hospitalario y demandas de consultas y/o urgencias

Objetivos

Evaluar el impacto clínico del sistema de telemonitorización domiciliaria en un programa de rehabilitación cardíaca en un grupo de intervención en comparación con un programa de rehabilitación domiciliaria tradicional durante un año de seguimiento. Evaluar el nivel de adherencia al ejercicio al año de seguimiento. Evaluar la incidencia de complicaciones ocurridas, y tasa de mortalidad. Evaluar los cambios producidos en los factores de riesgo (sedentarismo, obesidad, hábito de fumar, hipertensión arterial, diabetes), cumplimiento terapéutico (medicación), calidad de vida y el grado de conocimiento de los pacientes sobre su enfermedad.

Diseño

Ensayo clínico controlado aleatorizado simple ciego.

Emplazamiento

Hospital de la inmaculada (Huércal-overa).

Material y métodos

Serán candidatos a participar en el estudio aquellas personas que acudan al servicio de rehabilitación cardíaca del hospital de la Inmaculada, que sean ingresadas con criterios de síndrome coronario agudo y que cumplan todos los criterios de inclusión y ninguno de exclusión. A todos los candidatos a participar en el estudio se les realizará una primera visita inicial para ofrecerles participar en un nuevo programa de rehabilitación cardíaca y, si dan su consentimiento, durante la fase II hospitalaria del programa de rehabilitación cardíaca, se les asignará de forma aleatoria a una de las 2 posibles intervenciones. Es decir, la diferencia entre los dos grupos sólo se dará durante la fase III del programa. El grupo de tratamiento seguirá la fase III a través del programa implementado en la web www.entresalud.com, con seguimiento online mediante la plataforma qoolife. El grupo control seguirá la fase III de forma convencional.

Criterios inclusión: Diagnóstico de síndrome coronario agudo. Edad 18 – 65 años. Ser elegible por el nivel de riesgo para entrar en el programa de RC estándar del hospital de la inmaculada. Disponer de dirección de correo electrónico en uso mediante algún dispositivo portátil de su propiedad (ordenador portátil, tablet o teléfono móvil con conexión a internet). Consentimiento informado por escrito incluyendo la aceptación a recibir información y consejos por correo electrónico.

Criterios exclusión: Paciente neoplásico con metástasis y otras patologías degenerativas incurables de carácter terminal. Insuficiencia cardíaca grado III-IV de la clasificación de la New York Heart Association (NYHA). FEVI <35% inestabilidad hemodinámica.

Aplicabilidad

El desarrollo de un software que permita el control domiciliario de estos pacientes a nivel domiciliario o desde cualquier lugar que se encuentren, constituirá sin duda alguna una aportación específica y relevante a la medida de los principales factores de riesgo cardíaco y la adhesión a las medidas de intervención. Además, se estima que el uso de un sistema como el que se plantea, facilita la reproducibilidad en otros ámbitos de estudio con una mayor precisión y con muy bajo coste.

Aspectos ético-legales

El estudio que se llevará a cabo deberá ser autorizado por el comité de investigación del hospital. Los participantes serán informados en todo caso y recibirán una hoja de información donde se explica detalladamente el procedimiento de estudio. Todos los individuos que participen en el estudio deberán firmar el consentimiento informado. Los datos obtenidos serán anónimos, utilizando un código identificativo (ci) de números y letras que no permitirá la identificación del nombre del paciente.

Palabras Clave

Cardiovascular diseases, stroke, rehabilitation, health communications.

Tiroiditis subaguda

Aldeanueva Fernández C¹, García Pigne I², Otero Garrido M³

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Torre Del Mar. Málaga

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Vélez. Málaga

³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Algarrobo. Málaga

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de consulta

Dolor cervical anterior.

Historia clínica

Mujer de 41 años. No alergias a medicamentos. No hipertensión arterial, no diabetes, no dislipemia. No patología tiroidea. Celiaca (grado 1, biopsia duodenal con linfocitosis y ausencia de atrofia vellositaria, con buena respuesta a dieta sin gluten). Cirugía: amigdalectomía y colecistectomía.

Dolor en región cervical anterior desde hace un mes y medio. Asociado a decaimiento general y febrícula. No molestias al respirar ni tragar. Ansiosa. Comenta sensación de palpitaciones a veces. No duerme bien. Frecuencia cardíaca 96 latidos por minuto, rítmico. Dolor muy importante a la palpación de región tiroidea. No adenopatías. No rigidez nuchal. Auscultación cardiopulmonar normal.

Exploración de abdomen anodina. Miembros inferiores sin edemas. Mínimo temblor intencional. Hormonas tiroideas normales (TSH 6.78, t4 1.2). Autoinmunidad tiroidea negativa. Anticuerpos antinucleares negativos. Anticuerpos para celiaquía negativos. Velocidad de sedimentación globular 52.

Ecografía tiroidea: glándula tiroides difusamente aumentada de tamaño, globulosa y heterogénea. No se observan adenopatías de tamaño significativo. Gammagrafía tiroides: captación glandular muy disminuida. Hipocaptación global.

Antecedentes familiares: padre con melanoma. Madre con hipotiroidismo.

Juicio clínico: tiroiditis subaguda. Actualmente hipotiroidismo subclínico.

Tratamiento: propranolol 40mg ½ comprimido cada 12 horas. Prednisona 30mg 2 comprimidos al día durante 5 días, después ir descendiendo 10mg a la semana, llegando a dosis de 10mg hasta revisión.

Evolución: dos meses después se encuentra estable, aunque persisten molestias en región tiroidea. Se retira propranolol y se pautan antiinflamatorios si dolor a la espera de resolución del cuadro.

Conclusiones

La tiroiditis subaguda es propia de mujeres de mediana edad. Suele ser posterior a infección viral de vías respiratorias altas. Síntoma típico dolor cervical anterior. Puede irradiarse a mandíbula u oídos. El agrandamiento doloroso de la glándula tiroidea puede durar semanas o meses. Puede asociar fiebre y fatiga. Tratamiento sintomático con antiinflamatorios. Los casos más avanzados pueden requerir corticoides. Puede resolverse desde atención primaria sin necesidad de derivación.

Palabras Clave

Thyroiditis, subacute, quervain.

Cólico renal derivado a cirugía cardiovascular

Rodríguez Brioso J, González Contero L, Saslva Ortiz N

Urgencias/Observación. Hospital General Santa María del Puerto. Cádiz

Ámbito del caso

Paciente que acude a urgencias hospitalarias en ambulancia convencional con diagnóstico de cólico renal para tratamiento analgésico.

Motivos de consulta

Paciente de 64 años, que refiere dolor en región lumbar de una hora de evolución sin síndrome miccional asociado que no responde a tratamiento analgésico en su centro de salud.

Historia clínica

Paciente de 64 años, fumador e hipertenso, que refiere dolor en región lumbar con irradiación en mandíbula e importante cortejo vegetativo y náuseas.

Exploración: afectado por el dolor, normotenso, pálido, normo frecuente, eupneico. Auscultación cardiorrespiratoria: normal, sin soplos. Abdomen: globuloso y depresible, dolor leve a la palpación en epigastrio, no regalías ni hernias, no signos de irritación peritoneal, pulsos presentes y simétricos, puñopercusión renal bilateral negativas.

Electrocardiograma: ritmo sinusal a 60 latidos por minuto, con t invertida en v4-v6. Analítica: normal. Radiografía de tórax: gran ensanchamiento mediastínico. Eco abdominal: mala ventana ecográfica. No visualizamos aorta. TAC abdominal: disección nórctica.

Conclusiones

Ante paciente con diagnóstico confirmado, iniciar de nuevo estudio del paciente, sin tener en cuenta diagnóstico de presunción, ya que puede tratarse de un nuevo diagnóstico, debido a la evolución del cuadro clínico.

Palabras Clave

Aorta artery, kidney, jaw.

Dolor costal en cuadro catarral

Rodríguez Brioso J, González Contero L, Delgado Sousa A

Urgencias/Observación. Hospital General Santa María del Puerto. Cádiz

Ámbito del caso

Paciente que acude a urgencias hospitalarias para descartar proceso de infección respiratoria condensan por su médico de atención primaria.

Motivos de consulta

Paciente que acude a urgencias por dolor en región subcostal derecha, tras proceso de tos persistente, en el contexto de infección respiratoria.

Historia clínica

Paciente de 70 años, hipertensa y cardiópata, que refiere dolor en región subcostal derecha tras tos persistente y sensación de bultoma con disnea.

Exploración: pálida, frecuencia cardíaca 130 latidos por minuto, normotensa, eupneica en reposo. Auscultación cardiorrespiratoria con tonos taquirrítmico y subcrepitantes en ambas bases, abdomen blando y depresible, bultoma en región de hipocondrio derecho hasta fosa ilíaca derecha y doloroso a la palpación.

Analítica: a destacar anemia normocítica y normocrómica. Eco abdominal: tumoración cavitada de 12 por 8 centímetros que sugiere hematoma de pared. TAC abdominal: hematoma de pared gigante.

Conclusiones

En paciente con cuadro de infección respiratoria, hacer una exploración completa, no sólo dirigida al aparato u órgano al que la paciente asocia su cuadro clínico, porque tenemos en ocasiones otras causas de la sintomatología a la que la paciente asocia su patología.

Palabras Clave

Bruise, cough, tumour.

A propósito de un caso: adolescente crónico

Sauco Colón I¹, Doña González M², Rodríguez Narváez A³

¹ Médico de Familia. Hospital Jerez. Cádiz

² MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Benito. Jerez de la Frontera. Cádiz

³ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Benito. Jerez de la Frontera. Cádiz

Ámbito del caso

Mixt. Caso multidisciplinar. Médico de atención primaria. Servicio de urgencias y especialista. Alizada

Motivos de consulta

Paciente de 20 años que acude a consulta para solicitar control analítico por trombocitopenia asintomática. Tras afirmar, dicho déficit (125.000/mm³) y ver evolución, se remite al servicio de hematología para estudio y fue diagnosticada de síndrome antifosfolípido. Tras tres meses, acude por pérdida de fuerza en miembro superior derecho y disartria de 24 horas de evolución.

Historia clínica

Mujer de 20 años. Como antecedentes personales destacar asma, migraña y síndrome antifosfolípido. Acude a consulta por cuadro de disminución de fuerza en miembro superior derecho y disartria.

Exploración: pares craneales conservados. Pérdida de fuerza en miembro superior derecho 3/5. Actividades finas conservadas. Romberg e índice de barana y negativo. Auscultación cardiorespiratoria normal. Se deriva a urgencias hospitalarias para pruebas complementarias de imagen.

Analítica: a destacar plaquetas 125.000/mm³; AC. Anticardiolipinas IGG108 u/ml, ac-antib2 glicoproteína IGG 53 u/ml. Resto normal. Tac craneal en región frontal izquierda, lesión isquémica aguda. En sustancia blanca subcortical de ambos hemisferios gliosis inespecíficas sugestivas, dado los antecedentes personales de la paciente, lesiones vasculares antiguas.

Tras el diagnóstico de ictus isquémico, fue ingresada en neurología.

Actualmente la paciente se encuentra asintomática, sin déficit motor, y anticoagulada con acenocumarol y en revisiones tanto por hematología y por neurología.

Conclusiones

La aplicabilidad de este caso a la medicina familiar y comunitaria se basa en la importancia de estudiar los antecedentes familiares mediante genograma. En este caso, es importante el afrontamiento de la paciente y su familia de la enfermedad (debido a que es una patología hereditaria y se debe estudiar a los progenitores y hermanos), ya que se trata de una paciente muy joven con enfermedad crónica y su consecuente tratamiento indefinido

Palabras Clave

Síndrome antifosfolípido, Accidente cerebrovascular, Adolescente

“No puedo dormir”. Características del insomnio en atención primaria

Hachem Salas N¹, Reche Padilla A², Berbel González F³, González Navarro T⁴, Moreno Martos H⁵, Zapata Martínez M⁵

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Retamar. Almería

² Médico de Familia en Urgencias. Hospital La Inmaculada. Almería

³ Enfermero. Residencia Virgen de la Esperanza. Almería

⁴ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Retamar. Almería

⁵ Médico de Familia. CS Retamar. Almería

Objetivos

Conocer el perfil del paciente que acude con insomnio a la consulta de atención primaria (AP). Valorar el grado de insomnio que presenta según el ISI (calidad del sueño).

Diseño

Estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento

Atención primaria.

Material y método

Población de estudio: paciente que acude a AP con motivo de insomnio los meses de febrero/marzo 2016.

Criterios de selección: pacientes >18 años que presentan un ISI >7.

Tamaño muestral: 70 pacientes.

Variables: sociodemográficas (edad, sexo, estado civil, trabajo, nivel de estudios) v. hábitos (tóxicos: tabaco, alcohol, otras drogas) v. ejercicio físico, v. clínicas (IMC (índice de masa corporal), enfermedades previas, tratamientos actuales) v. de estudio (calidad del sueño medida por ISI (0-7=ausencia de insomnio clínico, 8-14=insomnio subclínico, 15-21=insomnio clínico moderado, 22-28=insomnio clínico grave)).

Análisis estadístico: Univariante: v. cualitativas: frecuencias. V. cuantitativas: media, DS. Bivariante: T Student v. Cuantitativas. Chi cuadrado: v. Cualitativas.

Resultados

70 pacientes, el 77% mujeres, edad media de 57 años (no diferencias según sexo) un 63% casado, el 39% trabajando, un 26% universitarios. No fuman 80%. No beben 86%. Solo el 23% hace una actividad física regular. Un 20% presenta obesidad. El 74% toman BZD el 31% presenta algún FRCV y un 24% presenta algún problema de salud mental leve. El 73% presentan un insomnio clínico moderado/grave, sin diferencias según sexo ($p > 0,05$), sí diferencias en cuanto a la edad, ($p < 0,10$).

Conclusiones

El perfil del paciente que consulta con la demanda de insomnio es: mujer de mediana edad, casada, que trabaja, con estudios, sin hábitos tóxicos, sin FRCV ni problema de salud mental importante, que consume BZD. La mayoría de los pacientes que consultan presentan un insomnio clínico moderado/grave, no habiendo diferencias según el sexo, pero sí según la edad. Los más jóvenes presentan más insomnio moderado/grave.

Palabras Clave

Insomnio, ISI, benzodiacepinas, atención primaria

¿Qué nos lleva a pedir una prueba radiológica mamaria en la consulta del médico de familia?

Hachem Salas N¹, Berbel González F², Moreno Martos H³, Reche Padilla A⁴, Zapata Martínez M³, González Navarro T⁵

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Retamar. Almería

² Enfermero. Residencia Virgen de la Esperanza. Almería

³ Médico de Familia. CS Retamar. Almería

⁴ Médico de Familia en Urgencias. Hospital La Inmaculada. Almería

⁵ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Retamar. Almería

Objetivos

Conocer el perfil del paciente que acude a consulta en relación a patología mamaria. Valorar los resultados de las pruebas radiológicas mamarias pedidas en atención primaria (AP).

Diseño

Estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento

Atención primaria.

Material y método

Población de estudio: peticiones radiológicas mamarias pedidas desde AP.

Criterios de selección: pruebas radiológicas pedidas en abril 2016.

Tamaño muestral: la población de estudio fueron 160 peticiones. si calculamos el tamaño de muestra con un intervalo de confianza al 95% bilateral, asumiendo una prevalencia del 35% fue necesario incluir 110 sujetos en el estudio. Asumiendo un 10% de pérdidas, necesitaríamos 120 peticiones.

V. sociodemográficas: edad, sexo.

V. Exploración física: nódulo.

V. Clínicas: secreción, mastalgia, retracción pezón, etc.

V. antecedentes familiares cáncer mama.

V. antecedentes personales: cáncer mama previo. Otro cáncer ginecológico.

Resultado de prueba radiológica, BI-RADS, quiste, fibroma, normal.

Análisis estadístico: univariable: v.cualitativas: frecuencias /v.cuantitativas: media, ds.

Resultados

120 pacientes, el 100% mujeres, edad media 37 años, el 32% llevaban menos de un mes con la sintomatología. Un 75% se deriva por palpación de nódulo, el 49% < 1cm, localizado el 70% en CSE .en un 48% se describe mastalgia no cíclica, un 26% tiene antecedentes familiares de cáncer de mama, pero en el 83% son de bajo riesgo. Un 58% han tenido una prueba radiológica previa, el 83% hace más de dos años. Un 3% patológicas (cáncer) un 53% son normales. En un 35% se detecta quiste, en un 31% se informa como BI-RADS.

Conclusiones

Las peticiones de pruebas radiológicas se hacen en su totalidad a mujeres jóvenes donde se palpa nódulo, y la sintomatología más frecuente es mastalgia no cíclica. Sin antecedentes familiares de mama de alto riesgo. Más de la mitad de los casos tienen prueba radiológica previa. el diagnóstico más frecuente es normal.

Palabras Clave

Mamografía, cáncer de mama, nódulo, atención primaria, mastalgia

La importancia de la detección de los síntomas de alarma en atención primaria para un diagnóstico precoz

Flores Montañés M, Franquelo Hidalgo B, De Juan Roldán J

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria.. CS Palma-Palmilla. Málaga

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de consulta

Paciente que consulta por cuadro de Epigastralgia de meses de evolución asociado a vómitos y pérdida de peso.

Historia clínica

Antecedentes personales: varón de 56 años, fumador de medio paquete/día y bebedor de 2 litros de cerveza diarios.

Sin antecedentes de interés ni tratamiento habitual. Acude a nuestra consulta de atención primaria por presentar epigastralgia de tres meses de evolución que empeora tras la ingesta, con sensación de distensión abdominal y síndrome constitucional asociado. Clínica dispéptica que no mejora tras tratamiento con omeprazol, refiere vómitos frecuentes tras las comidas.

Exploración: TA 110/62. FC 64lpm. Afebril, eupneico en reposo. Auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen blando y depresible doloroso en epigastrio, con leve defensa abdominal. Blumberg, Murphy negativos.

Juicio clínico: epigastralgia asociada a síndrome constitucional y clínica dispéptica a estudio.

Diagnóstico diferencial: ¿úlcera gástrica? ¿Cáncer gástrico? ¿Proceso infeccioso?.

Plan de actuación: ante la sospecha de proceso neoplásico, se deriva desde el centro de salud a urgencias para valoración, pruebas complementarias e ingreso.

Evolución: ingreso y estudio en enfermedades digestivas.

Analítica: HB 9.7, fe 28, ferritina 258. Perfil hepático y resto normal. RX abdomen sin hallazgos. TC abdomen: engrosamiento irregular de la pared del antro gástrico y adenopatías en hilio gastrohepático. Moderada cantidad de líquido libre. Endoscopia digestiva alta: lesión ulcerada compatible con neoplasia en antro gástrico con adenopatías locorregionales. Anatomía patológica de la biopsia compatible con LNH tipo b de células grandes activado de localización abdominal y afectación esplénica. Se amplía estudio con pruebas de medicina nuclear y se propone para inicio de quimioterapia. Seguimiento por parte de hematología.

Conclusiones

La importancia de este caso, reside en realizar una buena historia clínica como base para el inicio de estudio de una enfermedad, puesto que es atención primaria, el primer filtro que pasan la mayoría de nuestros pacientes, por lo que debemos conocer y preguntar acerca de los distintos síntomas de alarma de procesos más graves, con el fin de lograr un diagnóstico y tratamiento más precoz.

Palabras Clave

Epigastralgia; síndrome constitucional; vómitos

PIRASOA: un estímulo para mejorar la adecuación del tratamiento antibiótico en la unidad

Bascuñana Garrido M¹, Aguado De Montes M¹, Sánchez González I², Blanco Rubio B¹, González López M², De Francisco Montero M³

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Las Palmeritas. Sevilla

² CS Las Palmeritas. Sevilla

³ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Las Palmeritas. Sevilla

Objetivos

Conocer causas del uso inadecuado de antimicrobianos en UGC urbana de atención primaria. Optimizar prescripción para disminuir efectos adversos en nuestra población.

Diseño

Estudio observacional descriptivo.

Emplazamiento

Atención primaria.

Material y método

Estudio descriptivo realizado en programa para optimización de antimicrobianos, (PROA) en UGC de AP urbana, 18.500 ciudadanos; 23,68% mayores 65 años. 10 médicos de familia y 3 pediatras.

Se analizan asesorías clínicas realizadas desde marzo 2014-noviembre 2015 en programa integral de prevención y control de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y uso apropiado antimicrobianos (PIRASOA).

Se evalúan respuestas a 5 ítems: 1) tratamiento antimicrobiano indicado/no indicado; 2) toma muestras adecuada/no adecuada; 3) antimicrobiano prescrito adecuado/no adecuado; 4) dosis prescrita adecuada/no adecuada; 5) duración tratamiento adecuada/no adecuada.

Se dedican en la UGC 15 sesiones clínicas formativas/informativas dirigidas a médicos y pediatras del centro.

Resultados

97 asesorías. 15,38% (n=15) tratamiento inadecuado. Mayoría sobre tratamientos empíricos (68,36%; n=67), 4,36% dirigidos (n=4); el resto (27,26%; n=26) no requirió antimicrobianos.

Principales causas de error en tratamiento inadecuado: elección antimicrobiano (60%; n=9), duración tratamiento (6,66%; n=1), dosis inadecuada (6,66%; n=1), tratamiento injustificado (26,66%; n=4).

Distribución síndromes por frecuencia: infecciones ORL (40,20%), respiratorias (22,68%), urinarias (17,52%), piel y partes blandas (12,37%), otras (7,21%).

Porcentaje tratamientos inadecuados según síndrome: infecciones respiratorias (53,33%), urinarias (20%), orl (13,33%), piel y partes blandas (13,33%).

Se valora porcentaje de variación en DDD por mil tarjetas y día del consumo de amoxicilina-clavulánico desde noviembre 2013 a octubre 2015, objetivándose descenso del 25,41%.

Tasa total de antimicrobianos de 14,93% en noviembre 2013 a 12,16% en octubre 2015.

Conclusiones

Las asesorías clínicas PIRASOA proporcionan información cuantitativa y cualitativa sobre la calidad de uso de antimicrobianos en AP. Principal causa de error: elección del antimicrobiano adecuado, seguido del tiempo de duración del tratamiento. Se ha modificado perfil de prescripción con descenso en la tasa de prescripción de antimicrobianos y de amoxicilina-clavulánico.

Palabras Clave

Antimicrobianos, causas de error, calidad de uso.

El amplio diagnóstico diferencial de las adenopatías

Flores Montañés M¹, Franquelo Hidalgo B¹, Ferre Fernández C²

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Palma-Palmilla. Málaga

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Rincón de la Victoria. Málaga

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de consulta

Mujer de 39 años, que acude a consulta de atención primaria por fiebre de larga evolución, poliartralgias, y dolor en región cervical.

Historia clínica

Antecedentes personales: natural de Nigeria. Sin alergias medicamentosas ni antecedentes personales de interés. No viajes reciente a su país. Fumadora 1 paquete/día. Sin tratamiento habitual. Acude a consulta por presentar cuadro febril intermitente de predominio vespertino de un mes de evolución que cede parcialmente con antitérmicos, asociado a artromialgias generalizadas, dolor en hipocondrio derecho y molestias en región cervical donde se nota un bulto.

Exploración: febril (39.2º) con escalofríos, bien hidratada, eupneica en reposo. Conglomerado adenopático cervical bilateral y supraclavicular. Auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen blando y depresible con irritación peritoneal generalizada.

Juicio clínico: síndrome febril de larga evolución y adenopatías a estudio.

Diagnóstico diferencial: ¿hepatitis? ¿Infección VIH? ¿Linfoma?.

Plan de actuación: se pauta antitérmicos intravenosos y se deriva a urgencias para valoración y estudio en enfermedades infecciosas.

Evolución: estudio en urgencias: analítica: HB 10, linfocitos 7.5, alteración del perfil hepático, PCR 132, alcalosis respiratoria en gasometría venosa. Resto normal. Ecografía abdominal: adenopatías en hilio hepático, mínima cantidad de líquido libre. Ingreso a cargo de infecciosas donde solicitan analítica completa con serología VIH, sífilis, hepatitis. TC de cuello, tórax y abdomen más biopsia de adenopatías cervicales. Resultados serología positiva para VIH, y múltiples adenopatías cervicales, supraclaviculares y retroperitoneales a considerar cuadro infeccioso como tuberculosis primaria o linfoma. Estudio de biopsia de adenopatías con baciloscopia positiva, que confirma la sospecha de infección por VIH con tuberculosis ganglionar asociada.

Conclusiones

Actualmente se estima que en España hay entre 120.000 y 150.000 personas vivas que padecen infección por VIH y más de una cuarta parte de ellos permanecen sin diagnosticar. La manifestación de la enfermedad es variada, pero habría que sospecharla ante adenopatías en cualquier localización, síndrome febril de larga data o aparición de algunos de los síndromes asociados a esta enfermedad. La importancia reside en realizar una buena prevención primaria y promoción de la salud por parte de atención primaria y la sospecha activa de los posibles síntomas que nos conduzcan a su diagnóstico.

Palabras Clave

Adenopatías; fiebre; VIH;

Intoxicación etílica, importancia de la re-exploración por parte del personal sanitario al paciente

Quesada Sánchez T¹, García Iglesias Y², Fernández Viñes J³

¹ Enfermera. Hospital Santa Ana. Motril. Granada

² Médico de Familia. CS Gran Capitán. Granada

³ Médico de Familia. CS Atarfe. Granada

Ámbito del caso

Atención hospitalaria. Urgencias.

Motivos de consulta

Caída anoche. Embriaguez. Encontrado en vía pública con policontusiones.

Historia clínica

Varón de 30 años con enolismo crónico. En 2014 hematoma intraparenquimatoso frontal basal izquierdo por TCE. Síndrome de desmielinización osmótica o mielinos central pontina, tetraparesia espástica por afectación global vía piramidal. En tratamiento con quetiapina y trazadona.

Exploración física: Llega bajo efectos del alcohol al servicio de urgencias, desorientado en espacio y tiempo, no recuerda hechos. Disartria por enolismo aguda, no focalidad aguda neurológica. HIC en ceja derecha con pérdida de sustancia, herida de excoiación múltiples predominantes en costado derecho, hematoma en flanco abdominal izquierdo, edema palpebral bilateral con hematoma periorbicular. Rango de movilidad articular conservado en ambos MMSS e MMII. No crepitaciones.

Electrocardiograma, rítmico, AP MVC. Dolor a palpación de parrilla costal izquierdo en área submamilar. se solicita TAC craneal, RX parrilla costal izquierda, RX abdomen, RX PA y la tórax. Constantes vitales: TA 128/ 65 – so, 95 %- FC 103 l/m. se solicita analítica, administración de SFF, cura y limpieza de HIC, se administra amoxicilina 1 gramo IV, más benerva y benadon IV. Control neurológico en sala de espera vigilada. Analítica: bioquímica (suero hemolizado) GPT 151, glucemia 117 mg/dl. Hemograma: leucocitos 18,91 PMN 91,3%, linfocitos 4,1%, GSV PH 7,28. Valoración enfermera: riesgo de infección de hic, dolor, ansiedad.

Enfoque familiar y comunitario: el paciente acude solo, remite una ambulancia de traslado, se contacta con sus padres que acuden de inmediato al servicio, en la actualidad vive con ellos.

Plan de actuación conjunta: vigilancia del paciente, se encuentra nervioso y dolorido, más colaborador y sin focalidad neurológica. se valora traslado al hospital de granada para valoración por especialista maxilofacial para sutura de hic en cara.

Evolución: tras dolor persistente y ansiedad se re-explora al paciente en la camilla y tras resultados de RX tórax se informa a cirugía de hallazgos radiológicos y de neumotórax. Cirugía: neumotórax izquierdo 30 %, fracturas costales 7 y 8 arcos costales, hematomas en anteojos, en MMSS y MMII conservando buena movilidad, TAC craneal sin hallazgos, se drena neumotórax y se coloca pleurecat, ingreso en planta de cirugía.

Conclusiones

La exploración clínica, después de una correcta anamnesis en la entrevista clínica es importante para obtener una serie de signos clínicos que estén relacionados con los síntomas que refiere el paciente. Si la entrevista con el paciente no ha sido exitosa debido a su estado de conciencia, es de vital importancia la re- exploración en horas posteriores para determinar así un diagnóstico precoz y la valoración del médico especialista si fuera necesario.

Palabras Clave

Dolor, ansiedad, estado de conciencia

BI-RADS tipo 3, ¿control ecográfico o biopsia?

Alonso García F¹, Ramos Martín J², García Masegosa J³

¹ Médico de Familia. UGC Los Vélez. AGS Norte De Almería. Almería

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital La Inmaculada. Almería

³ Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Los Vélez. Subdirector Médico del Hospital La Inmaculada. Almería

Introducción

La supervivencia de este cáncer está en razón directa con el estadio diagnóstico y con el tratamiento efectuado. Así, el tratamiento de los cánceres no invasivos proporciona una mayor supervivencia y es menos mutilante. Si el cáncer se diagnostica en un estadio localizado, sin afectación ganglionar, la supervivencia a los cinco años alcanza un 87%; sin embargo, si existe afectación ganglionar, solo alcanza el 47%.

Objetivos

Conocer la prevalencia de cáncer de mama en pacientes entre 40-60 años con mamografía previa informada como BI-RADS tipo 3 sin biopsia durante los 2 primeros años del control.

Diseño

Estudio transversal descriptivo.

Emplazamiento

Pacientes diagnosticadas de cáncer de mama en un hospital comarcal.

Material y métodos

Población diana: pacientes diagnosticadas de cáncer de mama entre 40-60 años con diagnóstico mamográfico previo de BI-RADS tipo 3 en un hospital.

Población de estudio: pacientes con diagnóstico de cáncer de mama en un hospital comarcal

Muestra: pacientes con cáncer de mama de un hospital comarcal, desde el 2006 al 2013

Criterios de inclusión: 1. Sexo femenino. 2. Edad comprendida entre los 40 y 60 años ambos inclusive. 3. Diagnóstico mamográfico previo de BI-RADS tipo 3. 4. Que el paciente tenga diagnóstico de cáncer de mama a partir de los 2 años siguientes al informe mamográfico. 5. No se indique biopsia tras la mamografía en los 2 años de control. 6. Diagnóstico de cáncer de mama desde el 2006-2011.

Criterios de exclusión: 1. Pacientes con BAG en los dos años posteriores al diagnóstico mamográfico de BI-RADS tipo 3. 2. BI-RADS 0, 1, 2, 4, 5. 3. Edades no comprendidas en el apartado de inclusión. 4. Años no comprendidos en el apartado de inclusión.

Recogida de datos: se realizará mediante el estudio del registro de pacientes diagnosticados de cáncer de mama

Aplicabilidad

Este proyecto de investigación trataría de investigar si tras un diagnóstico de BI-RADS tipo 3 es necesario seguir un control ecográfico como dicen las guías clínicas o sería necesario realizar una biopsia antes de dar el alta tras seguimiento ecográfico durante 2 años.

El cáncer de mama es el tumor más frecuente en las mujeres occidentales. En España se diagnostican alrededor de 25.000 nuevos cánceres de mama al año

Podemos decir que: 1 de cada 8 mujeres tendrá cáncer de mama a lo largo de su vida.

Aspectos ético-legales

El estudio deberá ser autorizado por el comité de investigación del hospital. Los datos obtenidos serán confidenciales.

Palabras Clave

Breast cancer, biopsy, ultrasonography

Opioides: ¿es sólo un fármaco para pacientes paliativos?

Silva Santos M¹, Maqueda Pedrosa D², Balaguer Ibáñez A³

¹ Médico de Familia. CS Sanlúcar La Mayor. Sevilla

² Médico de Familia en Desempleo. Sevilla

³ Administrativo en Empresa Privada. Sevilla

Objetivos

Conocer el perfil de pacientes de atención primaria (AP) con prescripción de opioides en un año.

Diseño

Descriptivo transversal.

Emplazamiento

UGC de 42.404 habitantes. Sujetos con al menos una prescripción de opioides en año 2012. Universo muestral. Muestreo consecutivo.

Material y método

Mediciones: edad, género, tipo de opioide prescrito y vía de administración, diagnóstico registrado de la indicación, presencia de pluripatología, situación de paliativos, registro de efectos adverso, uso concomitante con benzodiacepinas y seguimiento en unidad del dolor de un hospital. Fuentes de *información:* base de datos efarma e historia electrónica.

Análisis estadístico: uni y bivalente según naturaleza de variables.

Resultados

Se incluyeron 197 sujetos; edad media 70,16 años (IC 95% 68,31 a 72,00); 9,1% situación de paliativos y 10,7% pluripatológicos; 5,6% tuvieron efectos adversos; 56,9% prescripción concomitante de BZD y 22,8% seguimiento unidad del dolor.

Asociación estadística entre prescripción de morfina y de fentanilo ($p<0,001$). Asociación estadística entre prescripción de fentanilo y situación de paliativos y pluripatología ($p<0,001$).

53% era dolor articular crónico, 21% por cáncer, el resto dolor neuropático o sin registro en historia.

Conclusiones

La prescripción de opioides es más frecuente: mujeres y sujetos con dolor articular crónico. La molécula más prescrita: fentanilo transdérmico.

Según las recomendaciones de guías de práctica clínica de manejos del dolor, consideramos necesario mejora la prescripción de opioides en cuanto a elección de molécula y sus vías de administración. La población general relaciona morfínicos con cáncer terminal, pero como comprobamos en estudio, es una relación incorrecta.

Palabras Clave

Opioides, ipioids [mesh]. Oncológicos, oncological [mesh]. Atención primaria, primary health care [mesh].

Disnea como síntoma de enfermedad hematológica en urgencias

Alonso García F¹, Ramos Martín J², García Masegosa J³

¹ Médico de Familia. UGC Los Vélez. AGS Norte De Almería. Almería

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital La Inmaculada. Almería

³ Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Los Vélez. Subdirector Médico del Hospital La Inmaculada. Almería

Ámbito del caso

Paciente inglesa, de vacaciones por el sur de Andalucía que comienza con disnea y acude al servicio de urgencias hospitalarias de un área de gestión sanitaria.

Motivos de consulta

Paciente de 64 años que acude al servicio de urgencias por cuadro de disnea progresiva de 5 días de evolución asociado a fatiga generalizada con palidez mucocutánea, sensación distérmica no termometrada, tos con expectoración blanquecina, dolor en región centrotorácica que aumenta con la respiración, no edemas, no ortopnea ni disnea paroxística nocturna. Diuresis conservada. Diagnosticada de infección respiratoria los días previos en su centro de salud.

Historia clínica

Consciente y orientada, REG, bien hidratada, palidez cutánea. No fiebre ni signos sépticos ni meníngeos. Eupneica, tolera decúbito, no tiraje.

ACR: rítmico, no soplos, MVC, roncus asilados con sibilancias espiratorias. Abdomen: blando, depresible, no doloroso a la palpación. Blumberg negativo. MMII: no edemas. Neurológica: no focalidad. RX de tórax: patrón intersticial con cisuritis en LM y LID, aumento de condensación de aspecto intersticial en LID, no derrame, senos costofrénicos libres. ECG: ritmo sinusal a 110 lpm, pobre crecimiento de r en precordiales, HAIHH. BQ: LDH 252, PCR 200.38, Creat 0.94. Hemograma: serie roja HB 4.5m, hematíes 1.23m, HCTO 13.3; serie plaquetar: plaquetas 96000, serie blanca: leucocitos totales 8800 con 68 % de n. Coagulación: INR 1.25, fibrinógeno 894.

Conclusiones

Viendo resultados solicito estudio de anemia y amplio perfil hepático. Batería hepática normal.

Se transfunden 3 concentrados de hematíes con nueva analítica control. Serie roja HB 7.4, HCTO 20, plaquetas 57000, leucocitos 5200 con 46 % de n, 14 % linfocitos, 38 % de monocitos. Se realiza interconsulta con hematología para estudio de extensión: morfología: blastos 30% en la que se distinguen elementos de morfología redondeada, perfil nuclear regular con cromatina reticulada y 1-2 nucleolos visibles, citoplasma basófilo y granulación fina con presencia de algún bastón de AUER. Diagnóstico: leucemia aguda.

Palabras Clave

Leukemia, dyspnoea, astenia

Adenopatía en atención primaria

Granados Solier M¹, Menéndez Sotillo M², Cabrera Enríquez S³

¹ Médico de Familia. DCCU Chana. Granada

² D.U.E. CS Zaidín Sur. Granada

³ D.U.E. DCCU Chana. Granada

Ámbito del caso

Atención primaria y atención hospitalizada.

Motivos de consulta

Adenopatía inguinal.

Mujer de 30 años sin antecedentes de interés. Se realizó una linfografía en miembros inferiores dos meses antes de la consulta. Su madre presenta Linfedema en miembros inferiores.

Tiene hurón como animal de compañía, varios piercings, tatuajes en diferentes localizaciones. Promiscua, con actividad sexual sin métodos de anticoncepción de barrera (preservativo). Fotodepilación inguinal dos semanas antes de la visita. Desde hace dos días presenta adenopatía inguinal.

Historia clínica

A la exploración física por órganos y aparatos buen estado general, normocoloración, febrícula. No adenopatías cervicales ni axilares. En pubis botón noduloso foliculosebáceo enquistado sin signos inflamatorios. Destaca adenopatía inguinal derecha, no adherida a planos profundos, rodadera. No chancros.

Se realiza hemograma, bioquímica, coagulación, velocidad de sedimentación, proteína C reactiva, serología de hepatitis A, B, C, citomegalovirus, Eistein Barr, Virus Inmunodeficiencia Humana. En analítica aparece linfocitosis, elevación de la velocidad de sedimentación y proteína C reactiva. Resto normal. En serología Einstein Barrpositivo. Resto negativo. Se le realiza biopsia de la adenopatía, con resultado de linfoma de Hodgkin. Derivada a hematología y oncología para tratamiento.

Se realizan estudios a familiares de primer grado.

Primera impresión diagnóstica: cuadro infeccioso por factores de riesgo.

Diagnóstico: síndrome mieloproliferativo: linfoma de Hodgkin. Diagnósticos diferenciales: infección local por absceso folículo-sebáceo. Afectación del sistema linfático por linfografía previa. Linfedema hereditario. Proceso infeccioso viral por hepatitis A, B, C. Virus de Inmunodeficiencia Humana. Sífilis. Mononucleosis por virus Epstein Barr, citomegalovirus. Cuadro paraneoplásico, carcinoma insitu.

Tratamiento planes de actuación: en seguimiento y tratamiento por hematología y oncología.

Actualmente, con último ciclo de quimioterapia. Control analítico trimestral. TAC y peet semestral. Evolución: satisfactoria por diagnóstico y tratamiento precoz.

Conclusiones

Conclusiones por los factores de riesgo y personales, la primera sospecha fue patología infecciosa. Tras las pruebas clínicas, se detectó un síndrome mieloproliferativo: linfoma de Hodgkin.

Palabras Clave

Hodgkin, VEB (virus Epstein Barr), CMV (citomegalovirus), VHA.

Fracturas de second bilateral

Granados Solier M¹, Menéndez Sotillo M², Cabrera Enríquez S³

¹ Médico de Familia. DCCU Chana. Granada

² D.U.E. CS Zaidín Sur. Granada

³ D.U.E. DCCU Chana. Granada

Ámbito del caso

Paciente de 65 años de edad que esquiando con niebla no ha visto la pista se ha salido con caída en una hondonada refiere que no le han saltado las fijaciones, de los esquíes.

Motivos de consulta

Presenta dolor en rodillas, sensación de inestabilidad.

Historia clínica

Exploración: Miembro inferior izquierdo, rodilla con bostezo externo al forzar el varo e interno en valgo, Cajón anterior + Lachmann + actitud antiálgica difícil exploración. Cajón posterior -, maniobras Meniscales + menisco externo, no derrame, choque rotuliano -, maniobra de cepillo rotuliano. - miembro inferior derecho: rodilla cajón anterior +, Lachmann no explorable por dolor, cajón Posterior -, maniobras meniscales normales, bostezo en varo externo +.

RX de rodilla izquierda: fractura second con arrancamiento tibial externo, fractura. Espina tibial externa. RX de rodilla derecha: fractura second con arrancamiento tibial externo espina tibial. Parecen normales.

Juicio clínico: fractura de second bilateral. Rodillas derecha e izquierda, posible LCA (ligamento cruzado Anterior) y menisco externo, en rodilla izquierda .

Tratamiento: Férula de yeso en pierna izquierda. Vendaje con refuerzo tensoplast externo en rodilla derecha. Enoxiparina 40 SC. Diclofenaco IM. Meperidina IV, metoclopramida IV.

Se traslada a urgencias hospital.

Conclusiones

De cómo fracturas no frecuentes o clínica no frecuente, también se pueden dar en nuestra profesión, y de forma bilateral, en ambas rodillas.

Palabras Clave

Lachmann, fractura second, ligamento cruzado anterior (lca)

Cefalea herpética

Winkler G¹, Gamero De Luna E², Maqueda Pedrosa D¹

¹ *Médico de Familia en Desempleo. Sevilla*

² *Médico de Familia. UGC El Juncal. Sevilla*

Ámbito del caso

Atención primaria, urgencias hospitalarias.

Motivos de consulta

Cefalea.

Historia clínica

Varón de 75 años, con antecedentes de artrosis generalizada, dermatitis seborreica, consumo moderado de alcohol, sin otros antecedentes de interés, acude desesperado a consulta de atención primaria, aquejando cefalea intensa desde hace varios días y tomas de tensión arterial altas.

Aporta dos informes de las urgencias hospitalarias, el primero hace 2 días cuando acude por cefalea intensa, sin poder descartar relación con un golpe, y tras realización de un TAC craneal (sin hallazgos) y analgesia, es dado de alta. El día siguiente consulta de nuevo, cuando se observa en la toma de la tensión arterial cifras elevadas 185/90, pero a pesar de controlar la tensión arterial farmacológicamente persiste el dolor, precisando derivados de morfina para su control y es dado de alta y derivado a su médico para el seguimiento de la tensión arterial.

En consulta realizamos de nuevo la anamnesis, y el paciente describe un dolor intenso de unos 3 días de evolución, en hemicara izquierda con episodios de dolor más acentuado, que se acompaña de afectación del estado general.

Exploración: TA 135/80, afebril, exploración neurológica sin hallazgos. En la exploración del cuero cabelludo observamos una dermatitis seborreica generalizada y formaciones vesiculosas con costras amarillentas y piel eritematosa en hemicraneo izquierdo desde la zona dorsal del cuello, retroauricular, hasta la zona frontal izquierda.

Enfoque familiar: familia nuclear en etapa V del ciclo vital familiar, tres hijos, no frecuente el centro de salud.

Juicio clínico: herpes zóster en cuero cabelludo, con impetiginización de las lesiones y neuralgia herpética asociada.

Evolución: se inicia tratamiento con AINES y antibióticos. Por mal control del dolor se añade gabapentina aumentando la dosis progresivamente y analgésicos de segundo nivel, consiguiendo así el confort del paciente.

Conclusiones

Este caso nos enseña que lo más importante de nuestro trabajo es la anamnesis y exploración física del paciente. En el momento de detectar el origen de la cefalea, la infección por el herpes zóster ya llevaba varios días de evolución y la neuralgia estaba establecida, lo que ha prolongado el proceso de tratamiento.

Palabras Clave

Headache, neuralgia, herpes zóster

Análisis de la resolución de las derivaciones desde atención primaria a hematología

García Martínez J¹, Díaz García R¹, Ordoñez Vahí S²

¹ Médico de Familia. CS Arcos de la Frontera. Cádiz

² Médico Interno Residente Hematología. Hospital Jerez de la Frontera. Cádiz

Objetivos

Valorar la resolución de las interconsultas derivadas desde atención primaria al servicio de hematología, para poder establecer mejoras que optimicen los recursos existentes.

Diseño

Estudio retrospectivo, descriptivo.

Emplazamiento

Atención primaria y especializada.

Material y método

Se realizó una revisión de las interconsultas de atención primaria realizadas a la unidad de hematología de un hospital en el 2º semestre de 2015. Se analizaron los datos a través del programa estadístico R Commander.

Resultados

Se analizaron 288 interconsultas derivadas desde atención primaria de un área de gestión a hematología. Respecto a la resolución de estas consultas, se vio que en la 1ª visita se resolvió de forma directa el 20% (15.62% de ellas fueron dadas de alta a atención primaria y un 3.82% derivadas a la consulta de anticoagulación).

Tras ampliar el estudio se descartó patología hematológica en casi el 40% en 2 ó 3 visitas (27.43% dadas de alta a atención primaria y 12.5% derivadas a otros especialistas). de todas las interconsultas, sólo 44 pacientes (el 15.97% de los personas remitidas) han sido considerados como pacientes hematológicos y continúan actualmente el seguimiento en dicho servicio. Un 15.97% de los pacientes se encuentran aún en estudio, y será necesario un análisis posterior de los resultados valorando si se dieron de alta o son considerados pacientes hematológicos.

Conclusiones

Destacar como un elevado número de derivaciones a hematología han sido resueltas tras pocas visitas, por lo cual, podemos concluir que es necesario mejorar la comunicación entre dichas especialidades para lograr un mejor aprovechamiento de los recursos.

Palabras Clave

Hematology, medical consultation, resolution

Adenopatía como síntoma guía

Rodríguez Lora E¹, Mesa Rodríguez P², Batista Cruzado J³

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Montequinto. Dos Hermanas (Sevilla)

² MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Juncal. Sevilla

³ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Montequinto. Dos Hermanas (Sevilla)

Ámbito del caso

Caso mixto, abordaje en atención primaria (centro rural); posterior ingreso hospitalario en medicina interna, valoración por oncología médica.

Motivos de consulta

Adenopatía laterocervical izquierda.

Historia clínica

Antecedentes personales: no alergias medicamentosas. Exfumador desde hace 20 años. Hipertensión arterial. Diabetes mellitus tipo 2. Accidente cerebro-vascular hace 21 años sin secuelas. Independiente para las actividades básicas de la vida diaria.

Anamnesis: hombre de 71 años que consulta por adenopatía laterocervical izquierda de 2 semanas de evolución que le produce dolor local. No tos. No fiebre. No sudoración nocturna. No síndrome constitucional.

Exploración: buen estado general, estable hemodinámicamente, bien hidratado y perfundido. Auscultación cardiopulmonar: buen murmullo vesicular. Tonos cardíacos rítmicos y sin soplo. Adenopatía laterocervical izquierda de 3 cm., adherida a plano profundo, indurada y dolorosa a la palpación.

Pruebas complementarias: radiografía de tórax: no hallazgos patológicos. Tomografía axial computarizada (TAC) cabeza-cuello-tórax-abdomen: múltiples conglomerados adenopáticos en cuello y ambos hileos pulmonares. No masa pulmonar. Punción aspiración con aguja fina: sospecha de carcinoma de células pequeñas.

Enfoque familiar y comunitario. Estudio de la familia y la comunidad: el paciente siempre ha vivido solo. Mala relación con hermanos y resto de familiares.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: poliadenopatías en paciente con sospecha de carcinoma de células pequeñas. Problemática sociofamiliar asociada.

Tratamiento: enalapril, metformina, ácido acetil salicílico.

Plan de actuación social: visitas a domicilio por enfermería y medicina tras ingreso, contacto telefónico con paciente y familiares.

Evolución: cursamos ingreso para estudio. Notable estabilidad clínica durante estudio.

Conclusiones

Importancia de estudio urgente en pacientes con signos de alarma a la exploración. Importancia de realización de correcta anamnesis y exploración. Activación correcta de protocolos de derivación y/o ingreso para estudio urgente.

Palabras Clave

Adenopatía, oncología, neoplasia.

Debut de vasculitis leucocitoclástica y enfermedad de crohn ¿coincidentes en tiempo o dependientes?

Morales Del Águila M¹, Vázquez Mancilla E¹, Reina Martín M²

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Delicias. Málaga

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Portada Alta. Málaga

Ámbito del caso

Atención primaria y especializada.

Motivos de consulta

Dolor abdominal, rectorragia.

Historia clínica

Varón, 61 años. Sin alergias medicamentosas. Fumador de 10 paquetes/año. En estudio por dermatología y medicina interna por lesiones cutáneas compatibles con eccema, a descartar vasculitis leucocitoclástica, tratado con corticoides 50 mg/24 horas vía oral.

Acude a centro de salud por dolor abdominal en flanco derecho desde hace 24 horas sin náuseas ni vómitos y deposiciones diarreicas con rectorragia autolimitada.

Exploración física: buen estado general. Constantes normales. Abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación en flanco derecho, defensa voluntaria sin signos de peritonismo. Piel: lesiones eritematosas en extremidades y tronco con lesiones de rascado cicatriciales.

Pruebas complementarias (urgencias): analítica de sangre: leucocitos 19800 (89.2% neutrófilos). Coagulación normal. Proteína C reactiva 96 miligramos/litro. Tomografía axial computarizada de abdomen: probable ileítis inflamatoria/infecciosa. Colonoscopia tras ingreso: íleon a 10 centímetros de zona terminal con mucosa exudativa y erosionada sin claras ulceraciones, sugestiva de enfermedad de Crohn. Confirmación de vasculitis leucocitoclástica en biopsia cutánea.

Juicio clínico: Ileítis sugestiva de enfermedad de CROHN. Vasculitis leucocitoclástica.

Evolución: mejoría clínica y deposiciones normalizadas con antibioterapia empírica con ciprofloxacino y metronidazol y corticoides orales.

Conclusiones

Las manifestaciones cutáneas aparecen en un 15% de los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal. Las más habituales son el eritema nodoso o el pioderma gangrenoso y, con menor frecuencia, la vasculitis necrosante, la poliarteritis nodosa cutánea y vasculitis granulomatosa.

La vasculitis leucocitoclástica es la menos asociada: menos de 10 casos registrados en literatura médica, donde siempre se implica al colon únicamente o asociado a otros segmentos y puede preceder la enfermedad. El mecanismo podría ser la exposición directa de las células inmunitarias de la mucosa colónica a antígenos fecales, que conducirían a la formación de inmunocomplejos que se depositan en la pared de las vénulas post capilares.

La relación entre ambas patologías puede ser más prevalente de lo que se registra. Tales asociaciones de enfermedades inmunes mediadas en sitios extra- intestinales si bien raras son importantes, ya que pueden mejorar nuestra comprensión de la patogénesis de la enfermedad inflamatoria del intestino.

Palabras Clave

Cutaneous leukocytoclastic vasculitis, crohn disease, ileitis

Código ictus: coordinación entre niveles asistenciales

Reyes Requena M¹, López Ramón I², Montero Sáez C²

¹ DCCU Granada

² DCCU Granada. Centro Coordinador Urgencias Y Emergencias

Ámbito del caso

Urgencias hospitalarias y coordinación de urgencias y emergencias extrahospitalarias.

Motivos de consulta

Primer día, pérdida de visión espontánea al levantarse después de estar agachado. Segundo día, pérdida de fuerza en hemicuerpo derecho, no puede hablar.

Historia clínica

Paciente varón de 58 años de edad, antecedentes de alergia a ibuprofeno, asma extrínseca y conjuntivitis alérgica.

Acude a urgencias por molestias de visión, tras exploración se procede al alta por no encontrar patología evidente, al día siguiente acude a urgencias a 10,30 am por pérdida de fuerza en hemicuerpo derecho y dificultad para hablar de una hora de evolución.

La exploración presenta paresia faciobraquiocrural derecha, afasia mixta de predominio motor y hemianopsia homónima, se aborda como código ictus, se ingresa en neurología. Ingresa en UCI a las 11,45 am, tras estudio neuroradiológico se diagnostica obstrucción carotídea izquierda por lo que hay que contactar con hospital de otra provincia para realizar trombectomía mecánica, a través del centro coordinador de urgencias y emergencias procedemos a la activación de helicóptero sanitario de 061 para traslado aéreo a las 13 am. Tras realizar latrombectomía, la evolución ha sido favorable, con recuperación del déficit motor salvo una leve debilidad facial inferior derecha; existe una cierta pérdida de fluencia verbal.

Tras valoración por consulta de neurología cognitiva conductual, no se evidencian alteraciones detectables en la exploración neurológica, normalidad en el lenguaje, orientación cálculo y función visuoespacial, leve alteración en las praxias bimanuales, en la exploración neuropsicológica.

Conclusiones

El código ictus extrahospitalario es un sistema que permite la rápida identificación, notificación y traslado de los pacientes con ictus agudo a los hospitales de referencia preparados para hacer el diagnóstico y tratamiento recomendable, simultáneamente mientras se traslada al paciente, el neurólogo del hospital puede poner en marcha el proceso intrahospitalario de diagnóstico y tratamiento.

Los objetivos del código ictus son reducir el tiempo entre el inicio del ictus y el acceso a un diagnóstico y tratamiento especializado.

El caso expuesto ha cubierto las expectativas, con buen resultado tras el tratamiento, y ha manifestado la importancia del tiempo en el tratamiento del código ICTUS y la eficacia de la coordinación entre niveles asistenciales para evitar secuelas.

Palabras Clave

Enfermedad cerebrovascular. Trombectomía. Emergencia.

Evolución y patologías asociadas al síndrome nefrótico y su tratamiento

Ayala Hernández M¹, Expósito Molinero C², Flores Montañés M³

¹ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Trinidad-Jesús Cautivo. Málaga

² MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Trinidad-Jesús Cautivo. Málaga

³ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Palma-Palmilla. Málaga

Ámbito del caso

Atención primaria y atención hospitalaria (urgencias y nefrología).

Motivos de consulta

Presencia desde hace una semana edemas en ambas piernas con fóvea, hematuria y tensión arterial elevada 190/100 mmHg.

Historia clínica

Varón de 60 años sin alergias medicamentosas. Monorreno funcional. No otros AP de interés. Sin medicación crónica.

Enfoque familiar: no tiene antecedentes familiares de interés, reside con su mujer en el medio urbano, bien comunicado, panadero de profesión.

Exploración física: TA 190/100, FC 80 lpm, edema con FOVEA hasta región inguinal de ambas piernas. Se decide enviar al paciente a urgencias para despistaje de síndrome nefrótico mediante analítica sanguínea. Allí se decide ingreso a cargo de nefrología por presentar sd. Nefrótico.

Plan de actuación conjunta: es dado de alta de la planta y acude a consulta adjuntando el informe de nefrología donde se diagnostica sd. Nefrótico asociado a un deterioro de la función renal en recuperación que comienzan a tratar con prednisona. Observamos en la analítica adjunta que presenta cifras de glucemia altas que atribuimos al tratamiento con prednisona para el sd. Nefrótico y las TA durante el ingreso permanecen elevados. Realizamos despistaje de HTA diagnosticándolo de esta y tratándolo.

Evolución: Continúan las revisiones por nefrología diagnosticándolo de crioglobulinemia mixta esencial y tras mejoría de la función renal y negativización de crioglobulinas disminuye la dosis de prednisona hasta retirarla por completo. Continúa con glucemias elevadas en nuestra as de control, diagnosticamos DM secundaria a prednisona. Mejoría de la clínica HTA, edemas, hiperlipidemia y fracaso renal. Realizamos analítica sanguínea de control por TA que no controla en la que objetivamos empeoramiento de la función renal. Enviamos a nefrología donde presenta en la analítica crioglobulinemia en 55% y comienza con rituximab.

Vuelve a consulta por TA 220/190 acompañada de cefalea, pautamos captopril y enviamos a urgencias. Ingresa en nefrología allí le realizan una biopsia renal: neoplasia de células plasmáticas monoclonales kappa, compatible con mieloma múltiple. Actualmente está en tratamiento con bortezomib/dexametasona 2 veces en semana.

Conclusiones

No debemos dejar pasar valores de tensión arterial elevados y disminución de la función renal sin investigar en su origen pueden enmascarar patologías de gran relevancia como son el mieloma múltiple.

Palabras Clave

Hipertensión, renal failure, nephrotic syndrome.

En ocasiones en cambio de tratamiento no es la opción más adecuada

Flores Montañés M¹, Franquelo Hidalgo B¹, Ayala Hernández M²

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Palma-Palmilla. Málaga

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Trinidad-Cautivo. Málaga

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de consulta

Paciente con asma bronquial que ha empeorado en los últimos meses a pesar de múltiples cambios en su medicación.

Historia clínica

Antecedentes personales: varón de 48 años. Namc. Atopia a ácaros. Asma bronquial de larga data que en los últimos meses presenta sintomatología leve aunque persistente que no controla con su tratamiento inhalador de beta-agonista de larga acción y corticoides. Ha probado varios inhaladores. Predominan síntomas matutinos con disnea, algunos sibilantes y tos seca que persiste todo el día. Cuando realiza deporte refiere mayor asfixia.

Exploración: SatO₂ 97%, auscultación pulmonar con sibilantes dispersos. Espirometría: FVC 91%; FEV₁ 88%; FEV₁/FVC 87%. Mejoría tras test broncodilatador.

Juicio clínico: asma bronquial, con componente extrínseco, no controlado.

Plan de actuación: el paciente afirma cumplir la posología según se le indicó, pero cuando se chequea la forma en la que realiza el tratamiento inhalador, se comprueba que no realiza bien la técnica. se explica la forma de inhalación correctamente con el fin de que el paciente realice un tratamiento efectivo. Indicamos realizar una inhalación extra antes del deporte.

Evolución: se revisa al paciente dos meses. El paciente afirma que los síntomas han disminuido notablemente, con mejoría de la tos y de la autoescucha de sibilantes. Además ha conseguido mejorar su capacidad pulmonar al realizar actividad física. Se realiza espirometría con FVC 102% y FEV₁ 112%.

Conclusiones

En nuestro caso, tras intentar tratamiento con múltiples inhaladores por presentar sintomatología asmática no controlada, nos damos cuenta que el paciente no está realizando una adecuada inhalación del tratamiento por no llevar a cabo una correcta técnica. Quiero destacar la importancia que tiene comprobar la adherencia y revisar la manera en la que se realiza el tratamiento, porque en este caso, nadie le explicó al paciente la forma correcta de inhalación con la que lograr controlar su enfermedad. Se han publicado varios estudios en revistas de neumología, en las que tras comprobar cómo realizaban la inhalación los pacientes y cómo era instruida por el personal sanitario, concluían que sólo el 14% de ellos conocía el método correcto. Ya que la técnica de inhalación sin explicación es un fracaso seguro.

Palabras Clave

Asma; inhalador; mala técnica

Cuando una radiografía es suficiente...

Luis Sorroche J, Alarcón Pariente E, Faz García M

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Palo. Málaga

Ámbito del caso

Atención hospitalaria (urgencias).

Motivos de consulta

Dolor cervical, dorsal y de miembro superior izquierdo, atraumático.

Historia clínica

Antecedentes personales: trabaja como auxiliar de enfermería (residencia). No alergias medicamentosas conocidas. Proctitis ulcerosa (sin tratamiento actual). Antecedentes familiares: glioblastoma (padre).

Enfermedad actual: mujer de 30 años que acude por dolor intenso a nivel cervical con irradiación hacia región escapular, brazo y pectoral izquierdos, que inició hace 3 meses y que ha estado controlando con analgesia a dosis crecientes (diclofenaco, metamizol y diazepam), indicada por su médico de la mutua. Ante la no mejoría de su cuadro, fue derivada para tratamiento rehabilitador dos meses más tarde. La persistencia de la sintomatología condujo a la realización de una resonancia magnética cervical, en la que se informó de la presencia de una masa mediastínica. Se recomendó TAC tórax para filiación de dicha tumoración, que la paciente aún no se ha realizado. Hace una semana inicia disfagia a sólidos. Sensación distérmica, sin fiebre termometrada, asociada a sudoración nocturna ocasional. No anorexia ni pérdida ponderal. Incremento del dolor en los últimos tres días, que le impiden el descanso nocturno.

Exploración física: ingurgitación yugular bilateral y adenopatía supraclavicular derecha móvil, no adherida a planos profundos. A la auscultación, hipoventilación en base pulmonar izquierda. Resto anodino.

Pruebas complementarias: radiografía de tórax: pérdida de volumen en hemitórax izquierdo. Masa paracardial izquierda que borra silueta cardíaca y ocupa región retroesternal. Retracción hemidiafragmática ipsilateral. Analítica sanguínea: sin alteraciones.

Juicio clínico: masa mediastínica a filiar.

Diagnóstico diferencial: carcinoma embrionario no seminomatoso, carcinoma/linfoma tímico.

Plan de actuación: ingreso a cargo de neumología para estudio.

Evolución: tras realización de biopsia, se diagnostica de linfoma no Hodgkin b primario mediastínico, iniciándose tratamiento quimioterápico con esquema R-Chopm-MTX, con buena tolerancia. Tras un mes de ingreso, se procede al alta hospitalaria, continuando con ciclos de quimioterapia y seguimiento en consulta de hematología.

Conclusiones

El seguimiento estrecho de pacientes con clínica recurrente que no mejoran a pesar de las medidas terapéuticas correctas iniciales permite detectar, con las pruebas diagnósticas oportunas, patología de gran entidad, jugando la figura del médico de familia un papel fundamental en este aspecto.

Palabras Clave

NeCK pain, mass, lymphoma

Fiebre de un mes de evolución: fiebre Q

González Aguilera J¹, Neila López M², Oliva Márquez M³

¹ Enfermero Interno Residente de Familia. CS El Torrejón. Hospital Infanta Elena. Huelva

² Enfermera Interno Residente de Familia de 2º Año. CS Bollullos del Condado. Hospital Infanta Elena. Huelva

³ Enfermera Interno Residente de Familia de 2º Año. CS De Moguer. Hospital Río Tinto. Huelva

Ámbito del caso

Atención primaria y hospitalaria.

Motivos de consulta

Fiebre y astenia.

Historia clínica

Antecedentes personales: no RAMC ni hábitos tóxicos. Alergia a polvo y polen. Migraña. Pareja estable. Antecedente próximo: visita a varias granjas/pajarerías. Convive con pájaros.

Anamnesis: mujer 33 años. Acude a consulta de atención primaria por cuadro de 7 días de fiebre de hasta 38.2°C, astenia, sudoración y náuseas. Tras exploración normal, solicitamos analítica y tratamos con antitérmicos. La paciente vuelve a consulta para recoger resultados 10 días después, refiriendo seguir con similar sintomatología a pesar de tratamiento, además de febrícula sin predominio horario, intensa astenia y adinamia, prurito generalizado, dolor centrotorácico con sensación disnea y heces anaranjadas.

Resultado analíticos: leucocitosis con predominio linfocítico y transaminasas elevadas, por lo que se remite a urgencias hospitalarias para valorar ingreso y estudio, dada la duración del cuadro febril. En urgencias deciden ingreso en infecciosos para completar estudio.

Exploración: Regular estado general. Bien hidratada y perfundida. Consciente, orientada y colaboradora. Normocoloreada. Cabeza y cuello: no adenopatías palpables. Auscultación cardio-pulmonar: normal. Abdomen: blando, depresible. No masas ni megalias. Extremidades: normales.

Pruebas complementarias: Hemograma: 8.000 leucocitos con 54% linfocitos. VSG 21. Serie roja y plaquetas normales. Bioquímica: AST 169, ALT 393. GGT 226. LDH 337. PCR 1.9. Resto normal. AC heterófilos: negativos. AC IGG anti-coxiella burnetii fase ii: 1/2048. Serología: toxoplasma (-), IGM-VHA dudoso e IGG(+), VHB, VHC Y VIH(-), AC IGM e IGG-CMV(+), VEB pasada. AC IGM-VHA dudoso. IGG (+). RX tórax y abdomen y EKG: normales

Juicio clínico: fiebre q aguda.

Tratamiento: antitérmicos si fiebre. Metoclopramida 10ml/8h si náuseas/vómitos. Doxiciclina 100mg/12h/10días.

Evolución: la paciente permanece con febrícula y astenia durante un mes. Comienza mejoría tras comenzar tratamiento con doxiciclina. En sucesivos controles se van normalizando leucocitosis, transaminasas, PCR, VSG. Títulos de AC IGG anti-Coxiella Burnetii fase II descienden a 1/1024 a las dos semanas, y a 1/512 a los dos meses. Recupera actividad normal y apetito.

Conclusiones

La fiebre q es una zoonosis causada por Coxiella Burnetii. Los humanos suelen contaminarse al inhalar gotitas contaminadas expulsadas por animales infectados: vacunos, ovejas, cabras, pájaros, peces, roedores, perros y gatos. También son contaminantes productos del parto, leche, orina y excrementos. Sospechar si contacto con dichos animales o síntomas como fiebre prolongada sin diagnóstico, artromialgias, sudoración nocturna, náuseas, dolor de pecho, etc.

Palabras Clave

Acute q fever. Coxiella burnetii. Zoonoses.

La enfermedad de Fabry y sus manifestaciones. Miocardiopatía hipertrófica versus Scacest

Ramírez Narváez M¹, Palacios Rodríguez F², Alconchel Cesar A³

¹ UGC Bahía de Cádiz La Janda. DCCU San Fernando. Cádiz

² Enfermero. CS Alcalá de los Gazules. Cádiz

³ Médico de Familia. CS Espera. Cádiz

Ámbito del caso

Urgencias extrahospitalarias.

Motivos de consulta

Dolor centrotorácico quemante, no irradiado, sin cortejo vegetativo y con sensación de disnea, de media hora de evolución.

Historia clínica

Varón de 43 años, sin alergia a medicamentos, niega hábitos tóxicos.

Antecedentes familiares: madre fallecida por enfermedad de Fabry, tía materna con enfermedad de Fabry..

Antecedentes personales: catarata bilateral incipiente, hipertrofia ventricular izquierda, hernia discal l5-s1, glucemia basal alterada, distimia, pie plano bilateral, angioqueratomas, proteinuria. Medicación crónica: enalapril 5 mg/24h, amitriptilina 25 mg/24h, paroxetina 20 mg/24h, ácido acetilsalicílico 100 mg/24h, omeprazol 20 mg/24h. Anamnesis: paciente que acude a urgencias extrahospitalarias por dolor centrotorácico quemante de media hora de evolución, no irradiado, no cortejo vegetativo y sensación de disnea.

Exploración y constantes vitales: normales.

Pruebas complementarias: electrocardiograma con elevación de ST desde V1 a V4, onda T invertida en AVL, II, III, V5, V6, analítica con CK-MB 108, troponina 31, RX tórax normal.

Juicio clínico: Scacest vs miocardiopatía hipertrófica.

Tratamiento: traslado al hospital por DCCU, se activa el código angioplastia a través del centro coordinador, se administra nitroglicerina 0.5 mg sublingual, ácido acetilsalicílico 300 mg, ticagrelor 180 mg, perfusión de nitroglicerina intravenosa (10 ml/h). Se realiza cateterismo de emergencia siendo normal. Se descarta infarto, siendo secundario a la severidad de la hipertrofia de ventrículo izquierdo. Ingreso en UCI y posteriormente en cardiología, donde se pautan betabloqueantes.

Evolución: favorable, continúa en seguimiento en CCEE cardiología.

Conclusiones

La enfermedad de Fabry es un trastorno ligado a x que resulta de mutaciones en el gen de la galactosidasa alfa, con múltiples manifestaciones como la miocardiopatía hipertrófica, la cual puede ser tan importante que se confunda en la clínica y en las pruebas complementarias con un Scacest, habiendo que realizar un cateterismo para descartarlo.

Palabras Clave

Fabry disease, myocardial infarction, hypertrophy left ventricular.

Odinofagia refleja, motivo de alarma

Ortega García G¹, Herrera Herrera S², Martínez García S³

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Felipe. Jaén

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Valle. Jaén

³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Federico del Castillo. Jaén

Ámbito del caso

Atención primaria, área de urgencias y atención especializada.

Motivos de consulta

Dolor de garganta.

Historia clínica

Antecedentes personales: no alergias, EPOC, dislipemia, DM tipo II, fumador activo 20 cigarrillos al día, intervenido de Dupuytren, bebedor ++. Tratamiento habitual. Simvastatina, metformina, ácido acetilsalicílico, spiriva. Enfermedad actual: paciente que acude a consulta por odinofagia con otalgia refleja de oído derecho de 40 días de evolución con agudización hace 2 días, sin fiebre, expectoración blanquecina. En alguna ocasión expectoración con sangre. Tras varias consultas de revisión y tratamiento analgésico la sintomatología no ha variado y la exploración sigue siendo anodina, pero el paciente añade que en algunas ocasiones presenta disfonía. Se decide derivación preferente a consulta de otorrinolaringología.

Pruebas complementarias: TA: 129/87 FC: 76 Sat. 93%. Otoscopia: normal. Faringe normal. Cuello: adenopatía >1 cm de consistencia dura en cuadrante IB derecho. ACR normal. Orofaringoscopia: ausencia de piezas dentales, lecho amigdalario de aspecto sano sin exudado. Istmo de las fauces y pared posterior faríngea enrojecida. Fibroscopia: cavum libre. Orofaringe normal. Hipofaringe normal. Se aprecia úlcera en vestíbulo laríngeo derecho que va desde la banda hasta cuerda vocal derecha, esta última no se mueve en la fonación. Subglotis libre y buena luz aérea. TC cervical y tórax: lesión laríngea que se extiende desde la base de la epiglotis hasta ventrículo laríngeo con dudosa afectación de la cuerda vocal derecha (existe esclerosis de aritenoides de ese lado) existe obliteración de espacio graso preepiglotico así como del paralaríngeo sobre todo del lado derecho. Resto normal. Biopsia laríngea: carcinoma epidermoide no queratinizante infiltrante.

Evolución: el paciente fue valorado en consulta de otorrino y tras resultado de fibroscopia se decidió cursar TC cervical y de tórax y biopsia laríngea. En el momento actual el paciente se encuentra ingresado tras realización de laringectomía total por cáncer de Laringe.

Diagnóstico: cáncer laringe T3.

Conclusiones

La odinofagia refleja de tiempo de evolución en un paciente en el que la exploración de orofaringe es completamente normal debemos considerarla un signo de alarma, principalmente si el paciente presenta hábitos tóxicos.

Palabras Clave

Cancer larynx. Earache. Otolaryngology

Una lumbalgia cualquiera...

Márquez Martínez A¹, Valenzuela Cortés M², Matamoros Contreras N³

¹ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Cayetano Roldán. Cádiz

² CS Loreto-Puntales. Cádiz

³ CS La Merced. Cádiz

Ámbito del caso

Paciente varón de 43 años que acude a consulta del centro de salud.

Motivos de consulta

El paciente acude por lumbalgia de una semana de duración.

Historia clínica

Paciente dislipémico en tratamiento higiénico-dietético y diagnosticado de psoriasis en tratamiento tópico. Sin otros antecedentes de interés. Acude por lumbalgia de meses de evolución que ha empeorado en las últimas semanas. Refiere que el dolor presenta predominio nocturno, no presenta irradiación alguna y se alivia con la actividad física y analgesia convencional. Niega traumatismos y sobreesfuerzos.

A la exploración física no manifestaba dolor a la palpación de la musculatura paravertebral ni de las apófisis vertebrales. La flexoextensión del tronco fue indolora pero se observaba cierta limitación de la misma. Las rotaciones del tronco fueron indoloras y conservadas. Las maniobras de Lassegue y Bragard fueron negativas.

Se solicitaron radiografías anteroposterior y lateral de la región dorsolumbar y articulaciones sacroilíacas, en las que se apreciaron apariencia cuadrada de vértebras T12, L1, L2, L3, L4 Y L5 así como sindesmofitos e imagen de columna vertebral "en caña de bambú".

Se solicitó determinación de HLA-b27 al servicio de inmunología, se cursó derivación a aparato locomotor y se pautó tratamiento con aines.

Conclusiones

El paciente fue diagnosticado de espondilitis anquilosante. La exploración física puso de manifiesto una cierta limitación de la flexo extensión del tronco y fue éste el dato que nos hizo sospechar acerca de esta patología puesto que en el resto de maniobras realizadas no hubo alteraciones. La imagen radiológica que pudimos apreciar apoyó nuestra sospecha inicial por lo que el paciente comenzó el tratamiento y fue derivado al servicio de aparato locomotor donde sigue consultas de revisión de forma periódica.

Una vez más, como en toda práctica médica, y quizá de forma más importante en atención primaria, fueron la historia clínica y la exploración la que orientaron este caso, en esta ocasión hacia un diagnóstico certero.

Palabras Clave

Low baCK pain, spondylitis, sacroiliac joint.

Diagnóstico incidental

Trueba Carreón J¹, López Coto M², Navarro Macías F³

¹ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Infanta Elena. CS Gibraleón. Huelva

² MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Infanta Elena. CS El Torrejón. Huelva

³ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Infanta Elena. CS Los Rosales. Huelva

Ámbito del caso

Urgencias hospitalarias.

Motivos de consulta

Dolor torácico y fibrilación auricular (FA).

Historia clínica

Varón de 72 años. No alergias medicamentosas. Ex-fumador desde 2000, 2 paquetes al día. Bebedor habitual vino y cerveza. Hipertenso, dislipemia y diabetes mellitus tipo 2. Infarto agudo de miocardio en el 2000, by-pass coronario. Operado 2013 hernia inguinal bilateral. Medicación habitual: metformina, ranitidina, losartan, atorvastatina, furosemida, atenolol, clopidogrel, atrovent, paracetamol/codeína.

Anamnesis: llevado a urgencias por equipo tras presentar dolor opresivo en epigastrio y centrotorácico, 2 horas de duración. Tras paracetamol y ranitidina mejoría. Electrocardiograma (ECG) del centro de salud: FA a 130 latidos por minuto, revertida espontáneamente una hora después. Dos meses antes había estado en tratamiento con cefuroxima por infección respiratoria.

Exploración: normal, salvo hipoventilación en hemitórax izquierdo y crepitantes en base ipsilateral.

Pruebas complementarias: ECG ritmo sinusal y T negativas en V5-V6. Analítica sin alteraciones, enzimas cardiacas normales. Radiografía (RX) de tórax: aumento de densidad en hemitórax izquierdo, borra silueta cardíaca y hemidiafragma ipsilateral, pérdida de volumen de dicho hemitórax.

Re interrogando, refiere desde dos meses antes disnea leve tras esfuerzo, tos no productiva, pérdida de 4 kilos en 2 meses, apetito y leve dolor en plano anterior de hemitórax izquierdo.

Juicio clínico: FA paroxística y sospecha de neoplasia pulmonar.

Plan de actuación: ingresa en neumología.

Evolución: tomografía axial computarizada de tórax y abdomen: masa hilar izquierda compatible con neoplasia pulmonar, extenso derrame pleural izquierdo y adenopatías, metástasis hepáticas, estadio IV. Fibrobroncoscopia: hallazgos directos de neoplasia y estenosis total del bronquio inferior. Dan alta para seguimiento en consultas, reingresa por derrame pleural masivo, colocando drenaje, mala evolución. RX posteriores: hidroneumotórax izquierdo. Anatomía patológica: carcinoma de células pequeñas. Fallece dos meses después del primer ingreso.

Conclusiones

Importante que el médico de familia haga un buen seguimiento y diagnóstico diferencial, ya que en muchas ocasiones pasamos por alto datos que pueden ser clave para el diagnóstico, como en este caso la auscultación respiratoria. Quizás se podría haber detectado la neoplasia antes y se trató como una infección. Además, no debemos fiarnos de los motivos de consulta, nunca sabemos lo que podemos encontrar tras explorar y pruebas complementarias.

Palabras Clave

Incidental findings, neoplasm, atrial fibrillation.

Utilidad clínica de la ecografía en atención primaria. A propósito de un caso

Alconchel Cesar A¹, Ramírez Narváez M², Selma Santamaría D³

¹ Médico de Familia. CS Espera. Cádiz

² Médico DDA. San Fernando. UGC Bahía de Cádiz. Cádiz

³ Médico de Urgencias Hospitalarias. Hospital Universitario Puerto Real. Cádiz

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de consulta

Lumbalgia.

Historia clínica

Hombre 72 años. Antecedentes personales: hipertensión arterial esencial, lumbalgia crónica, vértigo periférico, artrosis generalizada, dispepsia, hipertrofia benigna de próstata. Tratamiento: omeprazol 20mg, acetilsalicílico ácido 100mg, betahistina 16mg, tamsulosina clorhidrato 400mcg, paracetamol 1gr según dolor. Hábitos tóxicos: fumador de 30 cigarrillos /día desde hace más de 40 años.

Anamnesis: empeoramiento de su lumbalgia crónica desde hace 2 semanas, el dolor es constante y empeora con los movimientos de flexoextensión del tronco. Durante la noche mejora pero no cede totalmente, está tomando paracetamol 1 gr cada 8 hora. Visto en 2 ocasiones por urgencias donde se le ha administrado AINES IM. No síndrome miccional.

Exploración física: dolor en región lumbar izquierda que se desencadena con la dorsiflexión del tronco. Abdomen blando y depresible sin masas ni megalias. Puño percusión renal izquierda positiva y derecha dudosa. No otros hallazgos.

Diagnóstico diferencial: lumbalgia mecánica versus cólico nefrítico.

En nuestro centro de salud tenemos un ecógrafo en consulta, por lo que realizamos en el mismo momento ecografía al paciente para completar exploración física, se aprecian, quistes simples riñón derecho e hidronefrosis grado IV riñón izquierdo y una posible masa urotelial como causa de la obstrucción. Ya en especializada se le realiza TAC abdominal donde se aprecia masa ocupante de espacio en uréter distal izquierdo que origina una uretero pielocaliectasia retrógrada con pérdida del parénquima renal. Quistes simple en riñón derecho.

Diagnóstico definitivo: neoplasia uréter izquierdo.

Evolución: se le realizó nefrourectomía izquierda. Estudio de extensión negativo. No precisó más tratamiento. Riñón derecho normofuncionante.

Conclusiones

La ecografía en atención primaria, el llamado ojo ecográfico, nos facilita una aproximación diagnóstica y terapéutica, y una derivación más precoz y dirigida al especialista más adecuado según la patología diagnosticada de forma totalmente inocua para el paciente.

La implantación de la ecografía en atención primaria, tiene gran cantidad de ventajas, no es una técnica invasiva, tiene un bajo coste, ahorra molestias al paciente como desplazamientos innecesarios, acelera algunos diagnósticos, evita derivaciones y tiene una fiabilidad diagnóstica altamente demostrada.

Palabras Clave

Low back pain, hydronephrosis, echography.

Adenopatía durante la gestación

Ortega García G¹, Herrera Herrera S², Martínez García S³

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Felipe. Jaén

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Valle. Jaén

³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Federico del Castillo. Jaén

Ámbito del caso

Atención primaria y atención especializada.

Motivos de consulta

Adenopatía axilar izquierda.

Historia clínica

Antecedentes personales: mastitis, anemia gestacional, gestante de 33 semanas. Tratamiento habitual: hierro y yodo. Enfermedad actual: paciente que refiere adenopatía axilar izquierda desde hace 2 semanas. No dolorosa. Afebril. En consultas anteriores destaca adenopatía cervical hace un mes que se relacionó con faringitis aguda; y prurito generalizado hace 3 meses que según nos cuenta la paciente no ha mejorado sino que se ha intensificado en miembros inferiores. Astenia débil, se ha relacionado con la gestación y anemia ferropénica, se ha catalogado como anemia gestacional. No disnea. Pérdida de peso durante la gestación (71 kg -> 69 kg). Se solicita analítica que detecta anemia ya conocida y elevación de velocidad de sedimentación globular (VSG); se deriva a medicina interna y a unidad de mama de forma preferente.

Exploración física: constantes normales, auscultación cardiorespiratoria normal. Abdomen: gestación. Mamas con estrías cutáneas e ingurgitadas, no signos inflamatorios. Axila izquierda: se palpa nódulo de 3 cm aproximadamente, móvil, bien delimitado, no adherido a planos adyacentes. Mama derecha dentro de la normalidad. Lesiones por rascado generalizadas.

Pruebas complementarias: Ecografía y punción de axila izquierda: se observan múltiples adenopatías a todos los niveles ganglionares y supraclaviculares, hipoecogénicas. Derrame pericardio. Ecocardiografía: derrame pericárdico moderado.

Diagnóstico anatomopatológico: infiltración por linfoma de Hodgkin clásico. TAC corporal: adenopatías supraclaviculares bilaterales. Adenopatías axilares y retropectorales izquierdas, de tamaño y número significativo, todas ellas de aspecto patológico. Masa en mediastino anterosuperior derecha, sólida, de densidad homogénea derrame pericárdico de espesor máximo 1,7 cm, adenopatía prevascular. No adenopatías abdominales ni pélvicas. Serologías negativas.

Evolución: tras diagnóstico anatomopatológico se ingresa a la paciente para finalizar gestación mediante inducción al parto en la semana 37 y se realiza estudio de extensión. Actualmente tratamiento quimioterápico.

Diagnóstico: enfermedad de Hodgkin IIB con masa Bulky

Conclusiones

La ventaja del médico de atención primaria es que no sólo posee los datos de la consulta actual sino que puede co-relacionarlos fácilmente con consultas anteriores y tener una visión global de todo un proceso.

Palabras Clave

Adenopathies, lymphomas, pregnancy.

Vengo porque se me hinchan las piernas

Cuberos Escobar A¹, Luna Valero M¹, Espinola Coll E²

¹ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Coín. Málaga

² MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Coín. Málaga

Ámbito del caso

Centro de salud. Medicina interna.

Motivos de consulta

Edema de miembros inferiores.

Historia clínica

Varón de 55 años que acude a consulta por presentar edemas de miembros inferiores, que mejoran con el decúbito de un mes de evolución. Episodios de disnea de reposo. Sin disnea de esfuerzo. No ortopnea. Desde hace un mes poco apetito, con cierta disfagia a sólidos, pero buena tolerancia. Pérdida de 10 kg de peso. No alteración del hábito intestinal, con deposiciones sin productos patológicos. Niega tos y expectoración. Afebril. No clínica miccional.

Exploración física: consciente, orientado y colaborador. Eupneico. Buen estado general. Adenopatías de consistencia aumentada en cuello y supraclaviculares. Auscultación: tonos rítmicos con discreto soplo sistólico aórtico, roncus dispersos. Abdomen: blando, distendido, no doloroso. Miembros inferiores: aumento de tamaño de miembro inferior derecho con respecto al izquierdo, ambos presentan edema algo organizado con fovea y sin datos de celulitis. Dermatitis de estasis con cambios tróficos cutáneos. Adenopatías en axilas e importantes conglomerados en ingles con eritema local.

Pruebas complementarias: Analítica: leucocitos 14300, linfocitos 584. electroforesis incremento policlonal fracción gamma. TAC abdomen: mínimo derrame pleural izquierdo. Múltiples e incontables adenopatías de tamaño significativo retrocraurales, mesentéricas, retroperitoneales, ilíacas, femorales e inguinales, con infiltración de la grasa perilesional, que plantean enfermedad linfoproliferativa. Las inguinales comprimen y colapsan las venas femorales. Tac: cuello y tórax: múltiples adenopatías patológicas en todos los compartimentos laterocervicales, supraclaviculares, axilares y en el mediastino superior. Doppler venoso de miembro inferior: a nivel de vena femoral común y porción proximal de vena femoral superficial izquierda se visualiza material ecogénico en su interior, no siendo compresible ni permeable, en relación con trombosis venosa profunda. Múltiples adenopatías inguinales bilaterales de aspecto neoplásico y de tamaño variable que provocan importante edema del tejido celular subcutáneo.

Diagnóstico diferencial: insuficiencia cardíaca, neoplasia, trombosis venosa profunda.

Juicio clínico: linfoma Hodgkin clásico, subtipo celularidad mixta.

Conclusiones

Ante un paciente que acude a consulta por edemas en miembros inferiores, se debe realizar una completa anamnesis y exploración, pese al poco tiempo del que disponemos debido a la presión asistencial, se debe desnudar al paciente y explorar por completo ya que en nuestro caso fue clave hallar el conglomerado adenopático inguinal.

Palabras Clave

Hodgkin lymphoma, lower limb edema, adenopathy.

Quiero que me mande la crema del año pasado

Cuberos Escobar A¹, Luna Valero M¹, Espinola Coll E²

¹ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Coín. Málaga

² MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Coín. Málaga

Ámbito del caso

Centro de salud y dermatología.

Motivos de consulta

Lesión en axila.

Historia clínica

Paciente de 24 años, sin antecedentes personales de interés ni hábitos tóxicos, que acude a consulta de centro de salud por lesión dermatológica en ambas axilas. Refiere que en los veranos previos ha presentado las mismas lesiones siendo tratadas con antibióticos y corticoides tópicos, mejorando las mismas sin llegar a la desaparición completa. Ante la recidiva de dicha lesión se decide derivar al paciente a dermatología para completar estudio.

Exploración física: consciente, orientado, buen estado general, bien hidratado y perfundido. Lesión eritemato violácea, vesículo descamativa, de bordes regulares, bien delimitada, de 1,5cm de diámetro, localizada en ambas axilas. Signo de Nikolsky negativo. No lesiones en mucosa ni afectación palmo plantar. Resto de exploración normal.

Pruebas complementarias: analítica sanguínea, orina y serología sin hallazgos. Cultivo de exudado de la lesión sin hallazgos. Biopsia cutánea: cambios morfológicos compatibles con enfermedad de Hailey-Hailey.

Diagnóstico diferencial: eccema, enfermedad de Darier, psoriasis.

Juicio clínico: enfermedad de Hailey-Hailey.

Conclusiones

La enfermedad de Hailey-Hailey se trata de una dermatosis infrecuente, con patrón de herencia autosómico dominante (tras el diagnóstico, en una entrevista clínica posterior, se descubrieron hallazgos compatibles con esta patología en otros miembros de la familia). Se instauró tratamiento con antibióticos, corticoides y antisépticos, obteniéndose una remisión casi completa. La evolución posterior ha sido muy favorable, no presentando hasta el momento reagudización. Queremos destacar que esta enfermedad en ocasiones se confunde con eccema o infecciones por hongos y bacterias, siendo éste un diagnóstico erróneo.

Palabras Clave

Hailey-hailey disease, eczema, pemphigus.

Uso o abuso de antibióticos en pediatría

Guerrero Carmona A, Gómez García M, Vega Romero M, Muñoz Romero E, Calero Rojas M, González López De Gamarra S

Médico de Urgencias. Hospital Montilla. Córdoba

Objetivos

Valorar si se tratan correctamente las infecciones en niños de nuestro hospital.

Diseño

Estudio observacional descriptivo transversal.

Emplazamiento

Atención hospitalaria.

Material y método

Se realizó una búsqueda de historias clínicas de niños de 0 a 13 años que consultaron en urgencias entre el 18 de febrero y 18 de abril de 2016 con clínica infecciosa, obteniendo 413 casos.

Resultados

El 52% (215) fueron niños, frente al 48% (198) de niñas, el 1.5% < de 3 meses, el 53.7% entre 3 meses y 3 años y el 44.8% >3 años, de todos, 197 (47.5%) recibieron antibiótico. La patología más frecuente fue faringoamigdalitis (22%) recibiendo antibiótico el 90%, seguida de síndrome febril de origen ORL (19%) tratándose algo más del 50% con antibiótico. Los antibióticos más utilizados fueron la amoxicilina-clavulánico (46.5%) y la amoxicilina (36.3%)

Conclusiones

Reciben antibiótico menos del 50% de niños que acuden a urgencias; a pesar de que los estudios demuestran que el 60-80% de faringoamigdalitis en < 3años son de causa vírica y en las bacterianas el tratamiento de elección es la amoxicilina dejando cefalosporinas/macrólidos como tratamiento alternativo, predomina el uso de amoxicilina/clavulánico, al igual que ocurre en neumonías típicas donde nuevamente el tratamiento de elección es amoxicilina a altas dosis seguida del uso de cefalosporinas, reservando macrólidos para las atípicas, en las otitis a pesar de que el tratamiento electivo es sintomático, reservando amoxicilina oamox/clav para casos específicos, se tratan casi todos los casos con antibiótico. Probablemente influidos por la presión y angustia familiar, prescribimos más antibiótico del necesario.

Palabras Clave

Pediatrics, antibiotic, infection

Fiebre sin foco de 15 días de evolución

Winkler G¹, Gamero De Luna E², Maqueda Pedrosa D¹

¹ Médico de Familia en Desempleo. Sevilla

² Médico de Familia. UGC El Juncal. Sevilla

Ámbito del caso

Urgencias.

Motivos de consulta

Fiebre de 10 días de evolución, que persiste tras antibioterapia.

Historia clínica

Varón de 19 años, estudiante, sin antecedentes de interés, acude a las urgencias hospitalarias, acompañado por su madre, por malestar general, fiebre hasta 39°C, que se acompaña de dolor de cuello de 10 día de evolución.

Hace una semana ha consultado en urgencias en la ciudad donde estudia y se prescribe claritromicina 500 mg/12 horas. A pesar del tratamiento refiere no haber estado sin fiebre de forma prolongada y ayer termino el tratamiento presentando hoy de nuevo empeoramiento del estado general y un fiebre de 39,3°C esta mañana.

Exploración física: buen aspecto, hemodinamicamente estable, afebril tras toma de metamizol, ACR: normal, ORL: normal, abdomen: sin hallazgos, expl. Neurológica: normal, no signos meníngeos. Analítica: leucocitosis leve 13250/l, con 79% neutrofilos, hemoglobina 125g/l, plaquetas 362000/l. Bioquímica: normal, con AAT, bilirubina y amilasa normales. CPK y troponinas normales. Coagulación normal. Orina normal. RX Torax: cardiomegalia (ICT>0,5) (no RX previas), parenquima pulmonar normal ECG: ritmo sinusal, a 73 lpm, eje normal, QRS estrecho, PR normal, T negativas en V1, V2. Se extraen hemocultivos y cultivo de orina y dado el aceptable estado general del paciente se deriva a la consulta rápida de enfermedades infecciosas, manteniendo tratamiento con antitérmicos.

Enfoque familiar: familia en fase iv: contracción, el primer hijo (el paciente) ha abandonado el hogar.

En la consulta de enfermedades infecciosas recoge los resultados de los cultivos, ambos negativos, y refiere que se encuentra mejor, pero aún tiene fiebre. Comenta que en los últimos 3 años ha tenido episodios febriles de varios días de evolución sin foco identificable. Se solicita ecocardiograma y nueva analítica con fermentos cardíacos por sospecha de afectación cardíaca. Ecocardiograma: derrame pericárdico circunferencial de 17 mm, sin compromiso de cavidades y sin variación en el flujo. Sin cardiopatía estructural de base.

Se decide ingreso en planta y tras varios días de tratamiento de soporte y poder descartar afectación del miocardio, es dado de alta con juicio clínico: pericarditis aguda, posiblemente recidivante.

Conclusiones

Si persiste una fiebre alta durante más de una semana nos tenemos que plantear varios diagnósticos diferenciales entre ellos la pericarditis, y solicitar pruebas complementarias.

Palabras Clave

Fever, cardiomegaly, pericarditis

Conocimientos y actitudes de prevención de lesiones por tráfico en mayores de 65 años desde atención primaria

Jiménez Mejías E¹, Galán Contreras A², Martínez Ruiz V¹, Amezcua-Prieto C¹, Salcedo Bellido I¹, Olmedo Requena R¹

¹ Departamento de Medicina Preventiva. Universidad de Granada. Granada

² Facultad de Medicina. Universidad de Granada. Granada

Objetivos

Identificar los conocimientos, actitudes y estrategias de prevención de las lesiones por tráfico en ancianos en médicos de familia.

Diseño

Estudio transversal de corte o prevalencia.

Emplazamiento

Atención primaria de salud.

Material y método

Se entrevistaron entre octubre de 2015 a enero de 2016, a 169 médicos de familia de toda España mediante un cuestionario auto-cumplimentado que exploraba entre otras variables, la percepción de la importancia de las lesiones por tráfico en ancianos (LPTA); la influencia de las condiciones médicas y el consumo de fármacos en la conducción segura y las actividades preventivas realizadas en consulta. Se estudiaron la distribución de frecuencias y el cálculo de estadísticos de tendencia central y dispersión de las diferentes variables consideradas.

Resultados

El 72,7% de los médicos encuestados consideran las LPTA un problema de salud pública. Pese a ello, el 74,1% nunca pregunta al anciano si conduce y el 61,8% nunca lo anota en la historia clínica. Según los médicos de familia, las condiciones médicas de mayor riesgo al volante son: el consumo de alcohol (70,4%), las demencias (64,8%) y la epilepsia (59,4%). Los fármacos que más interfieren en la conducción segura son: los benzodiazepinas (48,4%) y los antidepresivos (40,4%). Las medidas que contribuirían a una mayor prevención de las LPTA son: la mayor disponibilidad de tiempo (46,4%), una mayor formación (51,7%) y una mayor concienciación (37,9%).

Conclusiones

Pese a que los médicos de familia son conscientes de la importancia de las LPTA, todavía es insuficiente la concienciación y la prevención de las mismas desde nuestras consultas.

Palabras Clave

Elderly; prevention; road injuries

Rapidez asistencial y buen diagnostico diferencial extrahospitalaria en ictus , le salvan la vida

Cabrera Enriquez S¹, Quesada Sánchez T², Gines Ramírez E³

¹ Diplomado Universitario de Enfermería. DCCU Chana. Granada

² Diplomado Universitario de Enfermería. Hospital Santa Ana. Motril (Granada)

³ Médico de Familia. DCCU Chana. Granada

Ámbito del caso

Paciente varón 32, sin antecedentes personales conocidos, es traído desde las pistas de esquí por cuadro de inconsciencia mientras estaba almorzando, lo traen a punto de urgencias extrahospitalario. DCCU.

Motivos de consulta

En reposo comienza a sentirse cansado y mareado, no se queja de dolor torácico ni disnea. Tras dos vómitos disminuye el nivel de conciencia.

Historia clínica

Llega a la clínica con Glasgow 3, pupilas medias arreactivas, porta un collarín cervical Philadelphia, ya que algún compañero de pistas ha dicho que ha podido tener un TCE en la nieve esta mañana. Se procede a monitorización, canalización de 2 vías venosas periféricas de grueso calibre. CTES: TA 150/70, FC 100 lpm, SatO₂ 80% (respiración espontánea). Glucemia capilar: 95mg/dl. ECG: rítmico sin cambios del ST. Auscultación cardiopulmonar: buena ventilación en ambos campos pulmonares, tonos cardíacos rítmicos. Abdomen, MMSS, MMII, pelvis sin alteraciones. Se continúa con ventilación no invasiva y cánula de Guedel. Se administran 10 mg de midazolam iv con el fin de conseguir relajación muscular para la intubación. Se transfiere al 061 quienes completan el aislamiento de vía aérea con intubación orotraqueal y traslado en helicóptero. Pruebas complementarias en hospital: TAC cráneo:

Hiperdensidad de arteria basilar. TAC con perfusión y angiografía: disección de arteria vertebral izquierda y oclusión de arteria basilar en sus 2/3 distal. Infarto isquémico vertebrobasilar severo. Atelectasia basal derecha. Se realiza trombolisis intravenosa. Trombolisis mecánica arteria basilar.

Conclusiones

Disección de arteria vertebral izquierda y oclusión de arteria basilar en sus 2/3 distal. Infarto isquémico vertebrobasilar severo. Atelectasia basal derecha.

Queremos destacar de este caso clínico la importancia de las cronas en la atención al paciente. Y la dificultad del diagnóstico diferencial, por ser un lugar donde se practica un deporte de riesgo y la edad del paciente, que hace pensar más en un accidente con TCE que en un accidente isquémico. Se realizó trombolisis iv a las 4,30 horas de evolución y posteriormente trombolisis mecánica consiguiéndose una permeabilidad completa de la arteria basilar. La evolución posterior fue favorable en UCI y en planta de neurología con recuperación neurológica favorable.

Palabras Clave

Glasgow. Collarín Philadelphia, trombolisis.

Efectividad de las sesiones de formación continuada sobre planificación familiar dirigida a médicos para mejorar la asistencia en la consulta

Guevara Barroso V¹, Ruiz Díaz G¹, Parra Valderrama A¹, Gil Cañete A², Pedregal González M³

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Molino Vega. Huelva

² Médico de Familia. UGC Molino de la Vega. Huelva

³ Médico de Familia. Técnico UD Huelva. Huelva

Objetivos

Conocer si se proporciona una asistencia de calidad en la consulta de planificación familiar. Valorar la efectividad de las sesiones de formación continuada sobre planificación familiar, comparando los resultados obtenidos antes y después de la intervención.

Diseño

Estudio de intervención antes-después sin grupo control. Para valorar la efectividad de las sesiones de formación continuada sobre planificación familiar comparando las variables elegidas antes y después de la intervención.

Emplazamiento

Centro de salud.

Material y método

Sujetos del estudio: usuarias de entre 18 y 40 años pertenecientes a un centro de salud urbano que presenten en su historia de salud digital el programa de salud “planificación familiar” activo variables: 1. nivel de cumplimentación de los ítems solicitados en el programa de salud. 2. método anticonceptivo de elección. 3. grado en el que han sido resueltas las dudas de la usuaria. 4. relación aceptable entre en método anticonceptivo ofertado y las condiciones económicas de la usuaria. 5. Edad de la usuaria. Intervención: impartir sesiones teóricas de formación continuada dirigida a médicos sobre planificación familiar: en qué consiste una asistencia de calidad en la consulta, anticonceptivos y sus indicaciones actuales.

Resultados

Aumenta un 37,8% el número de mujeres con el proceso de DIRAYA “planificación familiar” cumplimentado tras la intervención, aumenta un 8,5 el porcentaje de parcialmente cumplimentados y disminuye un 28,3% las historias donde el proceso está sin cumplimentar. Las diferencias son estadísticamente significativas. Chi-cuadrado siendo la $p < 0,001$.

Conclusiones

Impartir sesiones sobre el manejo en la consulta de planificación familiar mejora la cumplimentación de los datos necesarios para proporcionar una asistencia de mayor calidad a las usuarias. Cabe destacar que actualmente tanto las posibilidades económicas como la resolución de dudas de las usuarias son valoradas en la consulta. Las sesiones de formación continuada mensuales permiten al médico actualizar conocimientos y datos útiles para optimizar la gestión de la consulta de planificación familiar.

Palabras Clave

Family planning, contraception, intervention study

Hiponatremia de repetición asociada al consumo de productos naturales

Sánchez García N¹, Rodríguez Martínez R², Díaz Fernández M³

¹ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Nueva Andalucía. Almería

² MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Plaza de Toros. Almería

³ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Viator. Almería

Ámbito del caso

Atención primaria (AP), atención hospitalaria (urgencias y hospitalización).

Motivos de consulta

Disnea.

Historia clínica

Paciente de 74 años sin alergias medicamentosas conocidas, con los siguientes antecedentes personales: trastorno ventilatorio restrictivo por patología de caja torácica, insuficiencia respiratoria crónica global con oxigenoterapia domiciliaria, hipertensión pulmonar leve-moderada, cifoescoliosis severa, HTA, hemorroides grado IV, dislipemia, insuficiencia cardíaca y sin intervenciones quirúrgicas. Como tratamiento habitual toma: ácido acetilsalicílico, theodur, enalapril, omeprazol, spiriva, atrovent y onbrez. Vive sola aunque tiene buena relación con su hermana y sus sobrinas. Reside en un entorno urbano, bien comunicado y sin limitación de movilidad.

Consulta en reiteradas ocasiones, tanto en urgencias como en AP, por un cuadro de aumento de su disnea habitual hasta hacerse de pequeños esfuerzos; que se acompaña de expectoración purulenta, sin fiebre y sin dolor torácico, siendo la exploración física totalmente normal salvo algunos roncus dispersos en la auscultación respiratoria. En varias de estas ocasiones requiere ingreso hospitalario donde se le realizan analíticas sanguíneas que muestran hiponatremia que se mantiene en los controles ambulatorios.

Como diagnóstico diferencial de la hiponatremia nos planteamos que pudiera ser farmacológica, dilucional o asociada a insuficiencia cardíaca. En uno de los ingresos se suspende la administración de teofilina no habiendo mejoría analítica. Tras un tiempo estable la paciente vuelve a reingresar hasta cuatro veces en ocho meses por el mismo cuadro de disnea e hiponatremia. Tras el último ingreso se realiza nueva entrevista clínica en consulta de AP donde se averigua, al venir acompañada por una sobrina, que está tomando una infusión laxante que compra en la herboristería. Se indica que deje de tomar esta infusión y, desde entonces, la evolución ha sido favorable normalizándose las cifras de natremia y no presentando ningún nuevo ingreso.

Conclusiones

Una historia clínica detallada es la base de todo acto médico. Es importante, por tanto, que a la hora de realizar la anamnesis se le pregunte al paciente si toma algún producto “natural”; ya que estas sustancias pueden influir en la patología que presenta e, incluso, ser la causa y el paciente no lo percibe y muchas veces no lo comenta por falta de confianza o miedo a herir sensibilidades.

Palabras Clave

Hyponatremia, herbal medicine, hospitalization

Exóstosis ósea

Téllez Joya F¹, Oliva Moreno C², Simón Prado I²

¹ Médico de Familia. Urgencias del Hospital Punta de Europa. Algeciras (Cádiz)

² Médico de Familia. Hospital Punta de Europa. Algeciras (Cádiz)

Ámbito del caso

Centro de salud y especialidades hospitalarias.

Motivos de consulta

Tumoración en base del quinto metatarsiano izquierdo.

Historia clínica

No antecedentes personales de interés. Padre fallecido a los 56 años de adenocarcinoma de pulmón.

No intervenciones quirúrgicas. Toma anticonceptivos hormonales orales. Mujer de 32 años que acude a su centro de salud por lesión subcutánea en región de dorso del pie izquierdo, región quinto metatarsiano de 2 años de evolución, niega dolor. Refiere crecimiento discreto hace varios meses.

Exploración física: A nivel del dorso de pie izquierdo se objetiva tumoración subcutánea de consistencia pétrea sólida, superficie lisa que impresiona de osteoma. Se solicita analítica, ecografía y derivación a rehabilitación y cirugía ortopédica y traumatología. Rehabilitación: Tumoración en dorso del pie izquierdo compatible con ganglión. Le han practicado eco y le solicita TAC de pie izquierdo: Exóstosis del v meta del pie izquierdo, descartar tumoración. Comparado con imágenes de ecografía. Hallazgos:

Se identifica una exostosis ósea de morfología alargada de 3mm dependiente del margen lateral y proximal de la falange media del quinto metatarsiano, semiológicamente benigna y sin evidenciar otras alteraciones asociadas a la misma. El margen anterolateral de la apófisis anterior del calcáneo es prominente e importa sobre el tejido celular subcutáneo, como variante anatómica sin significación patológica.

En el resto de estructuras óseas no se identifican otros hallazgos reseñables, salvo la presencia de fragmentación parcial transversal del sesamoideo medial de la primera articulación metatarsofalángica, con signos de sobrecarga crónica. Interlíneas articulares de las diferentes articulaciones del pie conservadas. No se identifican signos indirectos de derrame articular. Sin otros hallazgos a destacar

Conclusión: Exóstosis ósea de morfología alargada y pequeño tamaño dependiente del margen posterolateral y proximal de la interfalángica del quinto dedo del pie izquierdo, semiológicamente benigna. Valorada en consulta de traumatología: E.f.: Tumoración dura desplazable solo de planos superficiales a nivel de ambos maléolos interno y en cola de 5 meta izquierdo.

No reacción de piel. No palpo tumoraciones en más huesos largos. Eco; normal. RMN: tumoración ósea benigna. Y solicita gammagrafía ósea: la cual es normal.

Juicio clínico: exóstosis ósea

Diagnóstico diferencial: abscesos, neoplasias de origen óseo, vascular....

Conclusiones

El tratamiento es inicialmente médico, y se dirige en relevar los síntomas debido a la presión del osteoma en las estructuras vecinas. La resección del tumor se realiza si persisten los síntomas, o por razones estéticas.

Palabras Clave

Bone exostosis, Patients, Benign tumor

Manejo ambulatorio de la rotura prematura de membranas en embarazos pretérmino

Téllez Joya F¹, Martínez Rodríguez E², Oliva Moreno C³

¹ Médico de Familia. Urgencias del Hospital Punta de Europa. Algeciras (Cádiz)

² FEA Obstetricia y Ginecología. Hospital Punta de Europa. Algeciras (Cádiz)

³ Médico de Familia. Hospital Punta de Europa. Algeciras (Cádiz)

Ámbito del caso

Urgencias hospitalarias.

Motivos de consulta

Pérdida de líquido por los genitales.

Historia clínica

Paciente primigesta de 21 años con embarazo de 20 semanas que acude a urgencias del hospital por sensación de pérdida de líquido por genitales sin referir dolor abdominal, ni metrorragia. Es valorada por médico de atención primaria en urgencias que tras anamnesis, consulta a obstetra de guardia para valoración.

Exploración física: Paciente afebril, constantes normales. Evidencia de salida de líquido por vagina y test Actim- Prom (detecta líquido amniótico) positivo. Ecografía abdominal con feto vivo acorde a amenorrea. Se decide ingreso hospitalario en planta obstétrica para observación y antibioterapia profiláctica.

Pruebas complementarias; Se realizó control de temperatura, analíticas con hemograma y bioquímica cada 48 horas durante el tiempo que estuvo hospitalizada.

Evolución: Excluido el diagnóstico de infección u otras complicaciones clínicas peligrosas para la salud materna se decidió manejo ambulatorio de la gestación y es dada de alta a las 21 semanas de embarazo. Se realiza seguimiento en centro de salud por médico de atención primaria con controles: Control de temperatura, constantes y color del líquido, analíticas con recuento leucocitario y PCR semanales hasta semana 34. Se realiza control mensual en consulta de obstetricia: se observa recuperación de líquido a partir de semana 25 siendo normal en semana 29, considerándose bolsa cerrada. La paciente reingresa a la 35+6 semanas por parto en curso. Nace varón de 2420 gramos, APGAR 9-10 y morfología normal.

Tratamiento: Mantuvo antibióticos vía oral hasta final de embarazo, y completó maduración pulmonar a las 24 +6 semanas, administrando celestone 12 mg intramuscular, para disminuir el riesgo de pulmones no desarrollados en caso de parto prematuro. Este tratamiento fue realizado a nivel ambulatorio.

Conclusiones

Gracias al manejo multidisciplinar entre médico de urgencias, de atención primaria y obstetra se realizó un seguimiento del embarazo sin necesidad de hospitalización de la gestante durante todo el embarazo, y el resultado fue exitoso naciendo hijo vivo y sano.

Palabras Clave

Pregnancy preterm, Premature rupture of membrane, Emergency

Parestesias en miembros inferiores

Alonso García F¹, Ramos Martín J², García Masegosa J²

¹ Médico de Familia. UGC Los Vélez. AGS Norte De Almería. Almería

² UGC Pulpi Los Vélez. AGS Norte de Almería. Almería

³ UGC Los Vélez. AGS Norte de Almería. Almería

Ámbito del caso

Paciente de 32 años que acude a urgencias del centro de salud por cuadro de parestesias y frialdad de miembros inferiores.

Motivos de consulta

Pérdida de fuerza y sensibilidad en miembros inferiores.

Historia clínica

Paciente de 32 años que acude a urgencias del centro de salud por cuadro de dolor en ambos muslos tras un esfuerzo en una obra, que evoluciona hasta extenderse por ambos miembros inferiores, con sensación de hipoestesia en la punta de los dedos. Mal descanso nocturno por dolor muscular.

Posteriormente a las 24 horas después comienza con debilidad, que se extiende a miembros superiores e hipoestesia. Niega dificultad para la deglución o respiratoria. Niega fiebre, tos, expectoración, náuseas, diarreas, disuria, lesiones cutáneas, lesiones articulares, no contacto con animales ni otros síntomas.

Conclusiones

A la exploración: afebril, tensión arterial 155/78, frecuencia cardíaca 75 lpm, con saturación de oxígeno al 100 %. Auscultación cardio-pulmonar: tonos puros y rítmicos, buen murmullo vesicular. Abdomen blando depresible sin defensa abdominal. Miembros inferiores sin edemas. Locomotor sin inflamación articular. Neurológico con funciones cognitivas normales, pares craneales normales. Fuerza disminuida simétricamente de predominio proximal, sensibilidad táctil y propioceptiva conservada (tan solo sensación subjetiva disestésica en palmas y plantas), reflejos osteotendinosos disminuidos, reflejos cutáneo plantares indiferentes.

Se derivó a hospital de referencia con sospecha de síndrome de Guillain Barré. El paciente ingresó por parte de medicina interna presentando un empeoramiento clínico con debilidad en miembros superiores y miembros inferiores arrefléxica precisando de ventilación mecánica invasiva y sedación del mismo por una paraplejía flácida total progresiva con midriasis bilateral arreactiva siendo diagnosticado de síndrome de Guillain Barré

Palabras Clave

Paresthesia, strength loss, neurological

Síndrome de Horner: en busca de una causa

Correa Gómez V, Oualy-Ayach Hadra G, Ortiz Viana M

MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Úbeda. Jaén

Ámbito del caso

Atención primaria y medicina interna.

Motivos de consulta

Ptosis parpebral derecha de varios días de evolución.

Historia clínica

Varón de 48 años, sin alergias medicamentosas conocidas, sin antecedentes médicos de interés nitoma de medicación. Casado, con 1 hija, profesor de instituto. Acude a consulta de atención primaria refiriendo ptosis parpebral derecha desde hace una par de días, previamente presentó cefalea opresiva parieto-temporal derecha que cedió con medicación analgésica. Sin aura previa, no nauseas ni vómitos, no pérdida de agudeza visual, no signos de focalidad neurológica ni síndrome constitucional.

A la exploración neurológica se aprecia miosis y enoftalmos de ojo derecho con anisocoria al estímulo lumínico, junto a leve ptosis parpebral derecha. Resto de anamnesis y exploración por aparatos y sistemas normal.

Se comienza a tratar con prednisona 30 mg/día vía oral, en pauta descendente, con escaso resultado. Se deriva a medicina interna para continuar estudio.

Se le realiza analítica sanguínea, ECG, radiografía tórax, TAC y RMN craneal, angio-TC, TAC cuello y tórax, fondo de ojo y punción lumbar; siendo todo normal.

Conclusiones

El síndrome de Horner se produce por una lesión en cualquier punto de la vía óculo-simpática desde el hipotálamo hasta el ojo. Existe una triada clásica que consiste en: leve ptosis, miosis y enoftalmos. Además la afectación de la vía simpática ocular da lugar a anhidrosis facial ipsilateral. Según el nivel de la lesión se puede afectar: la primera neurona o central por oclusión de arteria cerebelosa, infartos hipotalámicos, tumores, traumatismos de médula, cefalea en racimos y enfermedad desmielinizante; la 2ª neurona o preganglionar por traumatismos, tumor tiroideo, mediastínico o del ápex pulmonar (síndrome pancoast) o patología del plexo braquial; y la 3ª neurona o posganglionar por afectación del seno cavernoso, patología de la base del cráneo u órbita, arteria carótida interna por aneurisma, disección, trombosis ... no hay tratamiento específico para el síndrome de Horner, éste depende de la causa, pero en muchos casos no se llega a un diagnóstico etiológico claro. Es el caso de este paciente, después de realizar numerosas pruebas complementarias, la etiología continua siendo idiopática.

Palabras Clave

Horner syndrome, diagnosis differential, idiopathic.

Atención al paciente inmovilizado

Cabrera Colmenero I¹, Pimentel Quezada Y²

¹ Enfermería de Familia. CS Virgen Del Gavellar. Úbeda (Jaén)

² MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Virgen del Gavellar. Úbeda (Jaén)

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de consulta

Problemas de movilidad.

Historia clínica

Anamnesis: HTA, fractura de cadera intervenida agosto 2014. Con PTC en agosto de 2014. Fármacos: enalapril 20 mg c/12h. Nolotil 1comp. C/6 h si dolor. (La medicación se la da el cuidador principal). Hábitos tóxicos: exfumador 20 cigarrillos/día, ex bebedor de 1 litro de vino al día. Varias caídas por tropiezos. Desorientación nocturna ocasional y somnolencia diurna. Vive con su mujer de 82 años. Buena relación con los hijos. Relación distante con la pareja del hijo menor. Su hijo mayor (cuidador principal) acude a su domicilio varias veces al día. Su hijo menor acude a su domicilio por las tardes. Sus nietos y sus hermanas lo visitan semanalmente. Paga por jubilación de 1800 euros al mes. Domicilio limpio y bien acondicionado a sus necesidades.

Exploración: TA: 130/80 FC: 87 lpm FR: 24 rpm. Talla: 174cm.peso: 70kg. IMC: 23. Piel y mucosas: piel íntegra e hidratada. Alteraciones bucodentales: dentadura postiza. Otros: la comida se la traen los hijos incontinencia: urinaria con uso de pañal desde hace 10 meses. Estreñimiento: una deposición dura cada 3 días tratada con dieta y laxantes ocasionales.

Pruebas complementarias: índice de Barthel (AVD): 15 puntos, incapacidad funcional severa. Estado nutricional (MNA): 19.5, riesgo de malnutrición. (C. Barber): 5, situación de riesgo. Escala Downton: 5 (alto riesgo de caídas) cuestionario de mini mental: 21, deterioro cognitivo. Carga del cuidador. Cuestionario de ZARIT: puntuación 46. Sobrecarga leve. El cuidador realiza/supervisa correctamente cuidados de higiene, alimentación, movilización/cambios posturales y administración del tratamiento farmacológico.

Juicio clínico: atención al paciente inmovilizado.

Diagnóstico diferencial: cansancio del rol del cuidador.

Conclusiones

Comentario final: es importante valorar a nuestros pacientes desde todas las esferas, para poder tener una atención individualizada. En este caso se avisa a la trabajadora social para valoración de servicio de ayuda a domicilio (de momento rechazan atención en residencia).

Palabras Clave

Primary care. Geriatrics patients.

Dolor abdominal en paciente hiperfrecuentadora

Santos Moyano M¹, Vázquez Mancilla E², Rodríguez Valencia C³

¹ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Carranque. Málaga

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

³ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Portada Alata. Málaga

Ámbito del caso

Atención primaria y hospitalaria.

Motivos de consulta

Dolor abdominal a nivel de hipogastrio junto con náuseas y astenia.

Historia clínica

Paciente de 80 años con antecedentes de alergia al yodo, HTA, DL, cardiopatía hipertensiva, artrosis generalizada, rasgos ansioso-depresivos, síndrome del cuidador, rinitis y conjuntivitis alérgica, hipotiroidismo subclínico autoinmune, hiperuricemia y fibromialgia. Intervenida de colecistectomía, apendicectomía y amigdalectomía. En tratamiento con hidroxizina 25mg 1/24h, clobetasol propionato 1/8h, lormetazepam 2mg 1/12h, citalopram 20mg 1/24h, simvastatina 20mg 1/24h, almagato 1/8h, olmesartan 20mg/amlodipino 5mg/hidroclorotiazida 12,50mg 1/24h, omeprazol 30mg 1 /24h, levosulpirida 25mg 1/12h, tapentadol 150mg 1/12h.

Acude a consulta por dolor abdominal en hipogastrio, nausea ocasional, decaimiento y astenia. Hábito intestinal conservado. No refiere fiebre ni clínica miccional.

En la exploración BEG, eupneica, afebril, abdomen blando y depresible, doloroso a la palpación profunda en hipogastrio con defensa voluntaria y signos de irritación peritoneal.

Enfoque individual: estamos ante una paciente hiperfrecuentadora (50 consultas en los últimos dos años).

Plan de actuación: la paciente se deriva a hospital para realizar pruebas complementaria: en analítica sanguínea destaca leucocitos 19400, neutrófilos 93.7%, PCR 108, PCT 0.75. En radiografía de abdomen se aprecia leve dilatación de marco cólico. En TC abdominal destaca neumoperitoneo de distribución difusa, en relación con perforación de víscera hueca, mínimo engrosamiento mural de segmento de sigma con divertículos que asocia leve afectación inflamatoria del meso. Hallazgos sugestivos de diverticulitis perforada.

Juicio clínico: diverticulitis perforada.

Plan de actuación: se realiza laparotomía exploradora con lavado y colocación de drenajes.

Evolución: la paciente evolucionó favorablemente durante la hospitalización y tras el alta médica.

Conclusiones

En los pacientes hiperfrecuentadores se incluyen mayoritariamente personas que presentan problemas de somatización, pero también pacientes hipocondríacos, personas con trastorno de dolor somatomorfo y pacientes con trastorno de conversión. Gran parte de los hiperfrecuentadoras acuden a consulta también por problemática social, ya que muchas de las personas, sobre todo, los más mayores, carecen de la adecuada red de apoyo social y familiar. Pero esto no debe hacernos encasillar a los pacientes en un perfil determinado y minimizar todas sus consultas como ocurrió en este caso.

Palabras Clave

Abdominal pain; diverticulitis, colonic;office visits

Doctor, me falta el aire

Aragón Aragón T¹, Carbajo Martín L², Aragón Aragón A³

¹ Médico de Urgencias. Hospital de Alta Resolución Écija. Sevilla

² Médico de Urgencias. Hospital de Alta Resolución Utrera. Sevilla

³ Farmacéutica. Murcia

Ámbito del caso

Atención hospitalaria (urgencias).

Motivos de consulta

Malestar y falta de aire.

Historia clínica

Varón de 56 años sin factores de riesgo cardiovascular salvo bebedor habitual de 2l de alcohol y fumador de 1.5 paquetes de cigarrillos al día. Intervenido de laringectomía en 2010 por carcinoma de cuerda vocal. En tratamiento con furosemida 40mg/24h, espironolactona 100mg/24h, prednisona 50mg/24, fentanilo 25 mg /24-48h.

Acude por cuadro de desasosiego, ansiedad, malestar inespecífico y sensación de falta de aire. La familia lo relaciona con llevar semanas sin beber alcohol. No presenta fiebre ni cuadro catarral los días previos. No dolor torácico.

En la exploración física cabe destacar su estado afebril y saturación del 99%. Se encuentra ansioso e inquieto y no deja de moverse. ACP anodina.

Se solicita analítica completa sin alteración, se administra diazepam 10 mg oral sin mejoría por parte del paciente. EKG y radiografía de tórax sin hallazgos patológicos por lo que se solicita dímero con valor de 1233.

A pesar de que el valor de dímero no es excesivo se solicita TAC de tórax con contraste porque no cuadraban los síntomas con controles normales. TAC con defecto de repleción visible en arteria lobar inferior extendiéndose hacia segmentaria que pueden sugerir tromboembolismo junto con aumento de densidad compatible con neoplasia.

Juicio clínico: neoplasia de pulmón que ocasiona clínica de tromboembolismo pulmonar

Diagnóstico diferencial: ansiedad, carcinoma, TEP, síndrome de abstinencia.

Conclusiones

El TEP es el gran simulador, hay que pensar en él para poder diagnosticarlo. Este caso es un claro ejemplo donde ante la falta de mejoría con benzodiacepinas se pensó en más diagnósticos diferenciales y no sólo en síndrome de abstinencia. Si no nos cuadraban todos los datos clínicos hay que plantearse precisamente un abanico más amplio de posibilidades. A pesar de que el paciente presentaba buen nivel de saturación de oxígeno esa intranquilidad, desasosiego y sensación de disnea nos puso sobre alerta para sospechar un proceso más grave como el TEP.

Palabras Clave

Dyspnea, Pulmonary embolism, Anxiety

La bipap me sienta mal

Aragón Aragón T¹, Carbajo Martín L², Aragon Aragon A³

¹ Médico de Urgencias. Hospital de Alta Resolución Écija. Sevilla

² Médico de Urgencias. Hospital de Alta Resolución Utrera. Sevilla

³ Farmacéutica. Murcia

Ámbito del caso

Atención hospitalaria (urgencias).

Motivos de consulta

Esputos hemoptoicos.

Historia clínica

Paciente de 57 años varón, hipertenso, diabetes mellitus tipo 2, dislipemia, exfumador desde 2012 de 57 paquetes al año. EPOC estadio III Gold, SaHs severo, obesidad e insuficiencia respiratoria global en tratamiento con bipap domiciliaria.

Acude por llevar 10 días con esputos hemoptoicos y picor en la garganta que lo achaca al uso de bipap porque solo le sucede cuando se despierta. Durante el día no presenta esputos, no ha tenido fiebre, no presenta tos ni otros síntomas generales.

La exploración física del paciente es anodina, buen murmullo vesicular sin ruidos patológicos y la auscultación cardiaca es absolutamente normal.

Se solicita radiografía de tórax objetivando aumento de densidad redondeada retrocardíaca que se aprecia mejor en la radiografía de lateral. Se solicita TAC de tórax objetivando gran masa hiliar izquierda que contacta y oblitera la luz del bronquio lobar inferior, de 7 cm con componente telectásico secundario en segmentos basales. En mediastino adenopatías de gran tamaño patológicos subcarinales de hasta 3 cm de eje transversal y adenopatía de menor tamaño paraesofágica.

Juicio clínico: neoplasia pulmonar.

Diagnóstico diferencial: hemoptisis, hiperreactividad bronquial, carcinoma.

Conclusiones

En primer lugar siempre hay que recordar que en una hemoptisis hay que solicitar radiografía posteroanterior y lateral de tórax.

Pero es de especial interés, como en este caso, la anamnesis dirigida por el facultativo porque el paciente lo relacionaba con su tratamiento con bipap.

Los pacientes nos pueden desorientar en su disertación sobre el síntoma guía por lo que hay que dirigir la anamnesis correctamente.

Palabras Clave

Sputum, Hemoptysis, Cough

Toxoplasmosis cerebral

Téllez Joya F¹, Martínez Rodríguez E², Simón Prado I³

¹ Médico de Familia. Urgencias del Hospital Punta de Europa. Algeciras (Cádiz)

² FEA Obstetricia y Ginecología. Hospital Punta de Europa. Algeciras (Cádiz)

³ Médico de Familia. Hospital Punta de Europa. Algeciras (Cádiz)

Ámbito del caso

Urgencias hospitalarias.

Motivos de consulta

Sangrados intermenstruales + mareos.

Historia clínica

Paciente de 46 años que acude al hospital con cuadro de sangrados menstruales abundantes en cantidad y duración, con sangrado intermenstrual ocasional y autolimitado, de más de 3 meses de evolución, y dolor en hipogastrio asociado al periodo menstrual. Refiere malestar general que empeora durante periodo menstrual, asociándose a mareos ocasionales ante esfuerzos moderados. Se interconsulta a ginecología.

Anamnesis: FUR: hace 8 días. FM: 10/ 24. FO: G3P2A1. MAC: preservativo. No alergias medicamentosas.

Antecedentes personales: endometriosis leve. VIH positivo desde hace 11 años y ha abandonado voluntariamente tratamiento antirretroviral. No IQ.

Exploración ginecológica: Se visualiza un endometrio engrosado, de unos 20 mm, que parece homogéneo, con anejos normales y no líquido libre en pelvis. Se objetiva un sangrado activo abundante con coágulos hemáticos. Se solicita hemograma: HB: 6 mg/dl. JC: cuadro de hipermenorrea y dismenorrea con síndrome anémico secundario. Se indica realizar urgentemente un legrado hemostático, pero antes se indica transfusión sanguínea de 2 concentrados de hematíes en sala de observación de urgencias.

Sala de observación de urgencias: Paciente con buen estado general eupneica en reposo, Glasgow 15/15, consciente orientada y colaboradora. Neurológicamente normal. ACP: rítmica sin soplos, MVC sin ruidos sobreañadidos. Abdomen: blando, depresible, sin masas ni megalias. Extremidades: no edemas, no TVP, pulsos simétricos y conservados. A la mañana siguiente y tras transfusión de 2 concentrados de hematíes la paciente comienza con febrícula, cefalea súbita opresiva, y un cuadro de desorientación temporoespacial.

Se solicita TAC cráneo urgente: lesión redondeada hipodensa, capta contraste en anillo con edema perilesional y se toma biopsia. Se solicita analíticas: pancitopenia y serologías: siendo positiva a títulos altos de anticuerpos toxoplásmicos.

Diagnóstico diferencial: 1. toxoplasmosis cerebral. 2. Linfoma primario cerebral. 3. Leucoencefalopatía multifocal progresiva. 4. Metástasis. 5. Glioblastoma multiforme. 6. Encefalitis por herpes virus. 7. Enfermedad cerebrovascular.

Juicio clínico: toxoplasmosis cerebral

Se inicia tratamiento a base de pirimetamina (25 mg/día), sulfadiazina (3 mg/día) y ácido folínico 15 mg/día) pero al día siguiente fallece.

Conclusiones

La necesidad de control serológico antitoxoplásmico periódico a los pacientes HIV positivos, como método de detección de una seroconversión, para su eventual tratamiento profiláctico. Ante clínica sugestiva de toxoplasmosis encefálica se debe realizar precozmente TAC, para poder determinar la existencia de un granuloma encefálico, y consecuentemente para realizar tratamiento empírico.

Palabras Clave

Cerebral toxoplasmosis, Patients, Breakthrough bleeding

Debut de diabetes mellitus con pie diabético

Gómiz Márquez C¹, Carrillo I², Rodríguez A¹

¹ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Riotinto. Huelva

² Médico. Hospital Riotinto. Huelva

Ámbito del caso

Ámbito: hospitalario.

Motivos de consulta

Motivo de consulta: inflamación del primer dedo del pie derecho de una semana de evolución que ha empeorado en los 2 últimos días junto a fiebre de 39°C.

Historia clínica

Varón de 58 sin alergias medicamentosas conocidas. Hipertenso. No diabético. No dislipémico. Exfumador. Bebedor de 6 unidades de alcohol al día. Tratamiento habitual: atenolol 100 miligramos (mg)/ clortalidona 25 mg/ día.

Exploración física: buen estado general, auscultación: tonos rítmicos a buena frecuencia con murmullos vesicular conservado. Abdomen anodino. Pie derecho: necrosis distal del primer dedo con afectación ungueal y úlcera en cara interna del pie. Pulsos pedios conservados.

Analítica sanguínea: hemoglobina 11.4 gramos (g)/ decilitro (dl), leucocitos 18200/ litro (l), glucemia 434 mg/dl, creatinina 1.6 mg/dl, triglicéridos 182 mg/dl, fosfatasa alcalina 137 unidades (u)/l, gamma glutamil transpeptidasa (GGT) 64 u/l, aspartato aminotransferasa (GOT) 82 u/l, colinesterasa 2957 u/mililitros (ml), proteína C reactiva (PCR) 465 mg/dl, hemoglobina glicosilada (HBA1C) 12.9%. Proteínas en orina de 24 horas: 1258 mg. Cultivo del exudado del pie: pseudomona aureoginosa y estreptococo agalactiae, sensibles a levofloxacino y amoxicilina-clavulánico respectivamente. Ecografía abdominal: esteatosis hepática.

Enfoque familiar y comunitario: el paciente tiene un núcleo familiar estable con esposa y una hija, en entorno urbano y con buena disposición de recursos. Niega antecedentes familiares a destacar.

Juicio clínico: pie diabético. Debut de diabetes mellitus tipo 2 con daño renal. Hipertensión. Dislipemia. Esteatosis hepática.

Diagnóstico diferencial: artritis, úlceras por presión y úlceras venosas.

Plan de actuación y tratamiento: desbridamiento y drenaje del absceso, instaurando pauta antibiótica. Se inicia insulino terapia (insulina rápida y lenta) y Antiagregación. Ajuste del tratamiento antihipertensivo.

Evolución: el paciente evolucionó favorablemente e inició tratamiento antidiabético con buen control y cumplimiento, así como los demás factores de riesgo cardiovasculares.

Conclusiones

Conclusiones debe incidir y concienciar a los pacientes de la importancia del control de los factores de riesgo cardiovasculares, así como de las revisiones y controles analíticos protocolizados.

Palabras Clave

Diabetes mellitus, diabetic foot, foot ulcer.

Mujer de 44 años con dolor torácico recurrente

Pimentel Quezada Y¹, Moreno Conde M², Cabrera Colmenero I³

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Jaén

² Médico Internista. Hospital San Juan de la Cruz. Jaén

³ Enfermería de Familia. CS Virgen Del Gavellar. Úbeda (Jaén)

Ámbito del caso

Mixto.

Motivos de consulta

Dolor torácico.

Historia clínica

Ex fumadora 2000 de 1.5 paquetes/día (20 paq/año). Obesidad. Dislipemia. Apendicetomía. No alergias conocidas. 2 hijos, ama de casa. Tiene perros gallinas y palomas. Mujer de 44 años que acude en varias ocasiones a urgencias con historia de que hace dos semanas presenta cuadro de disnea y dolor retroesternal opresivo irradiado a espalda que aumentaba al respirar, con los movimientos y tumbada, mejorando al sentarse. De dos meses de evolución con clínica reincidente. Tras varias entrevistas refiere picaduras desde el verano que no había tenido en cuenta. En su ingreso presenta episodio febril de 48 horas de evolución. Se inicia tratamiento con doxiciclina 100 mg/12h por 4 semanas, ibuprofeno 400 mg/8h si dolor.

Exploración: CYO. BEG. Eupneica. No cianosis, bien hidratada y perfundida, normocoloreada. No IY a 45. AC tonos apagados, rítmicos, sin soplos, roce pericárdico. AR MV conservado, abdomen globuloso, blando y depresible sin masas ni megalias. No lesión cutánea evidente.

Pruebas complementarias: RX de tórax: cardiomegalia con ocultamiento hiliar, sugerente de derrame pericárdico, con derrame pleural EKG: ritmo sinusal 80 lpm. Disminución de voltaje. Hemograma: 19,620 leucocitos con 86% PMN. HB 12 bioquímica: bilirrubina 2.20 (indirecta 2.1) creatinina: 0.70 PCR 33 troponina t 3 coagulación: fibrinógeno 905, TP: 14.3 otros: toxoplasma Gondii IG G Y M +, Rickettsia Conorii IG G +. Ecocardiograma: FEVI conservada, sin alteraciones de la contractibilidad. Ausencia de valvulopatías. Derrame pericárdico circunferencial severo sin compromiso hemodinámico. Estudio de autoinmunidad negativos. Hemocultivos negativos.

Juicio clínico: pleuropericarditis por infección de Rickettsia.

Diagnóstico diferencial: leishmaniasis visceral, toxoplasmosis, infección meningocócica, enterovirus, sarampión, sífilis secundaria y vasculitis.

Conclusiones

Las Rickettsias representan una causa de enfermedad y muerte a nivel mundial. La Rickettsia Conorii es endémica en los países de la cuenca mediterránea, pero también se presenta en diversos países de Europa central, transmitida por la garrapata del perro. Considerándose las complicaciones a nivel cardiovascular como manifestaciones clínicas raras. El retraso de la administración de antibioterapia adecuada constituye también un factor de riesgo de mala evolución, lo que nos obliga a tenerla en cuenta como diagnóstico diferencial aún en presencia de complicaciones.

Palabras Clave

Rickettsial, pericarditis

Influencia del género en las habilidades de comunicación en la consulta a demanda de médicos residentes de medicina familiar

Zafra Ramírez N¹, Molina Hurtado E², Tornero Suárez I¹, Valverde Bolívar F³

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Valle. Jaén

² MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Valle. Jaén

³ Jefe de Estudios. UD de MFYC. Jaén

Objetivos

Valorar las habilidades comunicacionales de los médicos residentes (MIR) de medicina familiar en la consulta a demanda, y su relación con el género del MIR y del paciente.

Diseño

Estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento

Atención primaria.

Material y método

Se realizan videgrabaciones a MIR de 4º año en consulta a demanda en centro de salud. Las entrevistas se valoran por dos evaluadores, mínimo 4 por MIR. Se utiliza el cuestionario CICAA, calculando la puntuación total y el porcentaje de MIR con valores inferiores al percentil 33 [p33]. También se recogen el sexo/edad del MIR, el sexo del paciente y la duración de la entrevista. El paciente autoriza ser grabado y las videgrabaciones se custodian en la unidad docente. Análisis descriptivo con SPSS V21.

Resultados

Se valoran un total de 129 entrevistas (62% mujeres, 38% hombres) con una duración media de 8,9 minutos [$\pm 3,8$]. Se valoran a 42 MIR (50% hombre/mujer) con edad media de 36,4 años [$\pm 9,2$]. El porcentaje global obtenido en el CICAA es 38,0% [$\pm 11,6$], con un 37% de MIR por debajo del p33. El sexo del MIR no influye en ninguna tarea específica (tarea 1: 49,3%; tarea 2: 29,8%; tareas 3 y 4: 45,1%), aunque es discretamente inferior en hombres. Valorando el sexo del paciente, la puntuación más elevada en la tarea 1 aparece en entrevistas mujeres MIR/paciente mujer (54,5% $\pm 17,5$ con 0% en p33), y la menor en hombres MIR/paciente mujer ($p=0,011$ χ^2 con 14% en p33). No hay diferencias en el resto de las tareas.

Conclusiones

La mayoría de los MIR presentan una adecuada comunicación con el paciente, independientemente del sexo del paciente, siendo la identificación de problemas el área más deficiente. Las MIR mujeres presentan mayores habilidades para conectar con el paciente, sobre todo si es mujer.

Palabras Clave

Actividades preventivas, educación para la salud, internado o residencia

Otitis simple o algo más

Aragón Aragón T¹, Carbajo Martín L², Morales Marmol A³

¹ Médico de Urgencias. Hospital de Alta Resolución Écija. Sevilla

² Médico de Urgencias. Hospital de Alta Resolución Utrera. Sevilla

³ Médico de Urgencias. Hospital Virgen Macarena. Sevilla

Ámbito del caso

Atención hospitalaria (urgencias).

Motivos de consulta

Otitis.

Historia clínica

Paciente de 68 años sin antecedentes personales de interés que acude al servicio de urgencias por dolor de oído derecho de 24-48h con otorrea, cefalea y fiebre de 38°C. Se pauta ciprofloxacino oral y en gotas óticas además de antiinflamatorios.

La paciente acude a las 24 h al servicio de urgencias con mal estado general, obnubilación, bajo nivel de conciencia, TA 70/52 mmHg, frecuencia cardíaca 85 lpm, saturación 91%, temperatura 37.5°C. Con este cuadro se decide aislamiento definitivo de vía aérea con intubación orotraqueal previa sedoanalgesia.

Se deriva al hospital de referencia donde se realiza TAC de cráneo con ocupación del oído medio y mastoides en relación a proceso inflamatorio. Se realiza punción lumbar con LCR turbio.

Juicio clínico: meningitis neumocócica.

Diagnóstico diferencial: meningitis bacteriana, sepsis, otitis grave.

Evolución: se inicia antibioterapia con ceftriaxona y vancomicina previo a dexametasona con mejoría clínica.

Conclusiones

Este caso nos recuerda la importancia tratar de forma temprana procesos como una simple otitis por el riesgo de desencadenar cuadros de gravedad. El médico de familia debe estar preparado para detectarlo en urgencias y en consulta pero sobre todo para tratarlo en cualquiera de sus fases. En este caso el tratamiento fue correcto pero la evolución más inesperada.

Palabras Clave

Meningitis, Causalgia, Suppuration

Diferencias en la prevención realizada por médicos residentes en consulta a demanda mediante entrevistas videograbadas

Zafra Ramírez N¹, Tornero Suárez I¹, Molina Hurtado E², Valverde Bolívar F³

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Valle. Jaén

² MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Valle. Jaén

³ Jefe de Estudios. UD de MFYC. Jaén

Objetivos

Conocer las diferentes actividades preventivas que llevan a cabo los médicos residentes (MIR) en atención primaria según su sexo, motivos de consulta y duración total de las entrevistas.

Diseño

Estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento

Ámbito rural/urbano.

Material y método

Se auditan entrevistas clínicas videograbadas de consultas a demanda (tamaño de muestra para prevalencia 30%, $\alpha=0,05$, precisión $\pm 0,10$) realizadas por MIR durante su último año formativo en centro de salud. Revisión por pares recogiendo la actividad preventiva (tipo y área específica según PAPPS); motivo y duración de la consulta, características del paciente (sexo y presencia de acompañante), y edad/sexo/centro de trabajo del MIR. Autorización del comité de ética y obtención de consentimiento informado. Análisis estadístico descriptivo y bivalente (SPSS v21.0).

Resultados

Se valoran 129 entrevistas de 42 MIR (50,4% mujeres y edad media 36,3 años $\pm 9,1$).

En el 48% de los casos se realizó actividad preventiva (primaria 33,3%, secundaria 29,5%), algo superior si el MIR era mujer (53,2%). La duración media de las entrevistas fue de 8,8 minutos [$\pm 3,7$], siendo 2 minutos superior cuando se realizaron actividades preventivas ($9,9 \pm 3,8$ vs $7,9 \pm 3,4$ minutos; $p=0,001$ T Student). la oferta preventiva tuvo una duración media de 82 segundos [$\pm 1,7$ min], siendo lo más frecuente el consejo (36,4%) y el cribado (23,3%). Las áreas "PAPPS" más ofertadas fueron estilos de vida (12,4%), cardiovascular (7,8%) y ambas (11,6%). El 62% de los pacientes fueron mujeres, y más del 75% acudían solos y por enfermedades agudas. Las demandas más frecuentes fueron respiratorias (26,4%), resultados de pruebas (21,7%) y administrativas (16,3%). Los motivos más relacionados con las actividades preventivas fueron salud mental (75%) y resultados de pruebas (64,3%) ($p=0,644$ χ^2).

Conclusiones

La oferta de prevención en las consultas a demanda por parte de los MIR es elevada. Se emplea mayor tiempo en consulta y está relacionado con determinados motivos de consulta.

Palabras Clave

Actividades preventivas, internado y residencia, comunicación en salud.

Cáncer de mama en un varón; a propósito de un caso

Téllez Joya F¹, García Gamaza I²

¹ Médico de Familia. Urgencias del Hospital Punta de Europa. Algeciras (Cádiz)

² Médico de Familia. Hospital Punta de Europa. Algeciras (Cádiz)

Ámbito del caso

Centro de salud y oncología.

Motivos de consulta

Masa indurada en mama derecha.

Historia clínica

No alergias medicamentosas. No antecedentes personales de interés ni tratamiento crónicos. No antecedente familiares de interés. Varón de 56 años que acude a su centro de salud por masa dura de 3 meses de evolución en mama derecha.

Exploración física: nódulo de 4cm duro, no fijo, indoloro en CCSSMD. Adenopatías axilares mayores de 1cm, blandas, no fijas. Se solicita mamografía urgente. Resultado de mamografía: BI-RADS5, en mama derecha masa sólida irregular en plano profundo de 33x22x35 compatible con lesión maligna.

Se deriva a cirugía que solicitan: BAG. BAG; en unión de CCSS MD, nódulo sólido heterogéneo, microlobulado de 33mm con flujo en su interior. BI-RADS 5 en la mama izquierda sin alteraciones. Axilas con ganglios no sospechosos. AP: carcinoma infiltrante. RE+ RP+ HER2-. Primer tratamiento: mastectomía incluyendo CAP +BSGC. AP; carcinoma ductal infiltrante pobremente diferenciado de 3,5cm que no contacta con bordes quirúrgicos. Tejido retroareolar sin lesión neoplásica 0/5 g+. Fibroma blando de piel. RE80%+RP 70%+HER2-KI6715%. Reintervención por hematoma postcirugía.

Evolución: Actualmente bien, molestias postcirugía. CC. no adenopatías. ACP; rítmico sin soplos, MVC sin ruidos sobreañadidos. Abdomen: no masas ni megalias. Extremidades: no edemas, no TVP, cicatriz en buen estado.

En seguimiento por oncología con estudio analítico y en tratamiento con quimioterapia (AC x 4 ciclos)+tratamiento hormonal por 5 años.

Conclusiones

La importancia de una exploración física precoz y realización de prueba complementarias por parte del médico de familia en el centro de salud y la colaboración con el resto de las especialidades por el bien común de nuestros pacientes, sin olvidar que el cáncer de mama en el varón es también frecuente.

Palabras Clave

Breast cancer, Men, Patients

Mi marido no está como siempre

Chico Espín J, Román Ramos A, Verdú Bermejo L

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Benamargosa. Málaga

Ámbito del caso

Atención primaria y hospitalaria.

Motivos de consulta

Cuadro confusional, lentitud en ejecución de movimientos y fuerza disminuida en extremidades derechas.

Historia clínica

Enfoque individual: varón 57 años, sin alergias medicamentosas. Fumador activo de 40 paquetes/año. Ex-bebedor moderado desde hace 11 años. Hepatopatía crónica de origen enólico estadio cirrótico grado a-5c. Varices esofágicas grado II. Trombopenia crónica por hiperesplenismo. Portador de nefrostomía derecha secundaria a uropatía obstructiva bilateral por cistitis quística y glandularis con anulación del riñón izquierdo. Tratamiento habitual: propranolol 10mg/24h.

Anamnesis: cuadro de dos meses de evolución, valorado hace 15 días en urgencias diagnosticado de encefalopatía hepática grado I descompensada por itu, alta con tratamiento que realizó correctamente. Acude por persistencia de los síntomas.

Exploración: tensión arterial 140/80mmhg, temperatura 37.5°C, frecuencia cardiaca 65 latidos/minuto, saturación basal oxígeno 96%. Lentitud en ejecución de órdenes sencillas. Abdomen globuloso con ascitis moderada, arañas vasculares. Edemas pretibiales con fovea bilaterales.

Análítica sanguínea: creatinina 0.97mg/dl, plaquetas 77000, tp 54%. Sistemático de orina: 500 leucocitos, 250 eritrocitos, nitritos positivos. Ecografía abdomen: hígado disminuido de tamaño por hepatopatía crónica, esplenomegalia (13.7cm), hidronefrosis grado IV/IV riñón izquierdo. TAC-cráneo: masa frontoparietal izquierda con efecto masa. RMN-craneal: lesión única frontal izquierda (7.5x4.7x4.1cm) sugestiva de glioblastoma multiforme.

Enfoque familiar/comunitario: vive con su mujer, dos hijos independientes. Buena relación familiar. Reside en entorno rural, buena relación con vecinos. Ansiedad y negación tras diagnóstico.

Juicio clínico: lesión frontoparietal izquierda, probable glioblastoma multiforme. Encefalopatía hepática grado II/IV descompensada por itu complicada en portador de nefrostomía.

Evolución, tratamiento: ingreso en medicina interna por encefalopatía hepática descompensada. Tras no mejoría neurológica se solicitó TAC y RMN, trasladándose a neurocirugía donde se decide conjuntamente con paciente y familiares alta con seguimiento por atención primaria y cuidados paliativos por alto riesgo quirúrgico, dexametasona 2mg/12h, levetiracetam 500mg/12h. evolución rápida con hemiparesia derecha y afasia motora. Fallecimiento al mes del diagnóstico.

Conclusiones

Es muy importante seguir la evolución de los pacientes porque pueden coexistir más de un evento a la vez, sin dejarse influenciar por diagnósticos previos. Conocer la importancia del abordaje bio-psico-socio-familiar. Tener conocimientos suficientes en atención a pacientes en cuidados paliativos para dar apoyo en estos momentos difíciles.

Palabras Clave

Glioblastoma, confusion, paresis.

Duelo complicado o traumático, ¿un diagnóstico inexistente o un subgrupo del trastorno de estrés postraumático?

Fernández García F, Carrasco Racero M, Caurcel Gómez R

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de consulta

Aislamiento social, apatía, pesadillas recurrentes, sentimientos de culpa, miedos y fobias, déficit autocuidado.

Historia clínica

Varón 38 años, casado, cinco hijos, etnia gitana. A los 8 años sufre accidente de tráfico en el que fallece su madre. Padre y dos hermanos fallecidos por procesos oncológicos. Hace seis años, otro de sus hermanos se suicida en la cárcel. A partir de este suceso empieza la sintomatología del paciente. En este periodo es valorado por salud mental, con diagnóstico de depresión mayor con síntomas psicóticos.

En la primera visita el paciente no acepta entrar solo, viene literalmente arrastrado por su mujer, se muestra temeroso, mirando continuamente hacia la puerta. No habla espontáneamente, pero responde con latencia aumentada. La esposa refiere que apenas duerme, tiene pesadillas recurrentes, frecuentes episodios de angustia, se siente responsable de todo lo ocurrido a su familia en especial al hermano que se suicidó. No sale a la calle, no se relaciona con ningún amigo ni muestra interés por sus hijos. Sólo come si su esposa le pone de comer. No ideas autolisis.

En estos años ha realizado tratamiento con fluoxetina, paroxetina, venlafaxina y finalmente olanzapina, con buena adherencia pero sin mejoría alguna.

El paciente cumple criterios de trastorno de estrés postraumático: pensamientos intrusivos, evitación/embotamiento y aumento de activación. Proponemos tratamiento psicoterapéutico especializado que el paciente acepta.

Evolución positiva tras 8 meses de terapia grupal.

Conclusiones

El TEPT sigue siendo un gran desconocido en las consultas de atención primaria. Con frecuencia pacientes que cumplen claramente criterios de este trastorno son diagnosticados de cuadros depresivos, ansiosos o incluso psicóticos. Aunque el tratamiento farmacológico con antidepresivos puede ser un aliado a tener en cuenta, actualmente el peso de la evidencia recae sobre las terapias psicológicas, especialmente grupales.

Palabras Clave

Complicated grief, mourning, psychological therapies

Identificación de los pacientes inmovilizados con necesidades de cuidados paliativos y su relación con el estado de dependencia

López Pradas C¹, Pardo Álvarez J², Guevara Barroso V³, Borne Jerez S⁴, Albarrán Núñez M⁴, Pedregal González M⁵

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Torrejón. Huelva

² Médico De Familia. CS El Torrejón. Huelva

³ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Molino. Huelva

⁴ Médico de Urgencias. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva

⁵ Técnico de Salud Pública de la UD de Medicina Familiar y Comunitaria.

Objetivos

Identificar pacientes con necesidades de cuidados paliativos en pacientes inmovilizados. Describir sus características y su estado funcional. Analizar la utilización de recursos sanitarios. Determinar la relación entre estado funcional y resultado de test Necpal. Analizar la relación entre variables descriptivas de la población con la necesidad de cuidados paliativos y uso de recursos sanitarios.

Diseño

Estudio observacional descriptivo transversal.

Emplazamiento

Atención primaria.

Material y método

Listado de inmovilizados de enero a junio del 2015. 140 pacientes registrados. Excluidos 37

Criterios de aplicación: EPOC, IC crónica, enfermedades neurológicas degenerativas, IH grave, ERC grave, demencia, anciano frágil.

Criterios de exclusión: reversibilidad de la inmovilización, pacientes oncológicos y menores de 18 años.

Análisis estadístico: variables cualitativas: frecuencias. Variables cuantitativas: media y su desviación típica. Ji cuadrado. Test de la T para muestras independientes. Comprobación de las condiciones de aplicación. Modelo multivariante: regresión logística binaria (test Necpal)

Resultados

Necesidad de cuidados paliativos: 45.6% de nuestra población con IC de 36.2-55.31. 70% encamados dependencia total y el 51,7% con vida cama-sillón con dependencia severa. $P < 0.001$. Necpal+: 55,3% presentan vida cama-sillón/encamados ($p < 0.001$). Consumo media 10 fármacos diarios ($p < 0.001$). Modelo multivariante con variable dependiente test Necpal: sólo la edad es estadísticamente significativo.

Conclusiones

Test Necpal resulta útil para detectar necesidad de CP. Casi la mitad de los inmovilizados presentan necesidad de CP. No se cumple al agrupar los pacientes encamados y con vida cama-sillón. Población envejecida, pluripatológica, alto consumo de fármacos y su cuidado recae sobre 1 persona. Nivel de dependencia moderado-severo. Vida cama-sillón/encamado. Uso de recursos sanitarios recae sobre AP. Gran número de crónicos llegarán a necesitar cuidados paliativos. Protocolo de CP en AP. Equipo multidisciplinar.

Palabras Clave

Immobilised patients, palliative care, primary care

7 meses de quimioterapia tras test de gestación positivo

García Martínez J¹, Díaz García R², García Galindo R³

¹ Médico de Familia. CS Arcos de La Frontera. Cádiz

² UGC Arcos de La Frontera. Cádiz

³ UGC Oncología. Hospital de Jerez. Cádiz

Ámbito del caso

Atención primaria y especializada.

Motivos de consulta

Retraso menstrual.

Historia clínica

Mujer de 19 años sin alergias, no hábitos tóxicos. AP de fibroadenomas mamarios. Menarquía a los 11 años. G1p0a1. Acude a consulta por retraso menstrual de 3 semanas. Test gestación: positivo. Tras entrevista clínica, la paciente desea realizar interrupción voluntaria de embarazo (IVE). Se da información del proceso y se deriva a clínica concertada para realización de IVE.

A los 20 días acude a clínica concertada. Eco STV: útero aumentado (12x10.5x10.2mm), en su interior se visualiza imagen hiperrefringente con imágenes anecoicas que impresionan de vesículas, compatible con mola.

Se deriva a urg ginecología. B-HCG 35780. RNM: cráneo normal, mola hidatiforme invasiva de 41x45mm con quistes tecaluteínicos ováricos bilaterales, OD 12cm, OI 11cm. Se realizó legrado uterino y tras persistencia de elevación de B-HCG y mola, comienza tratamiento de primera línea con metotrexate semanal. Tras 7 dosis de metotrexate con meseta y posterior ascenso de B-HCG, se considera a la paciente refractaria al mismo, derivándose a oncología.

Juicio clínico: neoplasia trofoblástica gestacional estadio II: 9 (enfermedad extendida al útero, pero limitada a estructuras genitales) de alto riesgo, se inicia tratamiento con poliquimioterapia según esquema EMA-CO (actinomicina, etoposido, metotrexate, leucovarina, vincristina y ciclofosfamida). Completa siete ciclos de tratamiento con buena tolerancia y normalización de B-HCG. En último ciclo sufre hemiparesia izquierda, requiriendo ingreso. RNM: trombosis venosa intracraneal que afecta a vena yugular interna izq, seno sigmoidees, prensa de herófilo, ambos senos transversos y seno longitudinal superior.

Actualmente buena evolución clínica con desaparición de hemiparesia, anticoagulada, sigue revisiones por hematología y oncología con cifras de B-HCG normal.

Conclusiones

Enfermedad rara, incidencia 0,2/1000 gestaciones en España. Más frecuente >40 años o < 20 años. Debemos descartarla desde AP ante gestantes: metrorragia en la primera mitad de embarazo (97%). Hiperémesis gravídica (30%) muy precoz y severa. Preeclampsia antes de la 24 semana (25%) e hipertiroidismo (7%). Expulsión de vesículas: signo patognomónico, pero raro (11%). Tamaño uterino mayor que el correspondiente a la edad gestacional (50% de casos). Ausencia de tonos cardíacos y partes fetales. Diagnóstico: Anamnesis y exploración, ecografía, niveles de b-HCG. Diagnóstico diferencial: gestación intrauterina normal con error en la edad gestacional. Mioma uterino. Tumor ovárico. Gestación múltiple. Polihidramnios. Muerte fetal intrauterina.

Palabras Clave

Hydatidiform mole, Pregnancy complications, neoplastic, Pregnancy tests

Hipo como síntoma de alarma

Valdivieso Rodríguez R¹, Baena Martín F², Martínez Del Valle Martínez C³

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Huétor-Tájar. Granada

² MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Mirador. UGC La Rinconada. Sevilla

³ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Salvador Caballero. Granada

Ámbito del caso

Atención hospitalaria. Urgencias.

Motivos de consulta

Hipo.

Historia clínica

Antecedentes personales: hipertensión arterial. Hiperplasia benigna de próstata. Infarto agudo de miocardio en 2012 con enfermedad de tres vasos revascularizados. Dislipemia. Hábitos tóxicos: ex-fumador desde hace 30 años (20 cigarrillos/día desde los 15 años). Bebedor ocasional.

Anamnesis: varón de 66 años que acude por hipo desde hace una semana, motivo por el que ha consultado hace dos días en el mismo servicio y que mejoró inicialmente con haloperidol. Pocas horas tras el alta comenzó de nuevo con hipo. Refiere también sensación de distensión abdominal y vómitos. No síntomas infectivos por órganos y aparatos.

Exploración: buen estado general. Ligera taquipnea en reposo. Normohidratado y perfundido. Hemodinámicamente estable. Auscultación cardiopulmonar anodina. Abdomen distendido, con aumento de timpanismo importante, no oleada ascítica. Doloroso a la palpación de forma difusa. Miembros inferiores con mínimo edema.

Pruebas complementarias: analítica: discreta leucocitosis con neutrofilia. Radiografía abdomen: distensión de asas de delgado con niveles hidroaéreos. TAC abdominal: dilatación de asas de intestino delgado. Obstrucción en válvula ileocecal/ileon terminal (proceso granulomatoso crónico vs tumor carcinoide). Colonoscopia: tumoración de aspecto submucosa en ciego que ocupa un tercio de la luz.

Enfoque familiar y comunitario: vive con su esposa. Buen nivel socio-económico. Recientemente jubilado. Dos hijos que viven en otra ciudad.

Juicio clínico: obstrucción intestinal por neoformación submucosa de ciego.

Diagnóstico diferencial: causas digestivas (reflujo gastroesofágico, afecciones de páncreas, hígado). Infecciosas (pericarditis, neumonía, meningitis). Enfermedades metabólicas (diabetes, alcoholismo, insuficiencia renal). Neoplasias (esófago, colon, pulmón, tumor cerebral). Causas neurológicas (Parkinson, accidente cerebrovascular). Otros (quimioterapia, trastornos psicológicos).

Tratamiento: hemicolectomía derecha.

Evolución: durante el postoperatorio, comienza con hipo, fiebre y signos de peritonitis. El paciente sufre una peritonitis fecaloidea difusa por dehiscencia de sutura, por lo que se reinterviene urgentemente.

Conclusiones

Debemos reflexionar sobre el papel del médico de familia en casos de pacientes con síntomas a priori leves e inespecíficos, haciendo hincapié en una correcta exploración y seguimiento evolutivo en caso de no mejoría, ya que solemos ser los primeros que valoramos a estos pacientes.

Palabras Clave

Hiccup, intestinal, obstruction

"Doctora, ya van tres"

Valenzuela Cortés M¹, Matamoros Contreras N², Márquez Martínez A³

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Loreto-Puntales. Cádiz

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Merced. Cádiz

³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. Cayetano Roldán. Cádiz

Ámbito del caso

Servicio de urgencias.

Motivos de consulta

Dolor hemitórax derecho y disnea.

Historia clínica

Paciente de 39 años, delgado, asmático con reagudizaciones y fumador de 10 cigarrillos/día. Presentó neumotórax derecho por rotura de bullas apicales en 2014 tratado con pleurodesis y talco, que recibió en 2015, precisando intervención quirúrgica.

Acude por dolor en hemitórax derecho más leve que anteriores ocasiones, que ha comenzado tras golpe de tos asociado a posterior sensación disneica. También refiere clínica respiratoria de tos con expectoración blanquecina, sin fiebre.

Exploración pulmonar: murmullo vesicular abolido de en hemitórax derecho. No otros ruidos respiratorios. En placa de tórax se objetiva de nuevo neumotórax derecho apical, que se trata con drenaje y pleurodesis.

Se realiza determinación de alfa-1-antitripsina, objetivándose déficit de la misma, con fenotipo SS.

Juicio clínico: déficit alfa-1-antitripsina. Neumotórax recidivantes por bullas apicales.

Conclusiones

Para la aplicación en atención primaria del caso, es importante recordar la alta prevalencia de neumotórax espontáneos en varones delgados, deportistas y fumadores. Así como la importancia de realizar diagnóstico diferencial ante las recidivas del neumotórax, para descartar otras patologías como EPOC, enfisema, bronquiectasias, o como en este caso, déficit de alfa-1-antitripsina. Y lo más importante, la relevancia del consejo antitabaco, para evitar la progresión de estas patologías pulmonares así como la recidiva de neumotórax. Lo más importante es dejar de fumar.

Palabras Clave

Emphysema, alpha 1-antitrypsin, Pneumothorax

Estoy bloqueado con este bloqueo

Núñez Vaquero L¹, Carbajo Martín L¹, Chávez Sánchez J²

¹ Médico de Urgencias. Hospital de Alta Resolución Utrera. Sevilla

² DCCU Distrito Sur Sevilla. Sevilla

Ámbito del caso

Atención hospitalaria.

Motivos de consulta

Astenia de una semana de evolución, mareos y dolor torácico.

Historia clínica

Mujer de 73 años sin alergias medicamentosas. Hipertensa. Diabetes mellitus tipo 2. Niega hábitos tóxicos. Medicación crónica: insulina. Amlodipino 10mg/día. Ácido acetilsalicílico 100 mg/día. Lorazepam 1mg /día.

Exploración física: anodina. Constantes vitales. Temperatura: 36.5°C. Tensión arterial: 169/55 mmHg. Frecuencia cardíaca: 80 latidos/minuto (lpm) saturación basal de oxígeno: 97 %. Electrocardiograma (hospital de alta resolución de utrera): bloqueo auriculoventricular de 3^{er} grado con bloqueo completo de rama izquierda del haz de Hiss previo.

Observación del hospital Virgen del Rocío: bloqueo auriculo-ventricular de 2º grado tipo Mobitz 2 con escape e imagen de bloqueo completo de rama derecha. Análítica sanguínea (urgencias hospital de utrera): hemograma sin hallazgos, troponina T ultra sensible 18 nanogramos/litro (<14), CPK 67 u/l. Resto: sin alteraciones. Radiografía de tórax: índice cardio-torácico ligeramente aumentado, botón aórtico prominente, no imagen de condensación ni de derrame. Ecocardiografía: aurícula izquierda no dilatada (37mm), válvula mitral con velos finos y apertura conservada, insuficiencia central ligera. Ventrículo izquierdo no dilatado (DTD 49mm) con grosor miocárdico 11mm; fracción de eyección 64% sin anomalías segmentarias. Llenado mitral con e menor que a. Cavidades derechas normales, no derrame pericárdico.

Juicio clínico: bloqueo auriculoventricular de alto grado subsidiario de estimulación definitiva. Implante de marcapasos definitivo Medtronic sin incidencias.

Evolución: el paciente evolucionó favorablemente durante la hospitalización y tras el alta médica.

Conclusiones

Durante el desarrollo de nuestra labor asistencial en ocasiones nos encontramos con bloqueos cardiacos que a veces nos cuesta "etiquetar" con exactitud y esto nos puede causar cierto desasosiego pero no debemos olvidar que antes que poner un "apellido" a un bloqueo lo más importante es saber reconocer los síntomas o la posible inestabilidad hemodinámica que pueden generar en nuestros pacientes y actuar en consecuencia a la mayor brevedad sin demorar el tratamiento definitivo.

Palabras Clave

Heart block, dizziness, biological clocks.

Análisis de la terapia grupal antitabaco en una UGC urbana

Aguado De Montes M¹, Bascuñana Garrido M², Sánchez González I², González López M², Blanco Rubio B², De Francisco Montero M²

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Las Palmeritas. Sevilla

² CS Las Palmeritas. Sevilla

Objetivos

Analizar eficacia de consulta grupal antitabaco. Evaluar abandono del tabaquismo tras intervención avanzada grupal. Establecer el perfil del paciente fumador en nuestra UGC, y comparar con los resultados obtenidos en el análisis realizado en 2014.

Diseño

Estudio descriptivo longitudinal.

Emplazamiento

Atención primaria.

Material y método

Grupo de intervención avanzada (mayo 2011-mayo 2016).

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

165 pacientes, 50.30% mujeres. Edad media: 53 años. Edad media inicio: 16 años.

El 63.92% fumaban 20 o más cigarrillos/día (95.14% tabaco rubio).

67.51% un intento de abandono. El 32.25% una recaída y 34.83% dos o más. Índice de recaída ha descendido respecto a años previos: 65.81%

62.83% tenían otros hábitos (café 39.18%, alcohol 41.89%). Convivientes fumadores: 46,66%.

Enfermedades relacionadas (EPOC, saos y CA. Vejiga) 14.11%. Asociaban FRCV 50% (hipertensión 48.71%).

Dependencia moderada (test Fagëstrom) 33%; dependencia alta 32.69%.

Test Richmon: 40.78% motivación alta; 60.52% motivación moderada.

El 23.07% utilizaron fármacos (chicles, parches, vareniclina, bupropión) en su intento de abandono.

Incidencia de abandono: 37.6%; asistencia media: 3 sesiones.

Conclusiones

Ha descendido el número de mujeres fumadoras, equiparándose al de hombres. Han aumentado pacientes fumadores con enfermedades relacionadas con el tabaco y los pacientes con alta motivación para dejar de fumar. Aumento del número de fumadores que no han utilizado fármacos en su intento de abandono tabáquico. Es necesario continuar monitorizando los objetivos conseguidos para avanzar en la mejora de la salud de nuestra población.

Palabras Clave

Tabaquismo, intervención, abandono.

Pérdida de conocimiento en el trabajo

Ortiz Viana M, Yera Cano R, Correa Gómez V

MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital San Juan De La Cruz. Úbeda (Jaén)

Ámbito del caso

Atención primaria. Atención hospitalaria.

Motivos de consulta

Síncope, dolor torácico, parestesias, pérdida de fuerzas.

Historia clínica

Enfoque individuales. Antecedentes personales: exfumador, hipertensión arterial, dislipemia. Intolerancia a etoricoxib. Tratamiento: bisoprolol 2,5mg (medio comprimido al día), ácido acetilsalicílico 100mg/24h, ramipril 2,5mg (medio comprimido al día), furosemida 40mg/24h, simvastatina 20mg/24h, bortezomib, dexametasona, aciclovir 500mg/24h, sulfametoxazol 800 mg/trimetoprima 160 mg/48h.

Anamnesis: varón de 69 años que acude en varias ocasiones a urgencias por presentar dolor torácico, parestesias distales en miembros superiores, pérdida de fuerza en miembros inferiores, disnea autolimitada al recorrer 200 metros y síncope.

Exploración: normal.

Pruebas complementarias: analítica de sangre: sin hallazgos de interés. Ecocardiograma: grosor aumentado del ventrículo izquierdo de forma concéntrica en grado moderado (16 mm), resto de hallazgos dentro de la normalidad. Electrocardiograma: onda q patológica en las derivaciones III, AVF, V2, V3 y ondas T invertidas en precordiales. Holter: registro en ritmo sinusal. Prueba de esfuerzo: prueba clínica y electrocardiográficamente negativa, eléctricamente dudosa. Alteraciones basales del ST por hipertrofia miocárdica. Resonancia magnética cardíaca: hipertrofia cardíaca concéntrica de ambos ventrículos. Ecografía de abdomen: pequeño derrame pleural derecho. Radiografía de tórax: cisura accesoria de la ácigos, signos de hipertensión de círculo menor, silueta cardíaca en el límite superior de la normalidad, no masas ni condensación pulmonar. Espirometría: normal. Biopsia de grasa subcutánea: depósito de amiloide en hipodermis. Biopsia de cresta ilíaca: neoplasia de células plasmáticas.

Enfoque familiar y comunitario: un hermano fallecido de cáncer de pulmón y otro de leucemia.

Juicio clínico: amiloidosis de cadenas ligeras lambda, neoplasia de células plasmáticas.

Diagnóstico diferencial: amiloidosis, gammapatía monoclonal. Identificación de problemas: dificultad diagnóstica.

Tratamiento: bortezomib, aciclovir, sulfametoxazol/trimetoprima, dexametasona.

Planes de actuación: continuar con tratamiento y seguimiento por hematología.

Evolución: favorable.

Conclusiones

La amiloidosis es una enfermedad infrecuente, de etiología desconocida y de clínica inespecífica. Se caracteriza por el depósito de sustancia amiloide en distintos tejidos y órganos condicionando alteraciones estructurales y funcionales.

Palabras Clave

Amyloidosis, hypertrophic cardiomyopathy, cardiac amyloidosis.

El entorno familiar, un aliado para el diagnóstico

Herrera Herrera S¹, Martínez García S², Ortega García G³

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Valle. Jaén

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Federico Del Castillo. Jaén

³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Felipe. Jaén

Ámbito del caso

Atención primaria/atención hospitalaria.

Motivos de consulta

Sensación de inestabilidad, pérdida de memoria y temblor en ambas manos.

Historia clínica

Mujer de 66 años que acude por sensación de inestabilidad en bipedestación, además ha perdido memoria de forma brusca ("no recuerda la lista de la compra, el cumpleaños de sus familiares, el nombre de compañeros de trabajo...") y refiere temblor en ambas manos. La sintomatología apareció simultáneamente hace 4 meses y le impide seguir con su actividad diaria habitual.

Antecedentes personales: distimia. Antecedentes personales sin interés.

Enfoque familiar y comunitario: la paciente vive sola, no tiene hijos. Padres fallecidos. Tiene una hermana de 59 años sana, vive en otra comunidad autónoma, aunque habla con ellos semanalmente por teléfono.

La *exploración física* por órganos y sistemas es normal.

Se decide pautar betahistina y solicitar TAC craneal. Al día siguiente la paciente acude al servicio de urgencias por hemiplejía izquierda, se realiza TAC craneal urgente, analítica, sistemático de orina, ECG, y cribado de drogas en orina, todas con resultados normales. Ante la persistencia de la clínica tras 24 horas se decide ingreso en neurología y se hace interconsulta a otorrinolaringología, se realiza RM y electroencefalograma que es normal y exploración otológica normal. Al ser su médico de familia informado del ingreso vía telefónica por la hermana, ésta comenta que la paciente había perdido hace 4 meses a su perro al cual estaba muy unida. Se pone en conocimiento de neurología dicha información y se hace interconsulta a salud mental.

Finalmente la paciente es dada de alta por trastorno somatomorfo.

Tratamiento y plan de actuación: psicoterapia y psicofármacos. Control con visitas programadas con su médico de familia.

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

Somatoform disorders; psychology; diagnosis

Estoy asustado... ¿Por qué no puedo tragar?

Martínez García S¹, Herrera Herrera S², Ortega García G³

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Federico Del Castillo. Jaén

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Valle. Jaén

³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Felipe. Jaén

Ámbito del caso

Atención primaria y atención especializada.

Motivos de consulta

Dificultad para pasar alimentos.

Historia clínica

Enfoque individual. Antecedentes personales: neumonía a los 12 años de edad. Resto sin interés. Tratamiento habitual: omeprazol.

Anamnesis: paciente de 50 años refiere que desde hace aproximadamente 3 meses tiene dificultad para pasar alimentos, de manera paulatina, permaneciendo más o menos igual hasta la actualidad. Lo describe como “nudos” que empiezan a nivel de la espalda y luego se irradian hacia la parte anterior del tórax, de 10 a 15 minutos de duración. No pérdida de peso, no astenia, ni dolor torácico, ni tampoco cortejo vegetativo acompañante.

Exploración: la exploración por aparatos es normal, salvo lo referido en la anamnesis. El abdomen presenta timpanismo a la percusión en todo el marco cólico y abundantes ruidos hidroaéreos.

Pruebas complementarias: ecocardiografía: descarta la existencia de pericarditis. Electrocardiograma: normal. Radiografía de tórax: ensanchamiento mediastínico. Estudio gastroduodenal con bario: falta de relajación del esfínter esofágico inferior, dilatación de todo el esófago y escasa motilidad, restos alimentarios. Estómago y duodeno sin alteraciones. Analítica: normal.

Enfoque familiar y comunitario: familia nuclear, cuatro hijos, uno casado. Familia normofuncionante, IV etapa del ciclo vital familiar. Muy buena relación familiar.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: teniendo en cuenta la clínica referida, el diagnóstico diferencial debe realizarse con el resto de trastornos motores esofágicos primarios, como el espasmo esofágico difuso o secundarios a esclerodermia. Finalmente llegamos al diagnóstico de acalasia.

Tratamiento: presentando sintomatología leve, se inició con nitratos de acción prolongada (a dosis de 2,5mg), como tratamiento sintomático, pues el paciente rechazaba otras opciones terapéuticas.

Evolución: el paciente, dado al empeoramiento de la sintomatología, es sometido a dilatación forzada del cardias con balón, siendo muy eficaz mejorando la disfagia.

Conclusiones

La etiología de la acalasia es desconocida, siendo su incidencia de 1/100.000 hab/año, pudiendo aparecer en ambos sexos, y en cualquier etapa de la vida, con un pico entre los 30 y 50 años; por lo que hay que tener en cuenta su sintomatología para un diagnóstico de sospecha.

Palabras Clave

Achalasia; diagnosis; treatment in primary care.

¡Doctor, me pica todo!

Chico Espín J, Román Ramos A, Verdú Bermejo L

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Benamargosa. Málaga

Ámbito del caso

Atención primaria y hospitalaria.

Motivos de consulta

Prurito corporal con lesiones en piel de tres semanas de evolución.

Historia clínica

Enfoque individual: varón 84 años, sin alergias medicamentosas. No hábitos tóxicos. Hipertensión arterial, dislipemia, diabetes tipo 2, fibrilación auricular, infarto agudo de miocardio con insuficiencia cardiaca secundaria. Tratamiento habitual: sintrom/24h, enalapril 20mg/24h, furosemida 40mg/24h, bisoprolol 5mg/24h, metformina 875mg/12h, ranitidina 150mg/12h, atorvastatina 40mg/24h.

Exploración: lesiones tipo dermatitis herpetiforme y prurigo por rascado en espalda, pecho, extremidades.

Análítica sanguínea: creatinina 1.31mg/dl, hemoglobina 12.7mg/dl, hierro, ferritina, vitamina B12, ácido fólico, tirotropina normales. Mezcla alimentos positivos clase 1 a leche de vaca, clase 3 a trigo. Anticuerpos antitransglutaminasa negativo. Ecografía abdomen: quiste polo inferior riñón izquierdo (5cm). Tránsito esófago-gastro-duodenal: normal.

Enfoque familiar/comunitario: viudo, vive con su sobrino, esposa e hijo. Precisa ayuda para el baño, independiente para lo demás. Buena relación familiar. Reside en entorno urbano, cerca del centro de salud. Buena relación con vecinos.

Diagnóstico diferencial: xerosis, eccema asteatósico, urticaria, insuficiencia renal crónica, anemia ferropénica, hipotiroidismo, enfermedades tumorales hematológicas, enfermedad celiaca del adulto, toxicidad por fármacos, picor neuropático, picor psicógeno, prurito senil idiopático.

Evolución: primero se sospechó causa tóxica farmacológica, retirando o sustituyéndose los fármacos potencialmente responsables, sin mejoría. Posteriormente se pensó en insuficiencia renal y anemia microcítica, pautando tratamiento, sin mejoría tampoco. Con los resultados de alergia a alimentos se sospechó en una expresión dermatológica de la enfermedad celiaca del adulto, solicitándose anticuerpos antitransglutaminasa que resultaron negativos. El paciente mejoró claramente con dieta estricta sin gluten y antihistamínicos orales, derivándose a digestivo con sospecha de enfermedad celiaca del adulto para confirmar el diagnóstico mediante biopsia que resultó concluyente: clasificación Marsh 3 (atrofia y acortamiento de vellosidades en unión duodenoyeyunal).

Juicio clínico: enfermedad celiaca del adulto.

Tratamiento: dieta estricta sin gluten.

Conclusiones

El prurito en el anciano es un síntoma frecuente en consulta de atención primaria y de difícil control. Hay que tener en cuenta en el diagnóstico diferencial la gran cantidad de patologías que lo pueden ocasionar, algunas de gran importancia y gravedad, por lo que el prurito es un síntoma al que se debe prestar la atención que se merece en nuestro día a día.

Palabras Clave

Celiac disease, pruritus, dermatitis.

Yo no recuerdo eso y ya no puedo hacer aquello

Martínez García S¹, Herrera Herrera S², Ortega García G³

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Federico Del Castillo. Jaén

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Valle. Jaén

³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Felipe. Jaén

Ámbito del caso

Atención primaria y atención especializada.

Motivos de consulta

Problemas de memoria y dificultad para realizar actividades.

Historia clínica

Paciente de 79 años con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 y cardiopatía isquémica. Presenta cuadro de deterioro cognitivo de un año de evolución, consistente en problemas de memoria reciente y dificultad para realizar actividades diarias. No puede salir sólo a la calle, camina con dificultad y depende más de su familia para el día a día. Está apático, y al llevarle la contraria se enfada desproporcionadamente. En las últimas semanas tiene problemas para controlar la orina.

Exploración: Neurológica: no hay déficits focales, presenta reflejos exaltados generalizados y alteración de la marcha, con pasos cortos, arrastre de pies y anteflexión de tronco. Presenta fallos en orientación temporal. Es dependiente parcial para las actividades básicas de la vida diaria. Resto de exploración normal.

Pruebas complementarias: Analítica: normal. Resonancia magnética cerebral: se detectan múltiples áreas hiperintensas, con tendencia a la confluencia en secuencias de TR largo (T2 y Flair) en ambos centros semiovoides, y sustancia blanca periventricular, compatibles con patología isquémica de pequeño vaso. Infartos lacunares múltiples a nivel de ganglios basales.

Enfoque familiar y comunitario: el paciente, acompañado de su esposa, se manifiesta tranquilo. La relación familiar con sus hijos es difícil por sus cambios de carácter.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: tras los resultados de las pruebas, la anamnesis y exploración llegamos al diagnóstico de deterioro cognitivo corticosubcortical de predominio subcortical. Patrón de deterioro de etiología vascular.

Tratamiento: citicolina 1g, cada 12 horas y control estricto de los factores de riesgo vascular.

Evolución: a los 6 meses se reevaluó presentando mejoría en la marcha, en la orientación y mayor autonomía en las actividades diarias.

Conclusiones

Por la heterogeneidad de la patología vascular cerebral, el deterioro cognitivo de origen vascular es un síndrome de etiopatogenia multifactorial. El control de los factores de riesgo vascular, constituye un primer escalón de tratamiento para disminuir la probabilidad de eventos isquémicos que contribuyan al desarrollo del cuadro.

Palabras Clave

Citicoline; cognitive impairment; treatment

El tiempo no puede ser excusa para no actuar

Herrera Herrera S¹, Martínez García S², Ortega García G³

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Valle. Jaén

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Federico Del Castillo. Jaén

³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Felipe. Jaén

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de consulta

Mucosidad y odinofagia.

Historia clínica

Paciente de 35 años que acude a consulta por mucosidad y odinofagia de 24 horas de evolución, no fiebre, no tos ni otra clínica acompañante.

Antecedentes personales: fumador.

Exploración física normal.

Juicio clínico: catarro de vías altas, no precisa tratamiento. Aprovechando la visita realizamos intervención antitabaco: Se le pregunta si le gustaría dejar de fumar y si piensa dejar de fumar en el próximo mes, a lo cual nos responde que sí, por lo que nos encontramos ante un paciente en fase de preparación, dado la disposición del paciente, le realizamos el test de Fagerstrom breve en la cual obtiene una puntuación de 2. Refiere no haber hecho ningún intento previo de abandono. Apreciamos la disposición para dejar de fumar ("es la mejor decisión que puede tomar para su salud") y a continuación le ofrecemos nuestra ayuda, le invitamos a elegir la fecha de abandono (sin estrés, sin compromisos sociales...) y le recomendamos notificarla a sus familiares y amigos para aumentar el compromiso y buscar su apoyo en todo el proceso. Damos al paciente una cita programada y llevamos a cabo una intervención psico-social con el objetivo de que el paciente conozca su adicción, modifique su comportamiento frente a ella y desarrolle habilidades para manejar la abstinencia (entre ellas pensar y escribir las razones para dejar de fumar, pensar en las dificultades para dejarlo, desautomatizar la conducta, calcular el dinero que se gasta, enseñar técnicas de relajación...).

Programamos otra visita de seguimiento a la semana y otra al mes de dejar de fumar, en la cual confirmamos el no consumo y felicitamos por el éxito, además abordamos los síntomas de abstinencia (nuestro paciente ganó peso y presentó estreñimiento, por lo que se le aconsejó tomar una dieta rica en fibra beber mucha agua, vigilar la ingesta de azúcares refinados, alimentos ricos en calorías y realizar ejercicio físico).

Conclusiones

Con respecto al programa para dejar de fumar, el médico de familia con intervenciones breves puede conseguir grandes éxitos.

Palabras Clave

Smoking cessation; adult; control

Seguimiento tras diabetes gestacional, debes saber actuar

Herrera Herrera S¹, Martínez García S², Ureña Arjonilla M³

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Valle. Jaén

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Federico Del Castillo. Jaén

³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Mancha Real. Jaén

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de consulta

Control glucémico tras diabetes gestacional.

Historia clínica

Mujer de 27 años que consulta a las 6 semanas tras el parto, refiere que durante el embarazo desarrolló diabetes gestacional (DG) y acude para informarnos que no ha asistido a la consulta de endocrinología tras el parto para seguimiento de la diabetes, puesto que "en su casa" no le sale la glucemia elevada y no cree que necesite tratamiento.

Antecedentes personales: diabetes gestacional con parto sin complicaciones, recién nacido con un peso al nacer de 3700 gramos sin problemas.

En el enfoque familiar destaca que su madre fue diabética tipo II desde los 40 años. Se trata de una familia normofuncional en expansión.

A la *exploración física presenta:* peso 69kg, talla 160cm, IMC 26.95, TA: 110/70, resto de la exploración normal. Se realiza analítica con hemograma normal y bioquímica con glucemia en ayunas 120mg/dl, hemoglobina glicosilada de 5.8%, resto normal. Se realiza SOG 75g resultando negativa. Retinografía normal.

Juicio clínico: glucosa basal alterada.

Plan de actuación: no precisa actualmente tratamiento. Se repetirá SOG o hemoglobina glicosilada anualmente.

Evolución: la paciente volvió a consultar al año, repitiéndose analítico con hemoglobina glicosilada de 6%, se realiza sobrecarga oral de glucosa con 75g resultando una glucemia basal de 120mg/dl y glucemia a las 2 horas de 128mg/dl, diagnosticándose en este caso de diabetes mellitus posparto e iniciando tratamiento con metformina. Actualmente paciente con buen control de diabetes, sigue revisiones con analítica semestral y anualmente se realiza retinografía y exploración de pie diabético. Si desea de gestación sabe que debe ser de forma programada.

Conclusiones

Las mujeres con dg son de alto riesgo pues el 50% desarrollan dm ii a los 5 años y el 50% diabetes gestacional en próximos embarazos, es tarea del médico de familia el control y reclasificación posparto de estas pacientes, así como mantener a las pacientes informadas de dicho riesgo y de los controles que deben seguir.

Palabras Clave

Gestational diabetes mellitus; postpartum glucose disorder; postpartum screening

Soy fácil, pero abórdame bien

Martínez García S¹, Herrera Herrera S², Ureña Arjonilla M³

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Federico Del Castillo. Jaén

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Valle. Jaén

³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Mancha Real. Jaén

Ámbito del caso

Atención primaria y atención especializada.

Motivos de consulta

Vómitos de 24 horas de evolución de carácter proyectivo.

Historia clínica

Antecedentes personales: rinitis alérgica.

Anamnesis: adolescente de 16 años que consulta por vómitos desde hace 24 horas, incoercibles. Ha tenido febrícula. No lo achaca a la ingesta de nuevos alimentos. Cervicalgia lateral izquierda los días previos. No otros síntomas. Nutrición e hidratación adecuadas.

Buena perfusión y coloración pálida de piel, no de mucosas. No exantema ni petequias. No signos meníngeos ni focalidad neurológica. Auscultación cardíaca y respiratoria normal. Abdomen blando, depresible, sin masas, con dolor a la palpación leve generalizada aunque predominante en fosa ilíaca derecha. Orofaringe eritematosa. Otoscopia con conducto auditivo externo derecho hiperémico.

Pruebas complementarias: analítica seriada: con hemograma, bioquímica y coagulación normales. PCR algo elevada. Ecografía abdominal: sin imagen clara de apendicitis, visualizándose adenopatías de 1,5 cm en dicha zona. TAC craneal y fondo de ojo: normales. Serologías para citomegalovirus y Epstein Barr: negativas. Exudado faríngeo: normal. Se derivado a hospital y cursa ingreso. Se mantiene afebril, pautándose analgésicos y antieméticos a demanda. Continúa con vómitos, se descarta abdomen agudo en la exploración. La exploración neurológica continúa siendo normal. Los vómitos son persistentes, de menor cuantía, sin dolor abdominal, presenta cefalea frontoparietal y otalgia derecha que en esta ocasión preceden a los vómitos con lateralización del cuello hacia la izquierda, y dolor selectivo a la palpación del esternocleidomastoideo.

Enfoque familiar y comunitario: el paciente vive en casa con sus padres, tiene plena confianza en ellos.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: tras haber descartado abdomen quirúrgico e hipertensión intracraneal, con mejoría clínica, sin presencia de cefalea ni vómitos, y buena tolerancia oral, se decide alta domiciliaria. Dada la anamnesis y los resultados de las pruebas, llegamos al juicio clínico de migraña.

Tratamiento: se pauta tratamiento con analgesia si precisa: tomando ibuprofeno, y en caso de que no ceda, puede asociar metamizol, siendo citado en neurología en caso de recurrencia del caso.

Evolución: el paciente evoluciona de manera favorable.

Conclusiones

Importante la revisión de las actualizaciones en las distintas áreas, haciendo énfasis en la correlación de la sintomatología referida por el paciente con los hallazgos de la exploración.

Palabras Clave

Migraine; symptoms; treatment

Cansada de lavarme el pelo

Martínez García S¹, Herrera Herrera S², Ureña Arjonilla M³

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Federico Del Castillo. Jaén

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Valle. Jaén

³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Mancha Real. Jaén

Ámbito del caso

Atención primaria y atención especializada.

Motivos de consulta

Lesión escamosa en cuero cabelludo de una semana de evolución.

Historia clínica

Antecedentes familiares: sin interés. *Personales:* asma estacional.

Anamnesis: mujer de 20 años, con lesión escamosa en región parietal izquierda de cuero cabelludo con zona alopécica, preocupada, no sabe a qué es debido. Refiere que ha estado en contacto con animales, en concreto con un gato de familiar lejano, pero el contacto es esporádico. Se observa placa redondeada de 3 cm de diámetro, alopécica y con descamación.

Pruebas complementarias: se realiza cultivo de la lesión.

Enfoque familiar y comunitario: el paciente vive en casa con sus padres, tiene plena confianza en ellos.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: teniendo en cuenta la anamnesis pensamos en dermatitis seborreica, tiña capitis, alopecia areata, tricotilomanía, psoriasis del cuero cabelludo.

Juicio clínico: tiña del cuero cabelludo. Dado las características de la lesión y los antecedentes, explicamos que se trata de una tiña del cuero cabelludo, se deriva a dermatología de forma preferente, y la cita se nos demoraba un mes. Decidimos realizar contacto telefónico con el servicio de dermatología del hospital. Se envían imágenes de la lesión (previo consentimiento de la paciente).

Tratamiento: tras comentarla lesión, nos confirman que se trata de una tiña capitis y nos indican iniciar tratamiento con griseofulvina; explicamos la mejor absorción con comida grasa.

Evolución: a las 8 semanas, está mejor, con descamación focal en zona redondeada de la tiña. Apareciéndose placa anular con pelo en zona parietal izquierda, con descamación que aglutina parcialmente en pelo. Se indica aplicar tópicamente bálsamo capilar, 30 minutos antes de lavarse la cabeza hasta que desaparezcan las costras. El cultivo positivo para *microsporum canis*.

Conclusiones

Resalto la importancia de un diagnóstico y tratamiento precoz, dada la probabilidad de evolución de la lesión a una tiña capitis inflamatoria (querion de celso), con la consecuente alopecia cicatricial que conllevaría. Destacar la posibilidad de un contacto telefónico y la importancia de la telemedicina en auge para iniciar tratamiento.

Palabras Clave

Tinea capitis; diagnosis; treatment

Análisis de la calidad asistencial en el proceso cáncer de cérvix

Rodríguez Ladrón De Guevara S¹, Ramos Díaz De La Rocha M², Ubiña Carbonero A³, Campos Cuenca Á², Fernández Vargas A³

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Victoria. Málaga

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Málaga

³ Médico de Familia. CS Málaga

Objetivos

Evaluar la calidad del proceso asistencial integrado “cáncer de cérvix” (PAI-CA. Cérvix) en nuestro centro de salud (CS). Describir el perfil clínico y sociodemográfico de las pacientes.

Diseño

Estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento

Atención primaria. CS urbano.

Material y método

Mujeres incluidas en el PAI CA. Cérvix de 2015. Selección por muestreo aleatorio sistemático. Tamaño muestral: 25 % de una muestra representativa de las pacientes incluidas (n=57).

Variables: sociodemográficas y criterios de calidad asistencial.

Método de evaluación: cumplimiento del criterio en historia clínica digital. Análisis estadístico descriptivo.

Resultados

Sociodemográficos: la edad media es de 40 años. El 68.4% son españolas. Factores de riesgo: 36.8% fumadoras y 33.3% son multíparas. El 98.24% de las citologías son normales.

Variables de calidad: el 64.9% no cumplen los criterios que definen el cribado de cáncer de cérvix. No se registra la valoración de la muestra citológica del anatomopatólogo en primaria en un 73.68%. El 77.2% de la mujeres iniciaron el cribado a partir de los 25 años. El tiempo medio de recepción de los informes de la citología fue de 31 días. El intervalo medio entre las citologías fue de 3 años.

Conclusiones

Tanto el inicio del cribado como el intervalo entre las citologías se ajustan a los criterios de calidad. El tiempo de respuesta para el informe citológico está dentro del tiempo óptimo. Se establece un infraregistro de los criterios de calidad de la muestra. Existe un alto porcentaje de resultados citológicos normales. Mejorar la información al paciente sobre el screening es esencial.

Palabras Clave

Cancer cervix, primary prevention, primary care.

Efectividad de una intervención higiénico-dietética sobre la reducción del índice de masa corporal y su asociación con la calidad de vida relacionada con la salud en obesos en atención primaria: ¿es más efectiva la intervención quincenal que la bimensual?

Ortega Molina J¹, Pérez Márquez A²

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Los Rosales. Huelva

² Médico de Familia. Tutor de Residentes. CS Los Rosales. Huelva

Introducción:

La obesidad, definida como índice de masa corporal mayor a 30, se ha relacionado con un aumento de la morbi-mortalidad y con menor calidad de vida relacionada con la salud (CVRS). Para conocer el impacto que la pérdida de peso tiene sobre la CVRS se han realizado varios estudios, la mayoría tras cirugía bariátrica.

Objetivos

1. Valorar la efectividad de la intervención higiénico-dietética con seguimiento quincenal a la hora de reducir IMC en comparación con intervención bimensual. 2. Determinar la correlación entre la reducción del IMC y la mejora en la calidad de vida relacionada con la salud.

Diseño

Ensayo clínico aleatorizado. Se realizará una intervención higiénica dietética en obesos, quincenal en el grupo de intervención y bimensual en el grupo control.

Emplazamiento

Centro de salud.

Material y métodos

Sujetos de estudio: adultos menores de 75 años obesos no mórbidos sin trastorno mental grave, embarazo, celiaquía, deterioro cognitivo, indicación de cirugía bariátrica

Muestra: muestreo consecutivo no probabilístico. Distribución aleatoria en 2 grupos: grupo de intervención y grupo control. Se calcula tamaño muestral para diferencia de reducción de IMC entre grupos del 20%, para intervalo de confianza del 95% y potencia estadística del 80%:90 sujeto de estudio (45 por grupo).

Análisis: descriptivos: media, desviación típica, varianza, intervalo de confianza al 95%. Valorar homogeneidad de grupos: Chi cuadrado y T de Student para muestras independientes. Intra grupo: T de Student para muestras repetidas. Entre grupos: T de Student para muestras independientes. Regresión lineal y coeficiente de correlación de Pearson. Tomando como objetivo clínico la reducción del IMC del 10%, se calcularán incidencia, riesgo relativo, reducción relativa del riesgo, riesgo atribuible en expuestos y número necesario a tratar.

Variables: Independiente: intervención quincenal en el grupo de intervención y bimensual en el grupo control: toma de medidas antropométricas, cálculo de necesidades calóricas diarias mediante la ecuación de Harris-Benedict, recomendación de actividad física y elaboración de dieta hipocalórica. Se evaluará la calidad de vida relacionada con la salud al inicio del estudio y al finalizar mediante cuestionario short form 36 versiones 2 (SF-36 V.2). Dependientes: peso, IMC e ítems desf-36 (función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional, salud mental, transición de salud). Variables de confusión: grasa corporal, grasa visceral, masa magra, perímetro abdominal, HTA, presión sistólica, presión diastólica, diabetes mellitus, riesgo cardiovascular, síndrome coronario agudo, dislipemia, tabaquismo, consumo de alcohol, LDL, HBA1C, dolor crónico, disnea, asma bronquial, Epoc, ingresos en el último año.

Limitaciones: adherencia al tratamiento, muestro consecutivo no probabilístico (captación de obesos pluripatológicos), derivadas de no comprensión del cuestionario sf-36.

Aplicabilidad

El estudio facilitará la intervención higiénico-dietética sobre pacientes obesos por parte del médico de atención primaria puesto que, en caso de demostrarse una efectividad similar ambos grupos, se podrán alargar los tiempos de revisión.

Aspectos ético-legales

Ley Orgánica 15/1996 de Protección De Datos De Carácter Personal. Ley 41/2002, Básica Reguladora De La Autonomía Del Paciente. Los Sujetos De Estudio Firman Consentimiento Informado. Enviado A Comité De Ética.

Palabras clave

Obesity, body mass index, quality of life

Granulomatosis de Wegener atípica en atención primaria

López Hernanz Á¹, Rodríguez Tejada N¹, Moreno Fontiveros M²

¹ CS Cañada Rosal. Sevilla

² CS Estepa. Sevilla

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de consulta

Sensación de obstrucción nasal de días de evolución.

Historia clínica

Varón, 59 años que acude a consulta de atención primaria para recogida de resultados de analítica, parámetros dentro de la normalidad y comenta que desde hace varios días tiene la nariz obstruida, no refiere fiebre, cefalea ni rinorrea purulenta. A las dos semanas aparece fiebre y cefalea frontal y epistaxis. En los dos meses siguientes el paciente presenta lumbalgia y cansancio por lo que es derivado a medicina interna.

En el lapso de tiempo a la interconsulta el paciente sufre una pérdida de visión auto-limitada en un ojo con recuperación integra. Valorado por oftalmología y otorrinolaringología, sin encontrar foco. A los pocos días sufre episodio de desviación de comisura bucal con pérdida de fuerzas de hemicuerpo derecho, por lo que se deriva esta vez a un hospital de 3º nivel con especialidades neurológicas donde aparece una fibrilación auricular paroxística y entra en coma.

Exploración: primer día de consulta: exploración normal. En las siguientes aparece sensibilidad aumentada a la palpación de senos frontales y maxilares y fiebre de alrededor de 38º c. Tras dos meses, aparecen alteraciones neurológicas en la exploración.

Pruebas complementarias: primera analítica anodina, pero en las progresivas destaca leucocitosis de 21,3 mil/mm³ y una proteína c reactiva (PCR) de 121,9 mg/l. Tomografía axial computarizada (TAC) de cráneo donde se aprecia pansinusitis, hipodensidades craneales periventriculares. Resonancia magnética nuclear (RMN), se ven múltiples focos hemorrágicos. Arteriografía carotídea intracraneal y vertebral basilar, sin alteraciones.

Juicio clínico: granulomatosis de Wegener.

Evolución: el paciente empeora rápidamente, surgen complicaciones, entra en coma y fallece a los quince días a pesar de tratamiento antibiótico y corticoideo.

Conclusiones

La granulomatosis de Wegener es una enfermedad poco común y de causas inciertas. Puede afectar a cualquier órgano del cuerpo. Tiene síntomas similares a otras enfermedades, por lo cual suele ser difícil de diagnosticar y si no se tratan a tiempo el paciente suele morir antes del año. Por lo tanto, el diagnóstico y tratamiento precoz es fundamental para un buen pronóstico.

Palabras Clave

Vasculitis, autoimmune disease, granulomatosis

Pérdida súbita de visión monocular en varón de 21 años

Martínez López M¹, Villatoro Ruiz M¹, Abad Ruiz M²

¹ Médico de Familia. CS Guadix. Granada

² D.U. Enfermería. CS Guadix. Granada

Ámbito del caso

Mixto.

Motivos de consulta

Pérdida súbita de agudeza visual en ojo izquierdo.

Historia clínica

Varón de 21 años de edad, sin antecedentes personales de interés, que acude a urgencias de un hospital comarcal por pérdida indolora de agudeza visual en ojo izquierdo de una hora de evolución. Niega hábitos tóxicos. No refiere antecedente traumático, esfuerzo, cefalea, fiebre ni focalidad neurológica.

En exploración física se objetiva agudeza visual 1 ojo derecho y ojo izquierdo movimiento de mano. Con oftalmoscopio directo apreciamos ausencia de reflejo rojo e imposibilidad de visualizar fondo de ojo izquierdo. Exploración neurológica normal. En consulta de oftalmología se detecta hemorragia vítrea en ojo izquierdo que impide visualizar la retina, ojo derecho normal.

Días después, la hemorragia se resuelve, observándose seis angiomas retinianos, con exudación que llega a mácula. Hemograma, bioquímica y coagulación normales. Estudio autoinmune y serologías VIH, toxoplasma, CMV y EBV negativas. Estudio sistémico de imagen detecta lesiones quísticas en riñón derecho. Se realiza test genético y es diagnosticado de síndrome de Von Hippel Lindau.

Dentro de las causas de pérdida indolora de agudeza visual de forma brusca, destacamos la hemorragia vítrea, oclusión de vasos retinianos, desprendimiento de retina, retinopatía infecciosa, neuritis ópticas agudas, maculopatía hemorrágica o exudativa, coroiditis, simulación, alteraciones corticales, papiledema, isquemia transitoria o arteritis de células gigantes.

Cuando la hemorragia vítrea lo permite se inicia la fotocoagulación con láser de los angiomas.

Durante su evolución el ojo izquierdo alcanza una agudeza visual de 1.

Conclusiones

El síndrome de Von Hippel Lindau es una enfermedad de herencia autosómica dominante debida a una mutación en el cromosoma 3. Se caracteriza por el desarrollo de tumores benignos o malignos en la retina y el cerebro, junto con quistes y tumores en varios órganos viscerales como el riñón. Las manifestaciones oculares suelen ser las primeras en diagnosticarse, las más frecuentes son hemangioblastomas capilares retinianos asintomáticos hasta la tercera década de la vida. Sin tratamiento pueden provocar desprendimiento de retina, neovascularización o glaucoma. La detección precoz y tratamiento adecuado pueden atenuar o evitar las consecuencias de la enfermedad, tanto oculares como sistémicas. Importancia de abordaje multidisciplinar de enfermedades raras como este caso y ofertar la posibilidad de recibir consejo genético al paciente.

Palabras Clave

Vision loss, Von Hippel-Lindau disease, hemangioma

La función del médico de familia en pacientes oncológicos

Pazos Pazos N¹, Luna Pereira M²

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Gibralfaró. Huelva

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Molino de la Vega. Huelva

Ámbito del caso

Urgencias hospitalarias, centro de atención primaria y atención de segundo nivel.

Motivos de consulta

Paciente de 71 años sin antecedentes de interés salvo ex-fumador, que acude en varias ocasiones a urgencias hospitalarias y a su centro de atención primaria por dolor en ambas fosas renales irradiado hacia hipogastrio de un mes de evolución. El dolor disminuye con analgésicos. Afebril. Nauseas sin vómitos. No síndrome constitucional. No alteraciones intestinales. No síndrome miccional ni hematuria macroscópica.

Historia clínica

A la exploración no encontramos ningún hallazgo de interés salvo dolor a la palpación en epigastrio.

En las múltiples veces que acudió a urgencias se le practicó: analítica, sistemático de orina y radiografía de abdomen, todas ellas dentro de la normalidad, salvo la radiografía donde se observaba una imagen en uréter derecho densidad calcio compatible con cálculo. Con estos datos es diagnosticado de cólico nefrítico no complicado en varias ocasiones. Por falta de respuesta terapéutica es derivado a urología donde mediante ecografía y tomografía axial computarizada abdomino- pélvica es diagnosticado de neoplasia renal derecha, que tras la realización de nefrectomía se filió de carcinoma de células papilares.

Tras estudio de extensión se detectan metástasis pulmonares y es derivado al servicio de oncología donde le ofrecen quimioterapia paliativa que el paciente rechaza. Por este motivo es derivado al servicio de cuidados paliativos, quienes junto con su médico de atención primaria realizarán el control de los síntomas y velará por el bienestar del paciente y su entorno familiar.

Conclusiones

Conclusión: es el médico de familia el que facilita el diagnóstico al realizar la derivación a atención de segundo nivel, ya que ellos disponen de pruebas complementarias de las que nosotros carecemos, y el que ayuda al paciente y a la familia a afrontar sus miedos, controlar los síntomas... En definitiva es un pilar fundamental para el diagnóstico y para procurar una muerte digna y tranquila.

Palabras Clave

Pain, renal cell carcinoma, terminally.

Colon irritable en el adulto joven, ¿un diagnóstico definitivo?

Medrano Ramos I¹, García Arcos I², Herrera Díaz A³

¹ Médico de Familia. CS Casariche. Sevilla.;

² Médico de Urgencias. Hospital Can Misses. Ibiza

³ Médico de Urgencias. Hospital Costa del Sol. Marbella

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de consulta

Hombre de 43 años que acude a consulta por dolor de muelas de dos días de evolución pendiente de cita con dentista. Impresiona de caries dental, receto analgesia y antibiótico. Explico los posibles efectos secundarios de la amoxicilina-clavulánico haciendo hincapié en los problemas gastrointestinales. El paciente comenta tener hábito intestinal diarreico diario.

Historia clínica

Antecedentes personales: sobrepeso, colon irritable. Frecuentes consultas por dolor abdominal y diarrea desde 2006. Estudiado en aparato digestivo. 2007: analítica, endoscopia y eco abdominal sin hallazgos. Tratado con lansoprazol 15mg/24h con mejoría parcial. 2009: analítica, eco abdominal y colonoscopia: sin hallazgos patológicos. Diagnóstico: colon irritable; tratamiento con otilonio bromuro 40mg/12h si dolor con mejoría parcial.

Exploración física: abdomen blando no doloroso, no se palpan masas ni megalias. No aumento de ruidos intestinales. No signos de gravedad.

Entrevista clínica: interrogó al paciente sobre hábitos dietéticos. No ha presentado pérdida de peso ni cambios de ritmo intestinal. Características de las heces: explosivas, olor dulzón, no relaciona con ningún tipo de alimento en concreto. Pacto realizar una semana de dieta sin lactosa (explicando los numerosos alimentos que la contienen) y volver en una semana para valorar.

Conclusiones

Ante un paciente con clínica de dispepsia, dolor abdominal y diarrea es importante descartar enfermedades de pronóstico grave aunque no debemos olvidar patologías como la intolerancia a la lactosa, cuyo diagnóstico es fácil, no agresivo y con coste cero para el paciente y el sistema sanitario. Después de una semana sin lactosa el paciente acude a consulta con mejoría completa de su sintomatología gastrointestinal. Una deposición diaria. No dolor abdominal ni dispepsia, sin necesidad de tratamiento. Muchos diagnósticos actuales de colon irritable y diferentes formas de dispepsia están relacionados con la intolerancia a la lactosa. En la raza blanca existe un aumento de la incidencia entre la tercera y cuarta década de la vida, debe incluirse entre los diagnósticos diferenciales de la diarrea crónica del adulto.

Palabras Clave

Abdominal pain, lactose intolerance, diarrhea

Anemia hemolítica autoinmune

Vílchez Cobos Á¹, Cabello Orozco C², Herrera Bernal M¹

¹ Médico de Familia. Hospital Jerez de la Frontera. Cádiz

² Médico de Urgencias. Hospital Jerez de la Frontera. Cádiz

Ámbito del caso

Hospitalario.

Motivos de consulta

Astenia importante de meses de evolución que en los últimos 3-4 días ha aumentado de forma significativa, orina más oscura en estos últimos días. No fiebre. Sensación de congestión nasal y taponamiento ótico de meses de evolución que no ha mejorado con antihistamínicos.

Historia clínica

Mujer de 63 años sin alergias medicamentosas conocidas. Hipercolesterolemia. Déficit de vitamina B12 desde hace dos años. Síndrome depresivo. Intervenida de apendicetomía y amigdalotomía. Medicación crónica: venlafaxina 75 mg/día. Ebastina 20 mg/día. Optovite mensual.

Exploración física. Palidez mucocutánea con tinte icterico. ACP sin hallazgos. Abdomen anodino. No diátesis hemorrágica. No edemas. No acrocianosis. Tª 37°C. TA 150/90 mmHg.

TAC de senos paranasales se observa la presencia de otomastoiditis (en seguimiento por ORL). Analítica sanguínea: 8440 l (6890), HB 7.4, 2.37 * 10⁶ hematíes/mcl, hematocrito 21.5%, VCM 90.7, 275.000 plaquetas, reticulocitos 2.33%, frotis: anisopoikilocitosis con abundantes esferocitos y punteado basófilo, aislados esquistocitos. Ligeros rasgos displásicos en serie blanca. Vitamina B12 1375, fólido 16.13. Fe 183, TIBC 324, IS 56%, transferrina 230, ferritina 909. BT 1.38, BD 0.52, LDH 726, PCR 5.4, TTPA 25.6 segundos, AP 97%. BQ orina 500 leucocitos/mcl. Bioquímica general: glucosa 96 mg/dl, urea 28.1 mg/dl, creatinina 0.58 mg/dl, ácido úrico 5.3 mg/dl, proteínas totales 5.6 g/dl (6.6-8.7), albumina 3.9 d/dl, bilirrubina total 1.46 mg/dl (0.1-1), CA 8.5 mg/dl, fosforo 3.5 mg/dl, filtrado glomerular estimado 98 ml/min/1.73 m² (CKD-epi), GOT 15u/i, GOT 15u/i, GPT 16u/i, GGT 14u/i, LDH 306 u/i, cl 104 meq/l, NA 140 meq/l, k 3.9 meq/l, PCR 3.90 mg/l, factor reumatoide 15ui/ml, colesterol 170 mg/dl, IGM 146 mg/dl, complemento c3 71 mg/dl (90-180), c4 7 mg/dl (10-40). Proteinograma: albúmina 64.3 (55.8-66.1) * 3.57 (4.02-4.76), alfa 1: 5.3 (2.9-4.9) 0.29 (0.21-0.35), alfa 2: 8.1 (7.1-11.8) 0.45 (0.51-0.86, beta 9.2 (8.4-13.1) * 0.51 (0.6-0.94), gamma 13.1 (11.1-18.8) * 0.73 (0.8-1.35). Beta 2 microglobulina 1.64 mg/dl (1.09-2.53). Marcadores tumorales: CA 19.9: 7.39u/ml, CA 15.3: 40.44 ui/ml (0-24), CA 125: 8.6 u/ml. Serología: VIH AG/AC (screenig): negativo. VHA IG M (ausencia de infección aguda). AC VHA > 60 ui/l (positivos). VHB: AG superficie (HBSAG): negativo, AC anti-HBC (totales) negativo, AC anti-HBS: 2 (no protectores). AC VHC (screening): negativo. CMV: negativo. VEB IGM: negativo. EBNA: positivo infección pasada. Virus herpes simplex tipo I y II IGG : positivo. Herpes simplex tipo I y II IGM: negativo. Parvovirus b-19 IGM: negativo. Toxoplasma IGG 0.1 Toxoplasma IGM: negativo. Ecografía abdominal: exploración sin hallazgos ecográficos de interés.

Evolución y curso clínico: ha mantenido buen estado general, sin exacerbación de sintomatología anémica, tan solo episodios vasovagales en situaciones concretas (baño, estreñimiento). Una vez descartadas las causas más frecuentes secundarias, pautamos tratamiento con rituximab (semanal), con buena tolerancia y mejoría progresiva en la cifra de HB y parámetros de hemólisis, con buena respuesta reticulocitaria. Durante todo el ingreso ha mantenido tratamiento con ácido fólico y con calor en las extremidades.

Conclusiones

Pacientes diagnosticados de déficit de vitamina B12 que presenten clínica de astenia de tiempo de evolución, anemia con cifras bajas de hemoglobina, orinas colúricas pero sin clínica hemorrágica y sin fiebre que no terminan de remontar y mejorar con su tratamiento habitual de vitamina B12 (optovite) debemos seguir investigando las causas de esas bajas cifras de hemoglobina y la clínica de los pacientes puesto que podemos encontrarnos ante un caso de anemia hemolítica inmune por anticuerpos fríos (ANTI-I) puesto que la discrepancia de hemoglobina y hematocrito nos haría sospechar la presencia de crioaglutininas que deberíamos determinar para conducirnos hacia nuestro diagnóstico que suele responder con rituximab como tratamiento.

Palabras Clave

Autoinmune hemolytic anemia, cryoagglutinin, coldagglutinin.

Hipertensión arterial (HTA) secundaria

Delgado Vidarte A¹, Ambrona García E², García Prat M³

¹ MIR año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Torrejón. Huelva

² MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Torrejón. Huelva

³ MIR 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Torrejón. Huelva

Ámbito del caso

Atención primaria y hospitalaria.

Motivos de consulta

Hipertensión arterial de larga evolución.

Historia clínica

Enfoque individual: mujer de 32 años, sin antecedentes de interés, que consulta por hipertensión arterial de meses de evolución.

A la auscultación tonos rítmicos, a buena frecuencia, sin ruidos sobreañadidos. En consulta se realizan 3 tomas de tensión en cada brazo con una media de 160/110. Se solicita analítica y electrocardiograma (ECG).

Enfoque familiar y comunitario: no precisa.

Plan de actuación: se solicitan hemograma, perfil renal, tiroideo, hepático y orina, que eran normales. Sodio 144 y potasio 2.3 aldosterona 784. ECG: sin hallazgos.

Juicio clínico: hiperaldosteronismo.

Diagnóstico diferencial: ante HTA en paciente joven y de difícil control debemos plantearnos como primera opción HTA secundaria. Debemos descartar fármacos o sustancias, hiperaldosteronismo, enfermedad renal crónica, hipertensión renovascular, coartación de la aorta, síndrome de Cushing, feocromocitoma, apnea del sueño. La hipopotasemia y el hiperaldosteronismo nos hacen sospechar hiperaldosteronismo primario.

Tratamiento: se inició tratamiento con enalapiril de 10mg, que se aumentó a 20 mg y posteriormente se sustituyó por nifedipino. Por último, se inició tratamiento con espironolactona y potasio bicarbonato- ácido ascórbico ante el difícil control y la hipopotasemia.

Evolución: la sospecha de hiperaldosteronismo recomienda derivación a endocrinología para realizar estudio de imagen. En TAC abdomen se visualiza adenoma suprarrenal izquierdo. Se realiza extirpación suprarrenal izquierda, remitiendo la hipertensión arterial, sin necesidad de medicación en la actualidad.

Conclusiones

La presencia de HTA en pacientes jóvenes y de difícil control exige descartar HTA secundaria. En ocasiones, al eliminar el factor remite HTA, siendo innecesario tratamiento antihipertensivo.

Palabras Clave

Tension; hyperaldosteronism; adrenal cortical adenoma.

Ingesta de cáustico en menores: a propósito de un caso

Menéndez Sotillo M¹, Granados Solier M², Quesada Sánchez T³

¹ Enfermera. CS Zaidín Sur y DCCU Gran Capitán. Granada

² Médico de Familia. DCCU Chana. Granada

³ Enfermera. Hospital Santa Ana. Jaén

Ámbito del caso

Urgencias en atención primaria.

Motivos de consulta

Paciente de quince meses de edad, mujer, que ha ingerido desengrasante de plancha. Vómitos.

Historia clínica

Antecedentes personales: Paciente de quince meses de edad, mujer, sin antecedentes personales de interés. No alergias conocidas.

Anamnesis: Acude llorando y chillando al centro de salud en brazos de su madre que refiere, que mientras cocinaba, ha ingerido desengrasante de plancha que ha cogido de un armario. Traen el bote y llamamos al servicio de toxicología donde nos informan que debe beber agua fría o leche para diluir el producto o evitar que se absorba.

Exploración física: Auscultación dentro de la normalidad. T.a: 90/50mmhg. saturación de oxígeno: 95%. ECG: ritmo sinusal a 92l.p.m. Presenta labios muy edematizados y ligero edema en glotis.

Diagnóstico: intoxicación por preparado corrosivo. Valoración enfermera: control de la ansiedad del paciente y su madre.

Enfoque familiar y comunitario: la niña vive con sus padres. Ambiente familiar dentro de la normalidad-

Evolución: Se intenta sin éxito que beba. Realiza tres vómitos alimenticios. Se pincha corticoide IM y se traslada al hospital de referencia con equipo médico. Durante el traslado en la ambulancia se encuentra con tendencia al sueño por lo que la estimulamos durante el viaje. Constantes mantenidas. Se traslada directamente a UCI pediátrica para monitorización. Comienza con antibioticoterapia intravenosa.

Pruebas complementarias: analítica sanguínea. Radiografía simple de tórax y abdomen. Endoscopia de esófago y estómago a las seis horas de la ingesta.

A la semana fue dada de alta con antibioticoterapia oral durante dos semanas más. El diagnóstico diferencial de UCI es el de obstrucción esofágica por ulceraciones diferenciales grado II B. A los tres meses acude a la consulta de pediatría. Su madre refiere que realiza vida normal aunque en ocasiones presenta leve disfagia.

Conclusiones

Las quemaduras esofágicas por cáustico son uno de los accidentes más graves y particularmente frecuentes en los niños pequeños. A pesar de la disponibilidad de recursos con los que se cuenta actualmente para su tratamiento, los resultados continúan siendo pobres, por lo que resulta imprescindible implantar una política de prevención eficiente. Estas sustancias tóxicas al alcance de los niños pequeños y/o almacenados de forma inadecuada representan un riesgo potencial que debe evitarse.

Palabras Clave

Intoxicación, calidad de la atención de la salud, pediatría.

Dolor en costado izquierdo

Trueba Carreón J¹, López Coto M², Trujillo Díaz N³

¹ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Infanta Elena. CS Gibraleón. Huelva

² MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Infanta Elena. CS El Torrejón. Huelva

³ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Río Tinto. CS Moguer. Huelva

Ámbito del caso

Urgencias hospitalarias.

Motivos de consulta

Dolor en costado izquierdo.

Historia clínica

Varón de 74 años, sin alergias medicamentosas, hipertenso, dislipémico, diabético. Cardiopatía isquémica en 2004, stent en arteria circunfleja, antiagregado. Exfumador desde 2007, bebedor ocasional. Tratamiento habitual: metformina, atorvastatina, omeprazol, ramipril, saxagliptina, nitroglicerina, atenolol, tramadol/paracetamol, levogastrol, teofilina.

Anamnesis: dolor en costado izquierdo desde cuatro días antes. Radiografía (RX) de tórax de su centro de salud objetivan derrame pleural izquierdo. Su médico pauta levofloxacin. No presenta fiebre ni otros síntomas, salvo pérdida de 8 kilos en dos meses y desde una semana antes náuseas sin vómitos.

Exploración: normal salvo hipoventilación en base izquierda, leves crepitantes.

Pruebas complementarias: electrocardiograma normal. RX tórax: pinzamiento de seno costofrénico izquierdo, sin imágenes de condensación. Bioquímica normal. Hemograma: leucocitos 186.000, reticulocitos 153.000, neutrófilos 174.000, linfocitos 6.570, monocitos 3.110, basófilos 2.050, hemoglobina 11.5, hematocrito 37.5%, plaquetas 230.000. Frotis de sangre periférica: disgranularidad y segmentación alterada de neutrófilos, blastos de hábito mielóide. Coagulación: INR 1.3, fibrinógeno 537, dímeros-d 3080.

Diagnóstico diferencial: causas de leucocitosis: fisiológicas (embarazo), dolor intenso, estrés, quemaduras, infecciones, neoplasias, leucemias, fármacos (litio, vitamina B12/ácido fólico, corticoides, psicofármacos). Leucocitosis mayor de 50.000 hablamos de reacción leucemioide (mielóide, linfóide y monocitoide) o hiperleucocitosis. Reacción leucoeritroblástica: presencia en frotis de precursores nucleados de glóbulos rojos y granulocitos inmaduros. Causas más frecuentes: enfermedades hematológicas (síndromes linfoproliferativos y mieloproliferativos y mielodisplásicos, mielofibrosis, anemia hemolítica y hemorragias), metastásis, infecciones y otras.

Plan de actuación: ante los hallazgos, contactamos con hematólogo, indica ingreso.

Juicio clínico: derrame pleural izquierdo, hiperleucocitosis y reacción leucoeritroblástica.

Evolución: angio-tomografía axial computarizada: sin signos de tromboembolismo pulmonar. Ecografía abdominal: hepatoesplenomegalia. Biopsia de médula ósea: alteraciones concordantes con leucemia mielóide crónica atípica. Control: leucocitos 236.850, tras tratamiento con hidroxiurea: 15.280. Diagnóstico definitivo: leucemia mielóide crónica atípica Philadelphia negativa.

Conclusiones

Debemos hacer una buena anamnesis, exploración y diagnóstico diferencial, ya que aunque nos encontremos normalmente con lo más frecuente, en ocasiones podemos pasar por alto algún dato clave que nos oriente a otros procesos. Por ejemplo, en este caso se pensó inicialmente en infección respiratoria y se trató como tal, y ante la no mejoría se derivó a las urgencias hospitalarias.

Palabras Clave

Pleural effusion, leukemia, myeloid.

Coordinación sanitaria en intento autolítico con arma de fuego: a propósito de un caso

Menéndez Sotillo M¹, Granados Solier M², Quesada Sánchez T³

¹ Enfermera. CS Zaidín Sur y DCCU Gran Capitán. Granada

² Médico de Familia. DCCU Chana. Granada

³ Enfermera. Hospital Santa Ana. Jaén

Ámbito del caso

Zona de vigilancia de seguridad de un palacete abierto al público.

Motivos de consulta

Nos avisan del centro coordinador por traumatismo craneoencefálico de causa desconocida.

Historia clínica

Varón de 48 años sin alergias medicamentosas. Nefrolitiasis. Esteatosis hepática. Úlcera duodenal. Síndrome depresivo en tratamiento desde hace un año por psiquiatría. Tratamiento: citalopram y desvelanfaxina +diacepan.

Exploración física: Sangrado activo por zona parietal del cráneo con formación de coágulo importante. Se encuentra su pistola debajo de la espalda considerando intento autolítico. Constantes vitales mantenidas durante el traslado en ambulancia: TA: 110/60mmhg. FC: 60-80 lpm. Rítmico. Saturación de oxígeno en ventilación espontánea: 95-99%.se canaliza venoclisis. Responde preguntas simples de forma coherente .consciente. Sin incidencias en la transferencia en el hospital de traumatología.

Plan de actuación: Se realiza TAC urgente donde se aprecia disparo por arma de fuego con entrada sobre paladar y salida por calota craneal en un intento autolítico .importante hematoma parpebral bilateral.

Diagnóstico diferencial: hematoma intracraneal .fractura de etmoides.

Intervención quirúrgica bajo anestesia general. Pasa a la unidad de cuidados intensivos. Necesidad de ventilación mecánica prolongada con mal despertar-tendencia a agitación-desadaptación sin conexión con el medio. Bajo efecto de sedo analgesia con propofol, midazolan y fentanilo. Perfusión de noradrenalina a dosis bajas. Sobreinfección con hemocultivo positivo para E.Coli. Visto por oftalmología. No presenta alteraciones visuales. Se realiza interconsulta a unidad de hospitalización de salud mental. Clínica distímica que relaciona con problemas laborales y de pareja, de curso fluctuante e irritabilidad fácil. Al comienzo evita hablar de día del intento autolítico aunque evoluciona positivamente y muestra arrepentimiento relatando en los últimos días deseos al alta, retomar su vida y recuperar a su familia.

Juicio clínico al alta. Traumatismo craneoencefálico y facial con herida por arma de fuego. Lesión encefalomalácica de ambos lóbulos frontales, con test básicos cognitivos normales y con exploración neurológica normal. Depresión con intento autolítico con evolución favorable. Al alta se muestra sonriente, afable, relatando deseos al alta, retomar su vida y recuperar a su familia.

Conclusiones

La actuación conjunta y coordinación del personal sanitario tanto de urgencias extrahospitalarias, urgencias hospitalarias, servicio de radiología, quirófano, uci y personal de planta hicieron posible que ante una situación extrema fuera posible una intervención eficaz en la atención del paciente en riesgo vital.

Palabras Clave

Coordinación sanitaria, intento autolítico, traumatismo craneoencefálico.

Manejo de las agudizaciones del dolor crónico en paciente con fibromialgia

Mesa Rodríguez P¹, Rodríguez Lora E², Vargas Iglesias S¹

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Juncal. Sevilla

² MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Montequinto. Sevilla

Ámbito del caso

Atención primaria. Centro de salud rural.

Motivos de consulta

Paciente con fibromialgia que refiere que ha empeorado su dolor.

Historia clínica

Antecedentes: no alergias. Síndrome ansioso depresivo. Fibromialgia.

Paciente de 46 años con dolor crónico por fibromialgia que consulta porque ha empeorado su dolor habitual, refiere dolor a nivel de la musculatura cervical, dorsal y lumbar, negando traumatismo previo. Tratamiento: alprazolam 0,5mg si ansiedad; ciclobenzaprina 10mg en la mañana, lorazepam 1mg noche. Toma tramadol 400mg/día.

Exploración: Auscultación: tonos rítmicos a 65 latidos, buen MMVV. Dolor a la palpación en musculatura paravertebral, dorsal y lumbar. No dolor a la palpación de apófisis espinosas, no dolor a la percusión de los cuerpos vertebrales. Laseague negativo, Bragard negativo.

Pruebas complementarias: analítica: sin interés. RX de columna lumbar: leve rectificación de la columna lumbar. RMN de columna lumbar: imágenes sugerentes de discopatía degenerativa con hipointensidad generalizada de forma predominante en los últimos interespacios lumbares y protrusiones difusas de los anillos fibrosos L4-L5 y L5-S1.

Plan de actuación. Iniciamos tratamiento con oxicodona/naloxona a 20/10mg; fluoxetina; diazepam hasta 20 mg/día; pregabalina a dosis de 150 mg/día. Retiramos: alprazolam, ciclobenzaprina, lorazepam y tramadol. Recomendamos ejercicios de fortalecimiento de musculatura lumbar y dorsal.

Revisiones. La paciente continúa con dolor, escasa mejoría. Informamos de la importancia complementar el tratamiento con ejercicio físico. Vuelve a consultar y aumentamos dosis de oxicodona-naloxona a 40mg/20mg al día y pregabalina. La paciente rechaza control por unidad del dolor.

Conclusiones

Es muy importante que los médicos de atención primaria conozcamos el manejo de opioides, dado que gran parte de nuestras consultas son por dolor. Tenemos recursos para iniciar antidepresivos si es preciso, sobre todo indicado para la fibromialgia, aunque esté en tratamiento con tramadol, como sería su sustitución por opioides de tercer escalón a baja dosis. La fibromialgia no es una patología banal y este caso nos ilustra el grado de complejidad que puede llegar a alcanzar. El tratamiento intenso del dolor debe ser puntual y adecuado a las características del dolor, y nunca debe de sustituir al ejercicio físico.

Palabras Clave

Fibromialgia, dolor crónico, opioides.

Dolor abdominal en paciente cardiópata

Rodas Díaz M¹, Natera Martín M²

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Torrox. Málaga

² Médico Adjunto de Medicina. UGC Torrox. Málaga

Ámbito del caso

Atención primaria. Urgencias hospitalarias. Medicina intensiva. Cirugía cardiovascular.

Motivos de consulta

Dolor abdominal irradiado a región interescapular.

Historia clínica

Enfoque individual. Antecedentes personales: no alergias medicamentosas. Hipertensión. Diabetes mellitus. Dislipemia. Hipertrofia prostática benigna. Angor estable. Aneurisma aorta ascendente. Accidente isquémico transitorio. Intervención quirúrgica: aneurisma aorta ascendente injerto ortoaórtico. Tratamiento: eprosartan, bisoprolol, triflusal.

Anamnesis: acude 3 días antes a urgencias por dolor centrotorácico que cedió tras parche de nitroglicerina (reconocido como dolor de características anginosas); electrocardiograma, troponinas normales. El día anterior consulta por dolor en hemitórax izquierdo irradiado a espalda y brazo izquierdo; electrocardiograma, troponinas normales. En esta ocasión presenta epigastralgia irradiada a región interescapular.

Exploración: regular estado general. Palidez cutánea. TA 140/80mmHg. BM test 142mg/dl. Auscultación: tonos rítmicos sin soplos. Buen murmullo vesicular sin ruidos patológicos. Abdomen: globuloso. Defensa abdominal. Dolor generalizado, más en hemiabdomen izquierdo. Murphy y Blumberg negativos. Pulsos femorales conservados, simétricos. Aumento del dolor en abdomen y espalda al palpar pulsos femorales. Extremidades: normales. Traslado al hospital de referencia por sospecha de síndrome aneurismático agudo.

Pruebas complementarias: electrocardiograma y troponinas normales. Radiografía tórax: ensanchamiento mediastino superior, elongación aórtica. Angio-tac: aneurisma aorta torácica desde salida de troncos supraaórticos sin signos de rotura. Hematoma intramural en aorta torácica descendente. Hematoma mediastínico posterior.

Enfoque familiar y comunitario: núcleo familiar normofuncional, buen apoyo social. No antecedentes familiares de interés.

Juicio clínico: síndrome aneurismático agudo.

Diagnóstico diferencial: infarto agudo miocardio, angor.

Tratamiento, plan de actuación: Derivación a hospital de referencia para valoración por cirugía cardiovascular.

Evolución: ingresa en UCI. A los 4 días, nuevo angio-tac: aneurisma aorta torácica desde salida de troncos supraaórticos. Úlcera aorta torácica descendente proximal con hematoma intramural en aorta posterior. A la semana, cateterismo por empeoramiento clínico. Tras 5 días, bypass carótido-subclavio izquierdo, colocación de endoprótesis. Angio-tac control: fuga tipo II a través de arteria subclavia izquierda, derrame pleural izquierdo, bypass carótido-subclavio izquierdo permeable. A los 9 días, arteriografía para implantación de coil en subclavia izquierda. A los 2 días, alta a domicilio.

Conclusiones

El dolor torácico puede no ser siempre un síndrome coronario agudo. Ante un dolor abdominal difuso o el descrito por nuestro paciente (trasfixiante), pensar tanto en causa digestiva como en causa cardiovascular.

Palabras Clave

Aneurysm aortic, acute myocardial infarction, angina

La importancia de descartar fracturas tras traumatismos en anciano frágil para evitar posibles complicaciones

Guerrero Feria B¹, Cotoñana R², González Bravo J²

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Gibralfaro. Huelva

² MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Isla Chica. Huelva

Ámbito del caso

Urgencias hospitalarias.

Motivos de consulta

Dolor intenso e incapacitante que no cede tras traumatismo costal moderado.

Historia clínica

Antecedentes personales: mujer de 84 años, alérgica a sulfamidas; hipertensa, diabética y dislipémica; fibrilación auricular permanente anticoagulada con apixabán, síndrome depresivo. Basalmente independiente para actividades básicas. Funciones superiores conservadas. En tratamiento con apixabán, ácido acetilsalicílico, diltiazem, ramipril/hidroclorotiazida, nifedipino, simvastatina, metformina, duloxetina.

Anamnesis: caída accidental hace 6 días al levantarse, con traumatismo costal derecho al golpear con mueble. Dolor intenso desde entonces, imposibilidad para deambulación, encamamiento y sensación disnea. Varias consultas por este motivo, recibiendo tratamiento analgésico, hasta que finalmente se solicita radiografía de tórax visualizándose múltiples fracturas costales y derrame pleural importante.

Exploración: afectada por dolor, consciente, orientada, eupneica. Cifras tensionales normales. Saturación de oxígeno 95%, aire ambiente. Frecuencia cardíaca normal. Auscultación pulmonar con disminución de murmullo vesicular en base derecha. Equimosis y dolor a palpación latero posterior derecha en últimos arcos costales. Resto normal.

Pruebas complementarias: en TAC de tórax fracturas de múltiples arcos costales derechos, de 6º a 11º, y extenso hemotórax derecho, de base a vértice con atelectasia pasiva.

Juicio clínico: hemotórax derecho como complicación de múltiples fracturas costales traumáticas en paciente anciano y anticoagulado.

Diagnóstico diferencial: fracturas costales patológicas, hemotórax no traumático, hemotórax espontáneo.

Plan de actuación: dada la estabilidad hemodinámica de la paciente y el alto riesgo que implica colocar drenaje pleural urgente a un paciente anticoagulado, ingresa en cirugía torácica para colocación diferida en 48 horas.

Tratamiento: drenaje toracoscópico pleural. Analgésicos opioides mayores intravenosos. Enoxaparina intramuscular. Rehabilitación respiratoria.

Evolución: mejoría clínica y resolución radiológica. Inicia deambulación. Se reintroduce anticoagulación en su centro de salud.

Conclusiones

Los traumatismos torácicos son un problema frecuente en nuestro medio, siendo las fracturas costales la lesión más frecuente. A partir de tres fracturas, las complicaciones y la mortalidad aumentan significativamente. En el anciano, incluso traumatismos torácicos moderados pueden provocar fracturas múltiples y comorbilidades graves. En la mayoría de casos, medidas sencillas de diagnóstico y tratamiento, factibles en atención primaria, pueden prevenir situaciones de extrema gravedad e incluso la muerte. Igualmente destacar la importancia de la prevención de caídas en mayores de 65 años, aún más en pacientes anticoagulados, por el riesgo sumado que esto implica.

Palabras Clave

Rib fracture; hemothorax; frail elderly.

Prurito y edema palpebral como manifestación de síndrome paraneoplásico

Rodríguez De La Rosa L¹, Guevara Zuazo B², García Sardón P²

¹ Médico de Familia (SCCU). Hospital Infanta Elena. Huelva

² MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Infanta Elena. Huelva

Ámbito del caso

Caso clínico valorado en un servicio de urgencias, remitido desde atención primaria.

Motivos de consulta

Prurito, decaimiento, astenia, pérdida de apetito y edema palpebral.

Historia clínica

Paciente varón de 63 años con AP de tabaquismo desde los 16 años, que consulta de forma repetida en su centro de salud por prurito generalizado en los últimos 4 meses, sin respuesta a diferentes pautas de antihistamínicos. Hace 15 días refiere además astenia, hiporexia y pérdida de peso de 3 kg. Se decide ampliar estudio ante la presencia de edemas palpebrales y telangiectasias en región anterior del tronco.

En la exploración destaca leve palidez cutánea, edemas en párpados y de forma más ligera en mano derecha. Presenta además dolor de perfil pleurítico y selectivo en región dorsal paravertebral derecha, así como signos de vasodilatación en plexo vascular anterior del tronco.

Se solicita estudio analítico, destacando la elevación de VSG (77 mm/h), HB 9.9 y leucocitos 12.200. RX. Torax AP y LAT: masa pulmonar de gran tamaño en LSD y ensanchamiento mediastínico.

Diagnóstico: adenocarcinoma en vértice pulmonar derecho con afectación de la pared torácica y colapso parcial de vena cava superior, así como metástasis y conglomerados adenopáticos mediastínicos (ESTADIO IV, T3, N3, M1B)

El caso descrito fue propuesto en sesión conjunta con servicio de oncología, se administró radioterapia paliativa por síndrome de vena vaca superior, y finalmente se produjo el fallecimiento del paciente en corto periodo de tiempo por hemorragia digestiva (probable infiltración neoplásica de colon por masa localizada en región pararenal izda).

Conclusiones

Las neoplasias ocasionan una serie de signos y síntomas debidos a procesos invasivos, obstructivos y al propio volumen tumoral, tanto a nivel del primario como en las metástasis regionales y a distancia. En el caso descrito el prurito fue una manifestación de la liberación de citoquinas que se produce en algunas neoplasias y el edema resultó ser consecuencia de la compresión de la vena cava superior. Esto nos hace pensar sobre la importancia de no banalizar este tipo de síntomas fundamentalmente cuando se mantienen en el tiempo y descartamos otras patologías previamente.

Palabras Clave

Itching (prurito), edema (edema), adenocarcinoma (adenocarcinoma).

Estudio piloto: prevalencia de trastornos temporomandibulares en ancianos

Bejarano Ávila G¹, Sánchez García M², Reyes Gilabert E¹, García Palma A¹, Luque Romero L³

¹ Odontóloga. UGC Bucodental. DS Aljarafe Sevilla-Norte. Sevilla

² Médica de Familia. CS Alcalá de Guadaira. Sevilla

³ Médico de Familia. UGC DS Aljarafe Sevilla Norte. Sevilla

Objetivos

Analizar la prevalencia de trastornos temporo mandibulares (TTM) en pacientes institucionalizados y su relación con la pluripatología y estado de salud oral.

Diseño

Estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento

Atención primaria.

Material y método

Población y selección: pacientes (>65 años) institucionalizados de zona básica salud con consentimiento informado.

Muestra representativa de la población geriátrica institucionalizada de Andalucía occidental, eligiéndose al azar una residencia en el medio rural.

Variable dependiente: patología atm (chasquido, autocorrección de la dislocación, dislocación y dolor). Variables independientes: edad, sexo, edentulismo, estado protético, pluripatología y polimedicación. Análisis: descriptivo y bivariado. Significación si $p < 0,05$ e intervalo de confianza al 95%.

Resultados

Se analizaron 30 pacientes, 73,3% mujeres. Edad mediana (P25-P75): 86,5 (82,9-89,1) años. El 60% eran edéntulos. El 80% necesitaban una prótesis dental, pero sólo el 26, 6% la portaban. El 60% eran pluripatológicos. Un 40,0% tenían chasquido de la ATM, un 3,3% autocorrección de la dislocación y otro 3,3% dolor de la atm. El 10% no se pudo valorar por falta de colaboración.

No encontramos asociación con significación estadística entre la presencia de patología de la atm y las variables independientes estudiadas. Sólo encontramos que la edad mediana de las mujeres era estadísticamente superior a la de los hombres.

Conclusiones

Aun siendo nuestra muestra de pequeño tamaño por ser un estudio piloto, coincidimos con otros autores en que la prevalencia de TTM es inferior a la de la población de 30-40 años y que no se asocia con la edad, el sexo, el edentulismo, el estado prostodónico, las necesidades protésicas, ni con la presencia de pluripatología ni polimedicación.

Palabras Clave

Temporomandibular joint disorders, aged, institutionalization

Sensación de vuelco al corazón

Moraleda Barba S¹, Arias De Saavedra Criado M¹, Pérez Rama E²

¹ Médico de Familia. UGC Virgen de la Capilla. Jaén

² Médico de Familia. UGC Arjona. Jaén

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de consulta

Cansancio y sensación de vuelco al corazón.

Historia clínica

Antecedentes personales: no factores de riesgo cardiovascular.

Anamnesis: paciente de 70 años que no toma fármacos en la actualidad y consulta por cansancio, disnea ocasional y sensación de vuelco al corazón. No episodios de dolor torácico.

Exploración: TA 120/60 mmhg, peso 67 kg, talla 1,58 cm. Buen estado general, palidez cutánea, no cianosis. ACP: soplo diastólico en el 2º espacio intercostal paraesternal, buena ventilación pulmonar. No edemas.

Pruebas complementarias: electrocardiograma ritmo sinusal a 70 lpm, extrasístole supraventricular aislada y bloqueo sinoauricular de 2º grado tipo 1 o Mobitz I. Eje normal, QRS s estrecho. Analítica básica normal.

Enfoque familiar y comunitario: paciente viuda, de clase social media y analfabeta. Tiene dos hijos que viven en la ciudad y buena relación familiar. Ciclo vital familiar fase vi disolución.

Juicio clínico: disnea de esfuerzo a estudio.

Diagnóstico diferencial: cardiopatías que cursen con disnea de esfuerzo y arritmias.

Identificación de problemas: ante la ausencia de diagnóstico no podemos pautar tratamiento farmacológico para su demanda. Explicamos la clínica de angor para que ante su aparición, acuda al servicio de urgencias de atención primaria.

Tratamiento: no precisa.

Planes de actuación: se deriva a consulta de cardiología con carácter normal.

Evolución: el cardiólogo diagnosticó a la paciente de insuficiencia aórtica ligera - moderada, dilatación de raíz aórtica ligera e insuficiencia tricuspídea ligera. El resultado de la ecocardiografía fue vi no dilatado, fe conservada, AI ligeramente dilatada. Raíz aórtica 42mm. Iao con yet central que supera el TSVI en 4c (II/IV) it ligera con velocidad 2 m/seg. Continua en seguimiento compartido con cardiología.

Conclusiones

Las causas más frecuentes son las endocarditis reumáticas, la dilatación de la raíz aórtica y las endocarditis infecciosas. Tras muchos años asintomáticos, debutan con disnea de esfuerzo paroxística (por descompensación del ventrículo izquierdo), lipotimia y crisis de dolor precordial. No existe fármacos específicos y este caso no reúnen criterios de tratamiento quirúrgico. El médico de familia garantizará la continuidad asistencial de este paciente crónico, atendiendo a los cambios que se deriven de la posible evolución del caso y facilitará la atención que debe recibir del nivel hospitalario en su seguimiento.

Palabras Clave

Dyspnea; arrhythmias, cardiac; aortic valve insufficiency.

Me duele todo

Moraleda Barba S¹, Arias De Saavedra Criado M¹, Pérez Rama E²

¹ Médico de Familia. UGC Virgen de la Capilla. Jaén

² Médico de Familia. UGC Arjona. Jaén

Ámbito del caso

Atención primaria

Motivos de consulta

Me duelen las manos, hombros, rodillas y estoy cansada.

Historia clínica

Antecedentes personales fumadora 1,5 paquetes/año.

Anamnesis: mujer de 22 años con cuadro de cansancio, fotosensibilidad y dolor en ambas manos de un año de evolución. En las últimas semanas también dolor en hombro derecho y rodillas.

Exploración: TA 110/70. Peso 50 kg, buen estado general y enrojecimiento general, no adenopatías, tiroides ligeramente aumentado. ACP, abdomen y neurológico normal. Extremidades: leves signos de inflamación (tumefacción, rubor y calor) en 4 articulaciones MCF e IFP. No limitación funcional.

Pruebas complementarias: radiografías manos, hombro y tórax normal. Pruebas de laboratorio: normal, salvo VSG 21, anas positivo 1/2560, FR+, ASLO-, PCR -.

Enfoque familiar y comunitario: mujer de clase social media, con pareja estable, estudiante, vive con sus padres y no tiene hermanos. Ciclo vital familiar etapa III final de la extensión.

Juicio clínico: se confirmó el diagnóstico de artritis reumatoide, utilizando los nuevos criterios de clasificación para la artritis reumatoide (2010): presenta al menos una articulación con sinovitis clínica (y no se explica con el padecimiento de otra enfermedad), puntuación ≥ 6 en el nuevo sistema de puntuación: 4-10 articulaciones pequeñas afectadas (3 puntos), serología FR + (2 puntos), VSG + (1 punto), duración ≥ 6 semanas (1 punto).

Diagnóstico diferencial: del dolor inflamatorio o colagenosis; lupus eritematoso sistémico, Sjogren, enfermedad mixta tejido conectivo, polimiositis, dermatomiositis, esclerodermia, artropatía seronegativa, Still del adulto, vasculitis y artritis reumatoide.

Identificación de problemas: las formas de conectivopatía de comienzo insidioso son las que plantean mayor dificultad diagnóstica. La clínica nos orientó a un proceso inflamatorio con probable repercusión sistémica (astenia, fotosensibilidad).

Tratamiento: antiinflamatorios hasta valoración por reumatología.

Planes de actuación: la sospecha de conectivopatía obliga a derivar al paciente de forma preferente.

Evolución: la paciente mejoró con metotrexato, ácido fólico y antiinflamatorios no esteroideos. Continúa en seguimiento compartido con reumatología.

Conclusiones

La sospecha de las formas de inicio insidioso de las conectivopatías es responsabilidad del médico de familia. Debe ser lo más precoz posible y se basa en la anamnesis y exploración sistemáticas y rigurosas.

Palabras Clave

Arthritis, rheumatoid; asthenia; photosensitivity disorders

Mejora del seguimiento de la bacteriuria de cribado de embarazadas: estudio de intervención controlado

Tormo Molina J¹, Herrador Lindes J², Ceballos Fernández C², Gutiérrez Fernández J³, Ruiz Pérez De La Blanca M², Huertas Jiménez J²

¹ Médico de Familia. CS Gran Capitán. Granada

² CS Gran Capitán. Granada

³ Servicio de Microbiología. Hospital Virgen de Las Nieves. Granada

Objetivos

Determinar si una intervención informativa con profesionales mejora el seguimiento de las bacteriurias encontradas en el cribado que se lleva a cabo en el proceso embarazo.

Diseño

Estudio de intervención con grupo control.

Emplazamiento

Dos centros de salud urbanos. Centro de intervención: 24 médicos de familia, 38000 usuarios. Centro de control: 14 médicos de familia, 20000 usuarios.

Material y método

Sujetos: todas las mujeres incluidas en proceso embarazo ambos centros, años 2013 y 2015.

Variables principales: petición de urocultivo de cribado a mujeres embarazadas; seguimiento adecuado de las bacteriurias encontradas (tratamiento y repetición seriada de urocultivo hasta negatividad).

Intervención: sesiones clínicas informativas con los profesionales del centro de intervención tras resultados auditoría 2013.

Estadística: estudio de mejora de calidad con estadística univariante y bivalente con ji cuadrado.

Resultados

Durante el año 2013, en los grupos intervención y control se atendieron 205 y 206 embarazadas, respectivamente, se solicitaron 183 (89,2%) y 195 (94,6%) urocultivos de cribado, de los que fueron positivos 23 (12,6%) y 23 (11,7%) y se realizó seguimiento correcto en 11 (47,8%) y 10 (43,5%), Durante el año 2015, en los grupos intervención y control se atendieron 234 y 177 embarazadas, respectivamente; se solicitaron 226 (96,6%) y 174 (98,8%) urocultivos de cribado, de los que fueron positivos 18 (7,9%) y 13 (7,5%) y se realizó seguimiento correcto en 16 (88,8%) y 11 (84,6%).

Conclusiones

La mejora obtenida en el centro de intervención en el seguimiento de los urocultivos de cribado positivos de las embarazadas no parece deberse a la intervención con los profesionales, ya que existe un porcentaje de mejora similar en el centro control.

Palabras Clave

Urinary tract infection, primary care, pregnancy

Actuación conjunta entre atención primaria y ámbito hospitalario en paciente con fístula traqueoesofágica

Domínguez Sánchez P, Cabello Orozco C, Herrera Bernal M

Urgencias Hospital Jerez de la Frontera. Cádiz

Ámbito del caso

Urgencias hospitalarias.

Motivos de consulta

Acude derivado por su médico de atención primaria por sensación de disnea y disfagia de días de evolución.

Historia clínica

Varón de 63 años sin alergias medicamentosas.

Antecedentes personales: diabetes mellitus tipo 2, carcinoma epidermoide de tercio medio esófago con respuesta completa tras tratamiento con quimioterapia y radioterapia, estenosis esofágica residual, fístula traqueoesofágica y prótesis esofágica. Tratamiento domiciliario: fentanilo 400 mcg, lorazepam 1 mg, dexametasona 4 mg, ibuprofeno 600 mg, omeprazol 20 mg, fentanilo 100 mcg parches, metformina 850 mg.

Exploración física, a destacar crepitantes bibasales y edemas con fovea en miembros inferiores. TA: 128/77 mmhg, Tª 37,2°C.

Análítica: leucocitos 12.300, HB 11,1 g/dl, PCR 139, 40 mg/l, no otros hallazgos. Radiografía de tórax: no cardiomegalia, senos costofrénicos libres. No condensación pulmonar.

Tras no obtener resultados concluyentes se decidió ingreso en oncología para completar estudio. TAC torácico en planta: colección en canal raquídeo que parece comprimir al cordón medular, aumento de partes blandas paravertebral y destrucción ósea, compatible con espondilodiscitis contactando con pared esofágica. Engrosamiento e irregularidad de pared esofágica en relación con neoformación, adenopatía hiliar derecha y en espacio gastrohepático. Fístula esófago bronquial (exterior de la prótesis esofágica).

Enfoque familiar y comunitario: el paciente convive con su esposa, tras el diagnóstico de carcinoma epidermoide mantiene una estrecha relación con su médico de atención primaria.

Juicio clínico: espondilodiscitis, con absceso paravertebral en relación con fístula traqueoesofágica.

Evolución: valorado por neurocirugía que descartó tratamiento quirúrgico trasladándose a infeccioso. Desde su ingreso permaneció afebril con situación clínica estacionaria sin repercusión clínica del absceso objetivado. Debido a la complejidad técnica para el abordaje y punción del absceso se realizó interconsulta con radiólogo intervencionista que desestimó la punción. Al alta se contactó con oncología programando control de imagen en un mes.

Conclusiones

Nos encontramos ante un caso de difícil manejo desde el ámbito de atención primaria únicamente. El médico de familia es fundamental, ya que conoce los antecedentes personales del paciente y es capaz de decidir cuando precisa valoración hospitalaria. Gracias a la acción conjunta de atención primaria y ámbito hospitalario se actuó correctamente en este caso.

Palabras Clave

Spondylodiscitis, tracheoesophageal fistula, esophageal carcinoma

Prolapso hemorroidal recurrente

Matas Lara A¹, Gil Toscano P¹, Ruiz Domínguez A²

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Linares. Jaén

² FEA Urgencias. Hospital San Agustín. CS Linares. Jaén

Ámbito del caso

Atención primaria. Atención hospitalaria.

Motivos de consulta

Rectorragia. Dolor perianal.

Historia clínica

Mujer de 63 años que acude a consulta por presentar molestias en región ano-rectal y área coccígea, rectorragia maloliente y estreñimiento de una semana de evolución. No refiere otra sintomatología.

En la exploración destaca ingurgitación hemorroidal. Sin antecedentes personales ni familiares de interés. No refiere hábitos tóxicos.

Se pauta tratamiento con hidrosmina, corticoide tópico y baños de asiento.

La paciente presenta episodios repetidos de características similares a lo largo de cuatro meses. Se mantiene el mismo tratamiento con mejoría parcial y recurrencias. En una nueva revisión, se objetiva fisura anal en la exploración. Se deriva a cirugía para valoración, donde se realiza tacto rectal que evidencia lesión excavada en hemirrecto anterior en posición genu-pectoral. Solicitan endoscopia y resonancia magnética nuclear (RMN) pélvica de forma preferente.

La endoscopia muestra neoformación a 5 cm. Del margen anal con resto del estudio sin hallazgos. En la RMN se evidencia neoplasia de recto. Se realiza tomografía computerizada (TAC) para estudio de extensión, que resulta negativo.

Se diagnostica como adenocarcinoma rectal T3B N2 M0. Se presenta en sesión clínica multidisciplinar (cirugía, aparato digestivo, oncología) y se decide iniciar tratamiento neoadyuvante previo a resección quirúrgica.

Actualmente la paciente se encuentra recibiendo quimioterapia.

Conclusiones

El tacto rectal es una prueba de detección para hombres y mujeres. Permite revisar la parte inferior del recto y la pelvis para detectar problemas médicos, que incluyen: patología prostática. Anomalías en región perianal y recto (incluyendo procesos neoformativos). Patología ginecológica. Es importante recordar siempre que la historia clínica y la exploración física siguen constituyendo las herramientas fundamentales para un diagnóstico adecuado.

Palabras Clave

Tacto rectal, Neoplasias del recto, Hemorroides.

Evaluación de las infiltraciones articulares en atención primaria

Domínguez Zorrero I¹, Dueñas Villela C¹, García Almendro L¹, Ramírez Sánchez C¹, Pedregal González M²

¹ CS Moguer. Huelva

² UD de Medicina Familiar y Comunitaria de Huelva

Objetivos

Determinar la prevalencia del alivio del dolor tras infiltración articular y su relación con la edad, tipo de articulación y número de infiltraciones. Describir la aparición de recidivas.

Diseño

Observacional descriptivo.

Emplazamiento

Centro de salud semiurbano.

Material y método

Se seleccionaron consecutivamente 105 pacientes del programa de cirugía menor a los que se había realizado al menos una infiltración en los últimos dos años.

Variables: edad, articulación, número de infiltraciones, alivio del dolor (escala analógica del 0 a 10) y recidiva.

Análisis estadístico: media y desviación típica en cuantitativas. Porcentajes en cualitativas. Intervalos de confianza al 95 %; T-student para comparar medias y ji-cuadrado para comparar variables cualitativas. Se verificaron las condiciones de aplicación. Se utilizó SPSS 21.0

Resultados

La media de edad fue de 58,5 años (Dt 13,3). La prevalencia de alivio del dolor fue 75,24 % IC (66,32-82,78). No se encontró una relación estadísticamente significativa con la edad y el número de infiltraciones. En el codo, el alivio del dolor fue del 100 %, seguido del talón (88,9 %) y el hombro (68,4 %). Únicamente aparecieron recidivas en el 5,7 % IC (2,35-11,5).

Conclusiones

La prevalencia de alivio fue elevada. No se encontró relación con la edad y el número de infiltraciones. El alivio fue total en el codo. Las recidivas son infrecuentes.

Palabras Clave

Infiltración, Articulacion, Alivio dolor

Me tiembla la cara, ¿será cosa de Kozhevnikov?

Núñez Vaquero L¹, Carbajo Martín L², Chávez Sánchez J³

¹ Médico de Urgencias. Hospital Alta Resolución de Utrera. Sevilla

² Médico de Urgencias. Hospital Alta Resolución Utrera. Sevilla

³ Médico DCCU. Distrito Sanitario Sur De Sevilla

Ámbito del caso

Urgencias hospitalarias.

Motivos de consulta

Mioclonías faciales derechas.

Historia clínica

Paciente de 48 años de edad con los siguientes antecedentes: no alergias medicamentosas. Exfumadora. Hipertensión arterial y dislipemia. Endometriosis. Bocio nodular. Ictus bihemisférico córtico-subcortical en 2015 con origen en estado protrombótico derivado del consumo de anticonceptivos orales, tabaco y ácido tranexámico. Tratamiento actual: AAS 100 mg/24 h, atorvastatina 80 mg/24 h, omeprazol 20 mg/24 h, enoxaparina 40 mg/24 h.

La paciente acude a urgencias porque comienza con mioclonías en región facial derecha que no puede detener a voluntad de 2 horas de evolución. En la primera impresión parece un tic nervioso continuo. No ha tenido fiebre ni ha presentado cambio de medicación recientemente.

Exploración física: Afebril, buen nivel de conciencia, dirige la mirada a la llamada, afasia global en mutismo, hemianopsia homónima derecha, plejía espástica de hemicuerpo derecho con mano derecha en flexo, miembro superior izquierdo no claudica pero inferior sí. Clonías hemifaciales derechas continuas.

Pruebas complementarias en urgencias: Se realiza hemograma y bioquímica sin hallazgos relevantes. TAC craneal: múltiples lesiones hipodensas cortico subcorticales en relación con lesiones isquémicas crónicas en ambos hemisferios más evidente en el izquierdo, frontal, temporal, parietal y parieto-occipital y en el derecho a nivel frontal, así también se aprecian infartos lacunares crónicos en ganglios basales y sustancia blanca profunda más evidente izquierda. Hallazgos sin cambios significativos respecto a estudio previo. Dilatación del sistema ventricular secundaria a las referidas lesiones isquémicas siendo más evidente del ventrículo lateral izquierdo.

Diagnóstico final: Epilepsia parcial continua (síndrome kozhevnikov) en paciente con múltiples lesiones isquémicas bilaterales corticales.

Conclusiones

La identificación de la causa subyacente juega un papel importante en el tratamiento, y las imágenes diagnósticas pueden ayudar en el establecimiento de ésta. El pronóstico depende de la causa y de su tratamiento adecuado. Por lo tanto, la búsqueda de la enfermedad subyacente es de suma importancia para adecuar el tratamiento y mejorar el pronóstico en nuestra práctica diaria.

Palabras Clave

Myoclonus, stroke, epilepsy.

Neumomediastino primario espontáneo, a propósito de un caso

Cabello Orozco C, Herrera Bernal M, Domínguez P

Médica SCCU. Hospital Jerez de la Frontera. Cádiz

Ámbito del caso

Urgencias hospitalarias.

Motivos de consulta

Inflamación hemicara derecha.

Historia clínica

Varón, 27 años. No rams.

Antecedentes personales: retraso mental, trastorno disociativo de la personalidad, epilepsia, ex-consumidor de sustancias tóxicas. Refiere inflamación de hemicara derecha desde la madrugada, de aparición espontánea, que aumenta con la maniobra de Valsalva, no doloroso, no fiebre. Niega traumatismos o sobre-esfuerzos.

Exploración: COC, BEG, Glasgow 15/15, exploración neurológica normal, PICNRL; Glasgow 15/15, eupneico, TA: 140/75 mmhg. Se evidencia edema en hemicara derecha, aumenta regionalmente con la maniobra de VALSALVA en ojo derecho. Crepita a la palpación y disminuye con la digito presión, calificándolo entonces como enfisema.

Se comenta con oftalmología y ORL: descartan patología de su campo. Solicitamos TAC craneal-facial, analítica. TAC extendido a tórax por indicación de radiólogo: neumomediastino y extenso enfisema cervical y facial sin que se identifique la causa. No neumotórax, no derrame pleural, no bullas subpleurales, no imágenes de colecciones, hematomas, adenopatías significativas ni masas en mediastino. Sin alteraciones valorables intracraneales. Se comenta con cirugía torácica de hospital de referencia: diagnóstico de neumomediastino primario espontáneo. Recomienda observación del paciente 24h y derivación a ccee de su especialidad para seguimiento.

Conclusiones

El neumomediastino se define como la presencia de aire u otro gas en el mediastino. También se denomina síndrome de Hamman, descrito por primera vez en 1939. Puede ser espontáneo (NME) o traumático. Algunos autores distinguen entre nme primario, si no hay ninguna enfermedad pulmonar subyacente que lo predisponga, y NME secundario, cuando existe alguna enfermedad pulmonar.

Entidad poco frecuente que afecta sobre todo a pacientes varones jóvenes. Desencadenante más común: exacerbaciones agudas de asma, maniobra de Valsalva, vómitos, infecciones respiratorias, cetoacidosis diabética, rotura del esófago, inhalación de cuerpo extraño, extracción dental, barotrauma o la inhalación de gas helio de globos de fiesta. En nuestro caso no se daban ninguno de éstos supuestos.

Clínica: cuadro de aparición brusca de dolor torácico retro esternal pleurítico y disnea. Algunos pacientes presentan disfagia, dolor o inflamación del cuello, tortícolis, disfonía, dolor abdominal.

Diagnóstico diferencial: pericarditis y perforación del esófago.

Tratamiento: conservador con analgesia, descanso, evitando maniobras que aumentan la presión pulmonar (Valsalva o espiración forzada, incluida espirometría). El NME masivo puede complicarse produciendo un neumomediastino a tensión.

Palabras Clave

Spontaneous pneumomediastinum, Young adults, Mediastinal emphysema

El cáncer suprarrenal detrás del hirsutismo. A propósito de un caso

Vázquez Mancilla E¹, Santos Moyano M², Moreno Freire S³

¹ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Delicias. Málaga

² MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Carranque. Málaga

³ Radióloga. Clínica Martí-Torres. Málaga

Ámbito del caso

Atención primaria y hospitalaria.

Motivos de consulta

Obesidad, hirsutismo y ciclos irregulares.

Historia clínica

Paciente de 31 años, sin alergias medicamentosas. Con antecedentes de síndrome antifosfolípido, obesidad, genu valgo, hidrosadenitis axilar recidivante, hipotiroidismo, RGE y colelitiasis biliar. Intervenido de quiste dermoide coxal e hidrosadenitis axilar severa. En tratamiento con eutirox 50mg/24h. Acude a consulta por aumento excesivo del peso, ciclos irregulares y aumento del vello corporal de 2 meses de evolución.

En exploración TA 123/86mmhg, peso 105kg. Obesidad de predominio abdominal, con estrías rojas de distensión, acantosis cervical nigricans marcada y aumento del vello en región facial, areolas mamarias y zona esternal.

Plan de actuación: la paciente se deriva a endocrinología para estudio.

Análítica sanguínea solicitada por endocrino: HB 9.20, VCM 70, hierro 31, transferrina 327, IST 6.77%, ferritina 8.3. Cortisol en orina 34.8. Test nugent: cortisol basal 15.41, acth no calculada. Solicita RMN hipofisaria (normal) y test largo de supresión de cortisol con dosis altas de DXM (cortisol tras 48horas 6.87, ACTH 7.01, CLU 216). Al tratarse de un hipercortisolismo detectado por ausencia de frenación del test débil y fuerte con ACTH normales, solicita RM adrenal: (masa suprarrenal derecha heterogénea compatible con neoplasia adrenal) y gammagrafía con yodo colesterol (masa suprarrenal derecha con comportamiento patológico).

Plan de actuación: suprarrenalectomía radical derecha laparoscópica.

Evolución: la paciente evoluciona favorablemente, es dada de alta con hidrocortisona durante 15 días y es derivada a oncología médica.

Conclusiones

El hirsutismo es un signo clínico que se manifiesta por la excesiva producción de vello en la mujer en áreas asociadas a madurez sexual masculina. Cuando se presenta debemos hacer un dx diferencial con causas que pueden producirlo: hiperandrogenismo, fármacos, hiperplasia adrenal congénita, hipotiroidismo, acromegalia, SD Cushing. Este último, es debido a la exposición excesiva a hormonas suprarrenales como el cortisol. Entre sus manifestaciones se encuentra el hirsutismo, las alteraciones menstruales, la obesidad o las estrías. Puede tener un origen hipofisario, suprarrenal o ectópico. Es por ello que se debe realizar pruebas encaminadas a buscar el origen porque una de las causas de este aumento son los tumores productores de cortisol como ocurre en esta paciente.

Palabras Clave

Hirsutism; cushing síndrome, adrenal cáncer

La importancia de la celeridad de atención ante una parada cardiorespiratoria y del conocimiento de la cadena de supervivencia

León Arévalo I¹, Bermúdez González S¹, Jiménez Cabrera M²

¹ Médico de Urgencias. H.A.R Morón de la Frontera. Sevilla

² Médico de Urgencias Y Emergencias. DCCU Sevilla Sur. Morón de la Frontera. Sevilla

Ámbito del caso

Urgencias hospitalarias y extrahospitalarias.

Motivos de consulta

Paciente que presenta en vía pública mientras pasea con su marido una pérdida brusca de conciencia.

Historia clínica

Paciente de años de edad, con AP de lupus eritematoso sistémico; enfermedad renal crónica; cardiopatía isquémica; SD antifosfolípido; HTA y no cardiopatía cerebral sin hábitos tóxicos.

Exploración física: a la llegada de DCCU, se encuentra. Hay un testigo realizando masaje cardiaco de buena calidad (fuerte, comprime de 5 a 6cm, y rápido a 100-120). Dada la proximidad de un gimnasio, el testigo manda por un DESA, que está colocado. Paciente inconsciente, no pulso, no signos de circulación. Cianosis. Actuación SVA: el ritmo inicial con palas es de fibrilación ventricular (ritmo desfibrilable) por lo que se decide desfibrilar a 200 julios. Se inicia RCP durante dos minutos, acceso venoso, y preparación para aislar vía aérea. Una vez pasados los dos minutos se analiza ritmo, y sigue en FV, por lo que se da la 2ª descarga a 200j. Tras la segunda descarga aparecen signos de recuperación espontánea. En monitor ritmo sinusal.

EKG: descenso de ST de V3-V6 y T negativa en I y AVL. Constantes: PA 100/60; saturación de oxígeno a 94%; frecuencia cardiaca: 75 lpm; frecuencia respiratoria 10 glucemia 150.

Nueva valoración: PINLA. Bajo nivel de conciencia (Glasgow 8). ACR no soplos, murmullo conservado sin estertores. Abdomen sin hallazgos. No edemas en MMII ni datos de TVP. Se decide IOT, previa sedo analgesia y relajación muscular con midazolam, cloruro morfíco y rocuronio. Medidas de neuroprotección. Cuidados postresucitación, previo a traslado a centro hospitalario útil.

Conclusiones

En la parada cardiorrespiratoria extrahospitalaria, la celeridad de la atención es importante para el paciente. En este caso la cadena de supervivencia bien realizada, aumenta las probabilidades de nuestra paciente a recuperarse sin secuelas. Saber alertar al sistema de emergencia, así como saber utilizar la cadena de supervivencia por parte de la población general y tener conocimientos de soporte vital básico aumenta la supervivencia

Palabras Clave

Life support care, Heart arrest, Heart massage

¿Será fractura vertebral?

Chamocho López M¹, Carbajo Martín L², Díaz Lozano M³

¹ Médico de Familia. Hospital de Alta Resolución Utrera. Sevilla

² Médico de Urgencias. Hospital De Alta Resolución Utrera. Sevilla

³ Especialista Medicina del Deporte. Hospital de Alta Resolución Utrera. Sevilla

Ámbito del caso

Urgencias.

Motivos de consulta

Dolor cervical intenso tras contusión craneal leve.

Historia clínica

Paciente de 35 años sin antecedentes personales de interés, ni alergias medicamentosas que acude a urgencias por notar crujido y posterior dolor intenso en el cuello tras golpearse en la cabeza con el techo del coche al ir a sentar a su hijo. Desde entonces refiere imposibilidad de movilización del cuello por incremento del dolor.

A la exploración el paciente presenta dolor a nivel de apófisis espinosas cervicales sobre todo a nivel de primeras cervicales con movilidad conservada pero muy dolorosa. Fuerza y sensibilidad presente en miembros superiores.

¿qué hacemos? Se trata de un mecanismo de acción bastante leve pero el paciente se encuentra muy sintomático. Se realiza radiografía anteroposterior y lateral de columna cervical donde se aprecia una imagen sugerente de fractura del arco posterior del atlas. Ante estos hallazgos se decide traslado con inmovilización cervical completa a hospital de referencia.

Juicio clínico: fractura del arco posterior del atlas.

Se realiza TAC de cuello donde se observa una anomalía congénita del arco posterior del atlas tipo c de currarino, no se evidencian fracturas.

Evolución: el paciente tras permanecer en observación constatando a través del TAC que no es una fractura es dado de alta

Conclusiones

Se trata de una agenesia del arco posterior del atlas, que están clasificadas en 5 tipos dependiendo de la extensión del defecto de cierre del arco y de la presencia o ausencia de tubérculo posterior. En nuestro caso es un tipo c, es decir, un defecto de ambos hemiarcos laterales con conservación de la parte más dorsal del arco posterior. Con esta radiografía es imprescindible completar estudio ya que existe una duda más que razonable de que se trate de una fractura vertebral.

Palabras Clave

Cervical atlas, Fracture, Cervical vertebra

Síndrome del seno enfermo

Molero Del Río M¹, Amodeo Arahal M¹, Sánchez De León Cabrera M²

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Porvenir. Sevilla

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. Alcázar de San Juan. Ciudad Real

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de consulta

Disnea, palpitaciones y astenia.

Historia clínica

Enfoque individual: mujer de 75 años. Tratamiento: eutirox, furosemida, apidra, bisoprolol, vígamox, fero-gradumet. Intervenida de prótesis valvular mecánica mitral y aórtica, más anuloplastia tricuspídea. Hipertensión.

Anamnesis: acudió por aparición en últimas 48 horas de aumento de su disnea y sensación de palpitaciones. Afebril. No expectoración. No escalofríos ni tiritonas.

Exploración: buen estado general, consciente, orientado y colaborador. Eupneica, saturación al 97% sin suplemento de oxígeno. TA 140/80mmHg. Afebril. Disnea. Murmullo vesicular conservado con roncus dispersos por ambos campos pulmonares. Corazón rítmico a 150 latidos por minuto (LPM) sin soplos. No edemas de miembros inferiores. Pulsos normales.

Pruebas complementarias: electrocardiograma: taquicardia supraventricular a 150 lpm

Enfoque familiar y comunitario: familia nuclear simple en etapa de contracción (etapa IV). Medio-alto nivel sociocultural. Buen apoyo social por familiares.

Juicio clínico: síndrome del seno enfermo.

Diagnóstico diferencial: fibrilación auricular, bloqueo auriculoventricular, bradicardia extrema.

Tratamiento: no necesita. Según evolución puede llegar a necesitar marcapasos.

Evolución: se administra propranolol 40mg y se remite a urgencias hospitalarias cediendo la taquicardia. A las 48h acude a centro de salud por nuevos episodios de similares características: palpitaciones y disnea. En electrocardiograma en ese momento se observa al comienzo una taquicardia sinusal a 130 lpm pasando espontáneamente a 52 lpm sin ninguna medida para frenarla.

Conclusiones

Es muy importante realizar una buena anamnesis y exploración, así como conocer esta patología para poder llevar a cabo su diagnóstico. Se trata de una patología infradiagnosticada y teniendo en cuenta la cantidad de pacientes que tenemos y que cada vez son más longevos, la prevalencia de esta enfermedad es mayor.

Palabras Clave

Sick sinus syndrome, Bradycardia, Arrhythmias cardiac

Me duele la espalda

Vázquez González N¹, Cintado Sillero M², Vázquez Alarcón R³

¹ Médico de Urgencias. Hospital Quiron. Málaga

² Médico de Urgencias. Hospital Alta Resolución. Benalmádena (Málaga)

³ Médico de Familia. CS Vera. Almería

Ámbito del caso

Atención primaria, urgencias y especializada.

Motivos de consulta

Dolor lumbar.

Historia clínica

Antecedentes personales: fumador 35 cigarrillos/día, etilismo importante hasta hace 15 años.

Anamnesis: varón, 53 años, dolor en ambas fosas renales de dos días de evolución sin otros síntomas acompañantes. En el último mes pérdida de 6kg, astenia e hiporexia que relaciona con el trabajo. Tres días después acude por persistencia del dolor con irradiación a epigastrio y orina colúrica.

Exploración: dolor ala palpación en epigastrio con signos de irritación peritoneal.

Pruebas complementarias: analítica: actividad protrombina 33%, INR 1,94, GOT 76, GPT 84, GGT 497, bilirrubina 5,2, FA 234, LDH 766, PCR 13,5. Resto normal. CEA y PSA normal, CA 19,9: 5395. RX tórax: ICT aumentado, resto normal. RX abdomen: luminograma aéreo inespecífico con presencia de gas distal. Ecografía abdomen: múltiples loes en ambos lóbulos hepáticos con halo hipocogénico y distinto tamaño que plantea descartar proceso neoplásico. TAC tóraco-abdominal: varios nódulos en parénquima pulmonar, el mayor de 7mm de aspecto inespecífico. Masa en cola pancreática de 11x9cm que engloba arteria esplénica, colapsa vena esplénica e infiltra pared suprarrenal izquierda. Adenopatías peripancreáticas y retroperitoneales de tamaño patológico. Pequeña cantidad de líquido libre periesplénico, perihepático y pélvico. Ecoendoscopia: a nivel de cola de páncreas masa >5 cm de aspecto irregular.

Enfoque familiar y comunitario: camarero. Casado. 2 hijos. Buena red social.

Juicio clínico: neoplasia de páncreas estadio IV.

Diagnóstico diferencial: cólico renal, cólico biliar, pancreatitis.

Identificación de problemas: único soporte económico familiar.

Tratamiento, planes de actuación: en el hospital permanece estable con buena tolerancia oral aunque con dolor abdominal. Se presenta en comité para tratamiento paliativo y se remite a Cudeca. Al alta, tratamiento con paracetamol.

Evolución: durante su estancia domiciliaria precisa de varias visitas domiciliarias por disnea (derrame pleural derecho) tanto por médico de atención primaria como por Cudeca y dispositivos de urgencias. En la última visita, el paciente solicita traslado a centro de Cudeca para ingreso por sobrecarga familiar. Fallece tres semanas después.

Conclusiones

Importancia del seguimiento del paciente y su familia tras el diagnóstico aportando apoyo biopsicosocial.

Palabras Clave

Abdominal pain, renal colic, biliary tract diseases.

Lo que se esconde detrás de la ansiedad

Valdivieso Rodríguez R, Ruiz Andrés C, Segura Garrido C

MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Huétor-Tájar. Granada

Ámbito del caso

Atención hospitalaria, servicio de urgencias.

Motivos de consulta

Opresión centrotorácica y disnea.

Historia clínica

Antecedentes personales: dislipemia familiar, trastorno de ansiedad. Sin tratamiento.

Anamnesis: varón de 36 años de edad que consulta por opresión centrotorácica y zona paraesternal izquierda desde hace dos semanas, que se acompaña de “pinchazos”, casi constante. Se deriva a domicilio con tratamiento con benzodiazepinas. Consulta por segunda vez a los tres días porque el dolor se irradia a costado derecho. Además tos con la inspiración profunda y disnea de moderados esfuerzos. Sensación distérmica no termometrada, con sudoración nocturna profusa. Sensación de ocupación faríngea.

Exploración: no sensación de enfermedad, buen estado general. Eupneico en reposo. Dudosa adenopatía en fosa supraclavicular izquierda. Constantes: tensión arterial 143/77, temperatura 37°C, saturación oxígeno 96%. Exploración física anodina.

Pruebas complementarias: analítica sin alteraciones destacables. Radiografía tórax: lesión de bordes bien definidos en zona anterior de lóbulo superior izquierdo, en mediastino. Electrocardiograma: ritmo sinusal a 64 latidos por minuto, no alteraciones de la repolarización. TAC con contraste intravenoso de tórax y abdomen: masa en mediastino anterior de 8.5 cm de diámetro de borde bien definido sugerente de linfoma. Resto de estudio sin hallazgos patológicos.

Enfoque comunitario: hostelero (actualmente en paro) licenciado en antropología. Vive en su domicilio con su pareja. Refiere estrés por su situación laboral y por problemas con los vecinos.

Juicio clínico: masa en mediastino anterior pendiente de filiación.

Diagnóstico diferencial: masas más frecuentes en mediastino anterior: timomas, teratomas, masas tiroideas y linfoma; mediastino medio: lesiones vasculares, adenopatías y quistes pleuropericárdicos o broncogénicos. En el posterior: tumores neurogénicos, meningoceles, mielomeningoceles, quistes gastroentéricos y divertículos esofágicos.

Tratamiento: ingreso en planta de neumología para completar estudio.

Evolución: diagnóstico definitivo: linfoma B difuso de células grandes. En tratamiento con radioterapia y quimioterapia actualmente.

Conclusiones

Con frecuencia menospreciamos algunos síntomas que nos parecen poco importantes y orientamos todo el diagnóstico y tratamiento en ese sentido. Como médicos de atención primaria debemos tener siempre en mente los posibles diagnósticos diferenciales y pensar más allá del síntoma que se nos presenta inicialmente, ya que lo que pudiera ser un síntoma poco importante, puede ser el primer síntoma de alguna enfermedad grave.

Palabras Clave

Lymphoma, dyspnea, anxiety.

No puedo arreglar mis flores

Vázquez González N¹, Cañete Vargas M², Vázquez Alarcón, R³

¹ Médico de Urgencias. Hospital Quirón. Málaga

² Médico de Dispositivo de Apoyo. CS San Pedro de Alcántara. Marbella (Málaga)

³ Médico de Familia. CS Vera. Almería

Ámbito del caso

Atención primaria, urgencias y especializada.

Motivos de consulta

Cansancio.

Historia clínica

Antecedentes personales: hipertensión arterial, diabetes tipo II, dislipemia.

Anamnesis: varón, 92 años, consulta por presentar astenia progresiva en las últimas tres semanas (refiere que ya no es capaz de trabajar en su jardín). Tras la entrevista comenta que tiene heces más oscuras de lo habitual con hábito intestinal conservado.

Exploración: destaca palidez cutáneo-mucosa. Resto normal incluyendo el tacto rectal.

Pruebas complementarias: Analítica: hemoglobina 6.4, VCM 88. Resto normal. Sangre oculta en heces: positiva. Endoscopia digestiva alta: sin hallazgos patológicos. Colonoscopia: divertículos de boca ancha y colon espástico, de predominio en sigma y colon izquierdo, pero también en tramas más proximales e incluso en ciego sin evidencia de sangrado. Restos de heces líquidas melénicas en todo el recorrido. Lesiones vasculares arborescentes pequeñas en sigma sin estigmas de sangrado.

Enfoque familiar y comunitario: independiente. Vive sólo con la ayuda y supervisión de sus 3 hijos con los que mantiene una buena relación.

Juicio clínico: anemia microcítica-hipocrómica por pérdidas digestivas. Angiodisplasias en sigma. Diverticulosis sigmoidea.

Diagnóstico diferencial: procesos inflamatorios crónicos o neoplasias; β -talasemia menor; anemia sideroblástica congénita.

Identificación de problemas: durante las dos semanas que tardó en realizarse todas las pruebas el paciente acudió a urgencias hospitalarias en 6 ocasiones por astenia, aunque solo precisó una transfusión.

Tratamiento, planes de actuación: se derivó al hospital para transfusión sanguínea y estudio.

Evolución: el paciente acudía reiteradamente a la consulta por el temor que tenía a padecer algún tipo de neoplasia. Tras la colonoscopia, se le explicó que la angiodisplasia de sigma es muy frecuente en gente mayor y que su pronóstico es bueno cuando se controla el sangrado; disminuyendo de esta forma el número de consultas que realiza.

Conclusiones

Importancia de interrogar bien al paciente y abordar no solo la parte física, sino indagar sobre los miedos que pueda tener ya que nos puede ayudar a evitar consultas reiteradas.

Palabras Clave

Fatigue, anemia, angiodysplasia.

Dolor: el síntoma olvidado en el paciente oncológico

Valdivieso Rodríguez R, Segura Garrido C, Ruiz Andrés C

MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Huétor-Tájar. Granada

Ámbito del caso

Atención hospitalaria, servicio de urgencias.

Motivos de consulta

Dolor epigástrico.

Historia clínica

Antecedentes personales: diabetes mellitus 2. Hiperplasia benigna de próstata. Hiperreactividad bronquial. Diagnóstico reciente de neoplasia de cardias en situación terminal. Ex-fumador hace más 30 años.

Anamnesis: varón de 84 años de edad que acude por tercera vez al servicio de urgencias en doce días. En las dos ocasiones anteriores, a pesar de consultar por dolor, se objetiva anemia severa que requirieron transfusiones de dos concentrados de hematíes. Esta vez se objetiva de nuevo anemia severa, aunque el paciente no refiere clínica asociada, sí dolor en epigastrio con irradiación en cinturón y dificultad para la deglución. El paciente refiere tomar 1 gramo de paracetamol al día para tratar el dolor.

Exploración: consciente, orientado, palidez mucocutánea. Eupneico en reposo. Deshidratación leve de piel y mucosas. Tensión arterial 149/87, 94 latidos por minuto (lpm). Saturación oxígeno 94%. Auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen doloroso a la palpación en epigastrio e hipocondrio derecho, sin signos de peritonismo.

Pruebas complementarias: electrocardiograma: ritmo sinusal a 94 lpm, eje normal, no signos de isquemia. Analítica: anemia (hemoglobina 7,2), normocítica, y trombocitosis. Resto sin alteraciones de interés.

Enfoque comunitario: casado, vive con su esposa e hija, independiente para actividades vida diaria. La familia no desea que conozca el diagnóstico.

Juicio clínico: neoplasia cardias en situación paliativa. Dolor no controlado.

Diagnóstico diferencial: esofagitis, acalasia, úlcera gástrica, pancreatitis, síndrome coronario agudo, aneurisma de aorta, osteocondritis, neuralgia herpética...

Tratamiento: se transfunden dos concentrados de hematíes. Se administra morfina para control del dolor. Remitimos al paciente a su médico de atención primaria para que lo ponga en contacto con cuidados paliativos.

Evolución: mejoría del dolor. Cuidados paliativos contacta con el paciente para control y seguimiento de síntomas. En espera de intervención para colocación de endoprótesis esofágica

Conclusiones

Los médicos de familia tenemos la labor fundamental de coordinar los procesos de nuestros pacientes y de hacer seguimiento continuado de estos para orientar, alentar y tratar todos aquellos síntomas que le preocupen en el transcurso de su enfermedad.

Palabras Clave

Palliative care, pain management, pancreatic neoplasm.

Insuficiencia respiratoria aguda con disociación clínico-pulsioximétrica

García Ruíz C¹, González Bravo J², Chamorro González-Ripoll C³

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Torrejón. Huelva

² MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Isla Chica. Huelva

³ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Adoratrices. Huelva

Ámbito del caso

Urgencias extrahospitalarias.

Motivos de consulta

Mareo sin pérdida de consciencia y sensación de “muerte inminente”. Sensación disneica ligera y ciertas molestias que describe como opresivas en región centrotorácica.

Historia clínica

Mujer de 59 años sin alergias medicamentosas conocidas, hipertensa, diabética tipo 2, síndrome ansioso depresivo. Medicación crónica: diazepam 5 mg, mianserina 30 mg, metformina 850 mg, alprazolam 500 mcg, omeprazol 20 mg, olmesartan 20 mg/amlodipino 5 mg, quetiapina 100 mcg, escitalopram 10 mg.

Exploración física: cierta palidez cutánea, sudoración fría, auscultación respiratoria con crepitantes hasta prácticamente vértice de hemitórax izquierdo y base de hemitórax derecho. Sin uso de musculatura abdominal ni cianosis acra. Resto anodino.

Constantes vitales: frecuencia cardíaca 80 lpm, saturación basal de oxígeno 60%, tensión arterial 105/69, temperatura 36.5º. Electrocardiograma: ritmo sinusal a 80 latidos por minuto, eje izquierdo, PR normal, bloqueo incompleto de rama derecha del haz de his. Analítica sanguínea (urgencias): glucosa 164, troponinas 37, PRO-BNP 2246, PCR 2.19, hemoglobina 9.1, hematocrito 32.1, coagulación normal. Dímero-D 3750. Angio-TAC arterias pulmonares (urgencias): estudio con hallazgos de tromboembolismo pulmonar bilateral con derrame pleural izquierdo y probable infarto pulmonar izquierdo.

Juicio clínico: tromboembolismo pulmonar bilateral con probable infarto pulmonar izquierdo.

Plan de actuación: dado que la atención inicial de la paciente fue en centro de salud, procedimos a su estabilización con oxigenoterapia al 100% y traslado posterior al hospital. Hace dos semanas, presentó caída con traumatismo craneoencefálico grado 0, con estudio radiológico hospitalario normal. Posteriormente y dado el antecedente traumático, se desestimó fibrinólisis, se procedió a anticoagulación con heparina sódica y se ingresó en unidad de cuidados intensivos.

Conclusiones

El ámbito de las urgencias extrahospitalarias presenta una especial dificultad al contar con pocos medios técnicos para establecer un diagnóstico de certeza. Llamaba especialmente la atención la falta de semiología disneica con una saturación de oxígeno tan baja, motivo por el cual se estableció como diagnóstico de presunción: tromboembolismo pulmonar y se actuó en consecuencia.

Palabras Clave

Respiratory insufficiency, syncope, chest pain

Neumonía bilateral como complicación de síndrome gripal

Madrigal Valdes J¹, Rosa González M², López Llerena Á²

¹ Médico Adjunto Urgencias. Hospital El Escorial. Madrid

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital El Escorial. Madrid

Ámbito del caso

Urgencia hospitalaria en hospital comarcal.

Motivos de consulta

Dolor torácico y fiebre.

Historia clínica

Mujer de 35 años de edad sin alergias medicamentosas, exfumadora hasta hacía dos años de 20 cigarrillos diarios sin otros antecedentes, tuvo el hijo enfermo con fiebre en las 48 horas previas, es vista en nuestro servicio de urgencias 72 horas antes por dolor torácico tipo pinchazo, odinofagia y fiebre de 38°C con tos escasa amarillenta, se diagnosticó de síndrome gripal y se dio de alta con tratamiento sintomático, radiografía inicial normal.

Regresa 72 horas después refiriendo fiebre de hasta 39°C dolor torácico pleurítico expectoración de coloración verdosa, nueva radiografía de tórax encontrándose infiltrado bilateral en lóbulo medio y en lingula 18.000 leucocitos en la analítica aunque sin insuficiencia respiratoria (saturación 96%) desde su llegada, antigenuria para neumococo y Legionella negativas), también se objetivó 500 leucos en la orina con nitritos negativos, con diagnóstico de neumonía bilateral fine 1e ITU se inició tratamiento ATB con claritromicina y ceftriaxona evolucionó torpidamente, disnea de mínimos esfuerzos sin insuficiencia respiratoria ni hipotensión, empeoramiento analítico (PCR 42) en las primeras 24 horas, por doble infección intercurrente con criterios de gravedad, se decide derivar a su hospital de referencia de tercer nivel se realiza cambio de antibiótico a piperacilina/tazobactam, durante su ingreso presentó derrame pleural de pequeña cuantía que se puncionó, el líquido resultó negativo para BAAR, encontrándose leucocitos 295 c/mm³, polimorfonucleares 40%, linfomononucleares 60%, proteínas 2.85 g/dl, LDH 93 u/l, sin otra incidencia, dada de alta a los 7 días con diagnóstico de neumonía adquirida en la comunidad complicada con derrame pleural e infección del tracto urinario.

Conclusiones

Sería recomendable a todo paciente exfumador con infección respiratoria de más de 5 días de evolución y fiebre aunque se sospeche etiología viral, la derivación a urgencias hospitalarias para segunda valoración y estudio radiográfico si fuese necesario

Palabras Clave

Dolor torácico, fiebre, neumonía

A propósito de un caso, tos persistente y síndrome febril

García Ruíz C¹, Montilla Álvaro M¹, Delgado Vidarte A¹, Chamorro González-Ripoll C², González Bravo J³

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Torrejón. Huelva

² MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Adoratrices. Huelva

³ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Isla Chica. Huelva

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de consulta

Tos sin expectoración, febrícula de tres meses de evolución, Rash cutáneo y síndrome constitucional con pérdida de peso de 7 kg en esos tres meses.

Historia clínica

Varón de 34 años sin alergias medicamentosas conocidas, intervenido de insuficiencia venosa periférica (safenectomía interna en miembro inferior izquierdo).

Exploración física: cierta palidez cutánea sin presencia de Rash, resto anodino. Constantes vitales: frecuencia cardíaca 74 lpm, saturación basal de oxígeno 97%, tensión arterial 112/57, temperatura 37º.

Análítica sanguínea (urgencias): función renal e iones en rango de normalidad. Hemograma: hemoglobina 11, hematocrito 34.2, leucocitos 11.500 con 74.4% de segmentados. Radiografía de tórax (urgente); se aprecia un aumento de densidad en lóbulo superior izquierdo. TAC de tórax (ingreso): se aprecia gran masa pulmonar de 10.4x10.3x6.8 cm en lóbulo superior izquierdo, paramediastínica, c extensión hacia ápice pulmonar. Adenopatías broncopulmonares, homolaterales, visibles también en ventana aortopulmonar. Compatible con neoplasia broncopulmonar primaria sin afectación metastásica sin poder descartar linfoma o tumor de células germinales. BAG: alteraciones histológicas compatibles con linfoma de Hodgkin celularidad cd 3 y cd 20.

Juicio clínico: linfoma de Hodgkin clásico tipo esclerosis nodular.

Plan de actuación: dado que la atención inicial de la paciente fue en centro de salud, procedimos a derivarlo a urgencias para poder continuar estudio y filiación de masa visualizada en radiografía de tórax.

Finalmente allí pudo esclarecerse la etiología de la misma.

Conclusiones

En atención primaria, a menudo tratamos con patologías leves que se resuelven fácilmente. No obstante, en ocasiones descubrimos cuadros de gran entidad que requieren nuestra más intensa dedicación y actuación rápida. Por ello es importante incidir en los diferentes aspectos de la anamnesis y no pasar por alto detalles que pueden ser de gran importancia.

Palabras Clave

Cough, fever, astenia

Estudio de validación del dispositivo copd6 en el diagnóstico de enfermedad pulmonar obstructiva crónica

Villatoro Ruiz M, Martínez López M, Cuerva Gómez R

Médico de Familia. CS Guadix. Granada

Introducción

El diagnóstico de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) se basa en la detección de obstrucción poco reversible de la vía aérea en un contexto epidemiológico-clínico adecuado, siendo indispensable la realización de una espirometría. Se ha demostrado que el volumen espiratorio forzado en 6 segundos (FEV 6), parámetro fácil de determinar, puede ser un sustituto aceptable de la capacidad vital forzada (FVC) para el diagnóstico de obstrucción en adultos. Además de simplificar el procedimiento de la espirometría, el FEV 6 tiene las ventajas de reducir la variabilidad, lo que ayudaría a mejorar su capacidad diagnóstica. En los últimos años se han diseñado y comercializado varios dispositivos electrónicos portátiles, como el vitalograph copd-6, que permiten la obtención de forma rápida del volumen espiratorio forzado en 1 segundo (FEV 1), FEV 6 y su cociente, especialmente útiles en el cribado de la EPOC en ámbitos de atención no especializada.

Objetivos

Evaluar la relación del FEV 1, FEV 6 y FEV 1/FEV 6, medidos con el dispositivo portátil vitalograph- copd-6, y el FEV 1, FVC y FEV1/FVC mediante espirometría, analizando la validez de este dispositivo como prueba de screening para detectar EPOC en personas mayores de 35 años con índice de acumulación de tabaco > 10.

Diseño

Estudio prospectivo, descriptivo y transversal.

Emplazamiento

Atención primaria.

Material y métodos

Criterios de inclusión: mayores de 35 años sin diagnóstico previo de EPOC, con índice de acumulación de tabaco > 10 captados desde atención primaria.

Criterios de exclusión: sujetos que no entiendan la técnica, no sean capaces de realizar maniobras espirométricas válidas y reproducibles, que ya estén diagnosticados de EPOC, asma, en tratamiento con broncodilatadores, o no deseen firmar el consentimiento informado.

A todos los pacientes se les realizará: a) una espirometría convencional por personal de atención primaria especializado en pruebas funcionales, determinando el FEV 1, FVC y el cociente FEV 1/FVC; b) determinación del FEV 1, FEV 6 y FEV 1/FEV 6 mediante el medidor portátil vitalograph copd-6 en consultas de atención primaria por personal no especializado.

El cálculo del tamaño muestral se realiza estimando que el copd-6 presenta una sensibilidad del 90% y una especificidad del 80% en la detección de obstrucción, para una prevalencia de EPOC del 40% y un error alfa del 5%, la muestra necesaria sería de 162 sujetos.

Las variables cualitativas se expresarán por valor absoluto y su porcentaje, y las cuantitativas como su media y desviación estándar. La comparación de las variables cuantitativas se llevará a cabo mediante la aplicación estadística IPSS. Para evaluar la validez y seguridad del copd-6 en la detección de obstrucción, se calculará la sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo (VPP), valor predictivo negativo (VPN) y los cocientes de probabilidad positivo y negativo.

Aplicabilidad

Se trata de validar para el diagnóstico de EPOC, infra diagnosticada y de alto coste sanitario, una prueba fiable, de fácil aplicación y disponibilidad desde centros no especializados con personal no entrenado.

Aspectos ético-legales

El investigador informará al paciente. Se solicitará consentimiento informado por escrito. Se preservará el anonimato en el tratamiento de datos. No existe conflicto de intereses.

Palabras clave

Chronic obstructive lung disease, tobacco, spirometry

¿Cuánto tiempo en rango terapéutico están los pacientes anticoagulados con que presentan alto riesgo trombótico y alto riesgo hemorrágico?

Merino De Haro I¹, Fernández López P², Esteban Córdoba M³

¹ Médico de Familia. CS La Lobilla. Estepona (Málaga)

² Médico de Familia. CS La Zubia. Granada

³ Médico de Familia. CS Santa Fe. Granada

Objetivos

Obtener un conocimiento más detallado del estado de control de los pacientes en tratamiento con ACO AVK, así como valorar el porcentaje de tiempo que están expuestos a mayor riesgo trombótico o hemorrágico estos pacientes de alto riesgo.

Diseño

Observacional retrospectivo transversal.

Emplazamiento

Atención primaria.

Material y método

Para evitar el sesgo de selección de los pacientes, se recogen todos los pacientes de una zona básica de salud incluidos dentro del programa tao (terapia anticoagulante oral).

Se han excluido del estudio a los pacientes que siguen controles en ámbito hospitalario o que llevan menos 6 meses en tratamiento con ACO AVK.

Se valora como alto riesgo trombótico con una puntuación >2 en la escala de CHA2-DS2-VASC y como alto riesgo hemorrágico a una puntuación > 3 en la escala HAS-BLED

Resultados

Los pacientes con alto riesgo trombótico están un 27% de los días por encima del rango terapéutico, otro 27% de los días por debajo del rango y solo un 46 % de los días en rango terapéutico.

Los pacientes con alto riesgo hemorrágico están un 22% de los días por encima del rango terapéutico, un 29% por debajo del rango y un 49% de los días están en rango terapéutico

Conclusiones

El estado de control de los pacientes de alto riesgo trombótico, así como los de alto riesgo hemorrágico es muy deficiente. Teniendo que hacer una reflexión sobre los mecanismos de control, y los protocolos aplicados en atención primaria.

Palabras Clave

Acenocoumarol, primary health care, hemorrhage

Efectividad del refuerzo telefónico en pacientes con ansiedad tras una intervención individual avanzada

García Ruíz C¹, Delgado Vidarte A¹, Montilla Álvaro M¹, González Bravo J², Chamorro González-Ripoll C³

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Torrejón. Huelva

² MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Isla Chica. Huelva

³ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Adoratrices. Huelva

Introducción

La ansiedad puede definirse como una anticipación de un daño o desgracia futuros, acompañada de un sentimiento de disforia (desagradable) y/o de síntomas somáticos de tensión. Es importante entender como esto afecta a las personas, darle la debida importancia y proporcionarles la ayuda necesaria para mejorar esta situación. Ya que no olvidemos que la salud es un equilibrio entre el bienestar físico, psíquico, social, cultural.

Objetivos

Medir la efectividad del refuerzo telefónico tras una intervención individual avanzada en pacientes con ansiedad. Evaluar la efectividad en cuanto al consumo de benzodiacepinas.

Diseño

Ensayo clínico aleatorizado.

Emplazamiento

Centro de salud.

Material y métodos

En cuanto a los criterios de inclusión: edades comprendidas entre los 18 y 65 años diagnosticados de ansiedad de forma aguda o crónica descompensada por su médico de atención primaria en los meses de marzo, abril, mayo y junio de 2016.

En cuanto a los criterios de exclusión: que exista consumo excesivo de tóxicos asociado, diagnostico de trastorno mental grave, diagnostico de patología neurológica que conlleve deterioro cognitivo.

En cuanto a la muestra obtendremos a 100 pacientes que serán derivados por cada uno de los 9 médicos que trabajan en el centro.

En cuanto al muestreo, una vez recibida la intervención básica consistente en una terapia individual avanzada de 45 minutos para abordar la ansiedad, se aleatorizará mediante la apertura de un sobre opaco que clasificará a los pacientes en grupo control e intervención. El grupo de la intervención, recibirá una llamada de unos 10-15 minutos de duración de refuerzo de la entrevista previamente descrita a los 15 – 30 – 60 días. En ella nos interesaremos por el estado del paciente y le preguntaremos si está poniendo en práctica las técnicas en las cuales le hemos adiestrado de relajación y control de ansiedad. Volveremos a recordárselas.

En cuanto al análisis estadístico: en primer lugar se procederá al análisis descriptivo de variables cualitativas y cuantitativas. Dentro de cada grupo, se realizará una comparación de medias para muestras repetidas mediante test de la T para muestras repetidas. Para comparar las variables cualitativas, el test de McNemar. se analizarán principalmente las variables cuantitativas (puntuación de escala de Hamilton pre y post-intervención) y puntuación en la escala de severidad de dependencia a benzodiacepinas (SDS). Entre grupo de intervención y grupo control se realizará comparación de medias mediante test de la T para muestras independientes.

Para comparar variables cualitativas se utilizará el test de Ji-cuadrado. En cuanto al principal resultado a analizar será la disminución en la puntuación del test de Hamilton para evaluación de la ansiedad, considerando como significativo el descenso de 12 puntos con respecto al inicial. En cuanto al secundario, se evaluará el descenso en la puntuación de la escala de severidad de dependencia a benzodiacepinas.

Aplicabilidad

Este estudio pretende valorar la efectividad del refuerzo telefónico en pacientes en tratamiento por ansiedad.

Aspectos ético-legales

El estudio será aprobado por el comité de ética de Huelva y respetará la ley de protección de datos, autonomía del paciente y la declaración de Helsinki.

Palabras clave

Anxiety, therapy, telephone, reinforcement

¿Es la edad un factor influyente en el control del paciente anticoagulado?

Merino De Haro I¹, Fernández López P², Esteban Córdoba M³

¹ Médico de Familia. CS La Lobilla. Estepona (Málaga)

² Médico de Familia. CS La Zubia. Granada

³ Médico de Familia. CS Santa Fe. Granada

Objetivos

Conocer el grado de control de los pacientes con anticoagulación oral estratificándolos por edades y ver su tiempo en rango terapéutico (TRT) por la ecuación de Rosendaal.

Diseño

Estudio observacional retrospectivo/trasversal.

Emplazamiento

Atención primaria.

Material y método

Estudio en el que participaron pacientes de una zona básica de salud incluidos dentro del programa tau. Los datos se obtuvieron a lo largo de 2015 y a partir de la historia clínica de los pacientes. Se consideró que el control de INR en pacientes en tratamiento con ACO era adecuado cuando el porcentaje de tiempo en rango terapéutico (TRT) era superior al 65 % durante un periodo de valoración de al menos seis meses.

Resultados

Distribución por edad: Entre 18-49 años están el 4,6% , un 12% entre 50-64, un 42,9% entre 65-79 años y un 40,5% mayores de 80 años.

Distribución por sexo: 35% de mujeres entre 18-49 años, un 34% entre 50-64 años, un 51% entre 65-79 y un 67% en mayores de 80 años.

El TRT mayor del 65% lo presentaban el 41,2% de los pacientes entre 18-49 años, un 54,5% entre 50-64 años, un 50% entre 65-79, y un 43,6% en los mayores de 80 años.

Conclusiones

El porcentaje de pacientes con anticoagulación oral es muy superior en los tramos de 65-79 años y en mayores de 80 años.

El porcentaje de hombres /mujeres disminuye conforme aumenta la edad

El grado de control de los pacientes es superior en los tramos de edad entre 50-64 años y en el de 65-79 años

Palabras Clave

Primary health care, aging, control.

Doctora, tengo problemas de digestión

Vázquez González N¹, Cintado Sillero M², Vázquez Alarcón, R³

¹ Médico de Urgencias. Hospital Quirón. Málaga

² Médico de Urgencias. Hospital Alta Resolución. Benalmádena (Málaga)

³ Médico de Familia. CS Vera. Almería

Ámbito del caso

Atención primaria, urgencias y especializada.

Motivos de consulta

Dispepsia.

Historia clínica

Antecedentes personales: bebedor (5 cervezas/día), fumador (40 paquetes/año).

Anamnesis: varón, 62 años, desde hace 3 meses presenta pirosis y epigastralgia no irradiada y continua que no se modifica con la ingesta ni con omeprazol. No interfiere con el descanso nocturno. Astenia y pérdida de 11kg que atribuye a disminución de la ingesta por dolor.

Exploración: palidez conjuntival, hepatomegalia dolorosa de 2 traveses de dedo.

Pruebas complementarias: analítica: HB 4.9, VCM 64, GOT 45, GPT 22, GGT 99, LDH 213, PCR 11.9. Sangre oculta en heces: negativa. Serología virus hepatotropos: IGG VHA positivo, resto negativo. Radiografía tórax: sin alteraciones. Radiografía abdomen: patrón en miga de pan en colon ascendente. TAC abdomino pélvico: engrosamiento mural concéntrico a nivel del antro pilórico acompañado de adenopatías adyacentes a la curvatura mayor gástrica, la mayor de 1,7cm; adenopatía retrocural de 2,6x3, 5cm y adyacentes al trípode celíaco menores al centímetro. Hígado aumentado de tamaño con múltiples lesiones hipodensas en ambos lóbulos hepáticos sugestivas de metástasis. Eda: neoplasia estenosante dura y friable con úlcera necrótica central a nivel de la unión antropilórica que infiltra píloro. Biopsia: adenocarcinoma ulcerado, pobremente diferenciado, con células en anillo de sello.

Enfoque familiar y comunitario: casado, 1 hija y 3 nietos, administrativo, red social bien establecida.

Juicio clínico: adenocarcinoma gástrico estadio IV.

Diagnóstico diferencial: enfermedad ulcero-péptica o por reflujo gastroesofágico. Dismotilidad gastroduodenal. Hernia de hiato. Dispepsia funcional.

Identificación de problemas: clínica larvada que demora la consulta.

Tratamiento, planes de actuación: se transfunden 3 UI hematíes y se administra 800mg de FE IV. se da el alta con cita en oncología.

Evolución: acude para quimioterapia paliativa pero refiere melenas por lo que se ingresa. En analítica presenta HB 5.4 precisando de nuevo transfusión. Se realiza radioterapia hemostática (5 sesiones) pero no se inicia quimioterapia por presentar hemorragia digestiva alta. Empeoramiento clínico progresivo que precisa de sedación profunda en domicilio hasta su fallecimiento.

Conclusiones

Importancia de una correcta exploración física. Debemos estar actualizados en medicina paliativa ya que actualmente son cada día más los pacientes que desean fallecer en domicilio.

Palabras Clave

Abdominal pain, dyspepsia, anemia.

¿Está bien indicada la anticoagulación oral en los pacientes de nuestra zona básica de salud?

Merino De Haro I¹, Fernández López P², Esteban Córodba M³

¹ Médico de Familia. CS La Lobilla. Estepona (Málaga)

² Médico de Familia. CS La Zubia. Granada

³ Médico de Familia. CS Santa Fe. Granada

Objetivos

Obtener un conocimiento más detallado de la adecuación de la indicación de la anticoagulación oral en los pacientes en tratamiento con ACO AVK.

Diseño

Estudio observacional retrospectivo/trasversal.

Emplazamiento

Atención primaria.

Material y método

Estudio en el que participaron pacientes de una zona básica de salud incluidos dentro del programa TAO. Los datos se obtuvieron a lo largo de 2015 y a partir de la historia clínica de los pacientes. Se valora el riesgo trombótico mediante la escala CHA2-DS2-VASC y el riesgo hemorrágico mediante la escala HAS-BLED., considerando los valores CHA2-DS2-VASC: 0.- bajo- no tratamiento o tratamiento antiagregante, 1.- moderado- indicación de Antiagregación o anti coagulación oral, y 2 o más.- moderado / alto- indicación de anti coagulación oral y los valores de HAS- BLED 0.- bajo riesgo de hemorragia, 1-2.- riesgo intermedio, 3 o más.- alto riesgo de hemorragia.

Resultados

El riesgo trombótico elevado (2 o más) lo presentan el 91% de los pacientes, con riesgo moderado (1) el 5,7%, y con riesgo bajo (0) el 3,3%.

El riesgo hemorrágico elevado 3 o más lo presentan el 10% de los pacientes, riesgo moderado (1-2) el 81%, y riesgo bajo (0) el 9% de los pacientes.

Conclusiones

La indicación de anticoagulación en nuestra población, es correcta presentando el 91 % de los pacientes un riesgo trombótico alto, asumiendo un riesgo hemorrágico bajo/intermedio en la mayoría de los pacientes.

Palabras Clave

Acenocoumarol, primary health care, hemorrhage.

Placa inflamatoria en región occipital de cuero cabelludo en niño de 6 años

Martínez López M¹, Villatoro Ruiz M¹, Escabias Molina C²

¹ Médico de Familia. CS Guadix. Granada

² D.U. Enfermería. CS Guadix. Granada

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de consulta

Aparición de placa inflamatoria en región occipital de cuero cabelludo.

Historia clínica

Paciente de 6 años de edad, sin antecedentes personales de interés y correctamente vacunado según su edad, que acude a consulta de atención primaria acompañado de su madre por presentar placa inflamatoria indolora, no pruriginosa, en región occipital de cuero cabelludo. Niega contacto con animales. A la inspección se aprecia tumoración de 5 centímetros de diámetro en región occipital de cuero cabelludo cubierta por costra melicérica adherida con arrancamiento de pelo positivo y exudado purulento. Se tomó muestra para cultivo de bacterias y hongos, aislándose *Penicillium Ssp*. De la analítica destaca discreta leucocitosis y trombocitosis, con función renal y hepática normales, PCR 1.1 mg/dl. Estudio autoinmune negativo.

Se emitió el juicio clínico de Querion de Celso con eritema nodoso asociado.

En el diagnóstico diferencial se incluyen la pitiriasis simple, dermatitis seborreica, alopecia areata, tricotilomanía, psoriasis del cuero cabelludo, impétigo, que no produce alopecia, alopecias cicatriciales y lupus eritematoso discoide.

Se inició tratamiento con griseofulvina 250 mg vía oral y se derivó a consulta de dermatología para continuar estudio y deflacort 17 gotas durante 5 días, con desaparición del eritema nodoso.

La evolución fue favorable, disminuyendo considerablemente el tamaño de la tumoración a la semana de tratamiento, tras la cual volvió a consultar por aparición dolorosa de nódulos palpables eritemato-edematosos en cara anterior de ambas piernas.

Conclusiones

El eritema nodoso asociado a Querión de Celso es infrecuente, hay sólo 15 casos descritos en la literatura.

La tiña de la cabeza es la más común de todas las micosis cutáneas en niños y representa un problema de salud pública en varias partes del mundo; además, probablemente es subdiagnosticada debido al amplio rango de presentaciones clínicas que pueden observarse. Se requiere tratamiento sistémico para lograr la curación clínica y el diagnóstico debe confirmarse con estudio micológico antes de iniciar el tratamiento.

Palabras Clave

Tinea capitis, erythema nodosum, griseofulvin

Hiponatremia por interacción farmacológica

García González J¹, Carbajo Martín L², Chavez Sanches J¹

¹ Médico de Familia. DCCU. AGS Sur de Sevilla. Sevilla

² Médico de Urgencias. Hospital de Alta Resolución Utrera. Sevilla

Ámbito del caso

Urgencias extrahospitalarias y hospitalarias.

Motivos de consulta

Malestar estado general y desorientación.

Historia clínica

Mujer de 79 años con antecedentes de hipertensión arterial, hipotiroidismo subclínico y síndrome ansioso-depresivo en tratamiento actualmente con hidroclorotiazida 50 mg (HCTZ), levotiroxina 25 mcg y sertralina 50 mg. Avisan los familiares por cuadro de malestar estado general progresivo, desorientación, cefalea y náuseas. Situación previa: buen estado general, orientada e independiente para las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, vive con su marido.

Exploración física: encamada con regular estado general, estuporosa, desorientada, deshidratación mucocutánea con signo del pliegue positivo, buen murmullo vesicular bilateral, ruidos cardiacos arrítmicos a 80 lpm. Abdomen blando y depresible, no doloroso, no masas ni megalias, peristaltismo conservado. Pulsos distales presentes y simétricos, no edemas ni signos de TVP. Signos meníngeos negativos, pinla, pc conservados, no alteración de fuerza ni sensibilidad, impresión de debilidad generalizada, Babinski negativo.

TA 165/85. FC 80 lpm, Tª 36.5ºC, BM-Test: 182 mg/dl. EKG: RS a 80 lpm con extrasístoles supraventriculares aisladas, no alteraciones de la repolarización.

Se deriva a hospital de referencia para valoración y continuidad asistencial.

Pruebas complementarias: Hemograma: normal. Bioquímica: glucemia 176 mg/dl, sodio 126 mmol/l, potasio 2,79 mmol/l, osmolaridad 271 mosm/kg, resto normal. Orina: normal. RX tórax y abdomen: sin hallazgos de interés. Se reinterroga a familiares, niegan cuadros previos similares y refieren cambio de tratamiento antidepresivo hace 10-15 días.

Juicio clínico: hiponatremia secundaria, posible interacción farmacológica HCTZ/sertralina.

Evolución: se retira HCTZ y sertralina, se administra fluidoterapia intravenosa. Evolución favorable, recuperando estado basal y normalizándose cifras de sodio.

Conclusiones

La hiponatremia secundaria al tratamiento diurético es la primera causa de hiponatremias en adultos. En el paciente crónico, anciano y polimedicado, el riesgo de interacciones farmacológicas aumenta considerablemente, por lo que el médico de familia requerirá conocimientos de farmacología así como de las posibles interacciones farmacológicas. De todas formas, en todo paciente en tratamiento con diuréticos, es importante tener un control de sus niveles de iones y especialmente si se trata de un paciente polimedicado y de edad avanzada.

Palabras Clave

Hyponatremia, drug interaction, aged

“Doctor, me pesan mucho los párpados”

Sayago Alcázar A¹, Calderón Frapolli L², Ruiz Granada M³

¹ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Alameda-Perchel. Málaga

² MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Alameda-Perchel. Málaga

³ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Alameda-Perchel. Málaga

Ámbito del caso

Atención primaria. Atención hospitalaria.

Motivos de consulta

Párpados caídos.

Historia clínica

Antecedentes personales: mujer, 65 años. No alergias medicamentosas conocidas ni hábitos tóxicos referidos. Médicos: HTA, DM2, hipertiroidismo tratado con l131, osteoporosis, poliartrosis. Quirúrgicos: síndrome del túnel carpiano izquierdo. Tratamiento domiciliario: irbesartán, metformina, eutirox, sertralina, omeprazol.

Anamnesis: refiere tener los párpados caídos, con sensación de pesadez desde hace 2 años, haciéndose especialmente molesto durante los últimos meses. La clínica es de mayor intensidad el ojo derecho, sin presentar clara variabilidad horaria. Niega alteraciones visuales, así como alteraciones en el habla, deglución o masticación.

Exploración física: buen estado general. Pupilas isocóricas, normorreactivas. Ptosis palpebral bilateral más marcada en ojo derecho, con fatigabilidad. No signos de debilidad de la musculatura bulbar o de miembros. Resto de pares craneales conservados. Sensibilidad, cerebelo y marcha normales.

Ante la sospecha de una posible patología neurológica, se deriva a la paciente al servicio de neurología para completar estudio.

Pruebas complementarias: analítica sanguínea: hemograma, coagulación y bioquímica básica normales. TSH 4.61, t4l 10.5, ac antitpo 104, ac antitsi 5.9. Ac antirreceptor ach negativo, ac musk negativo. RMN cerebral y orbitaria: sin alteraciones significativas. TAC torácico: adenopatías calcificadas en hilio derecho y granuloma calcificado en LID. Mediastino y timo sin alteraciones. EMG de fibra simple (músculo frontal y orbicular de los párpados) que muestra JITTER por encima de lo normal y presencia de algunos bloqueos. Test hielo positivo.

Enfoque familiar: familia normofuncional. Red social con alto apoyo emocional e interacción social positiva.

Juicio clínico: miastenia gravis ocular.

Tratamiento: piridostigmina 60mg ½ comprimido/8h, prednisona 10mg/24h.

Evolución: revisada en consulta 2 meses después de iniciado el tratamiento, la paciente refiere solo discreta mejoría, por lo que se plantea la posibilidad de cirugía si a pesar del tratamiento médico persiste la clínica. La paciente no presenta clínica sobreañadida de debilidad de miembros actualmente.

Conclusiones

Debemos pensar en enfermedades raras ante determinados síntomas que pudieran ser a priori más típicos de otras patologías, ya que, aunque menos prevalentes en consultas de atención primaria, son enfermedades cada vez más visibles, entre otros, por el aumento de la esperanza de vida, y de nuestra rapidez de actuación dependerá la calidad de vida del paciente.

Palabras clave

Ocular myasthenia, ptosis, weakness.

Trombosis venosa profunda cronicada en paciente acromegálico

Mesa Rodríguez P¹, Vargas Iglesias S², Rodríguez Lora E¹

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Juncal. Sevilla

² MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Montequinto. Sevilla

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de consulta

Edema y dolor en miembro inferior derecho.

Historia clínica

Antecedentes Familiares: Madre fallecida TEP, hermana TEP, hermana TVP. *Antecedentes Personales:* no alergias. Acromegalia de difícil control. Tratamiento habitual: lanreotida (somatulina) y acenocumarol.

Anamnesis: Paciente de 49 años acromegálico que presenta una trombosis venosa profunda femoral superficial de aspecto subagudo y poplíteo en MID; en un principio se informa de que debe estar con tratamiento anticoagulante 6 meses.

Exploración: BEG, coc afebril. Saturación al 97%. ACR: rítmico, sin soplos, buen MMVV. Aumento de tamaño y ligero empastamiento del MID.

Pruebas complementarias: Analítica sin interés. Estudio de trombofilia sin alteraciones. Ecografía venosa: poplíteo 0.6 cm y femoral superficial distal 0.6 cm

Evolución: Al año del tratamiento con acenocumarol, continua con molestias en MID, en ecografía se confirma presencia de TVP, por lo que debe seguir en tratamiento con éste. Tras dos años de tratamiento con acenocumarol, con controles erráticos, se le realiza una ecografía venosa compresiva de nuevo, donde vemos, mejoría en la poplíteo 0.82 cm, pero la femoral superficial mide 1.12 cm (difícil compresión de la zona). Posteriormente vuelve a consultar en atención primaria por dolor a nivel del dorso del pie derecho, a la exploración, se aprecia un pie caliente, eritematoso, con leve empastamiento. Se le ofrece al paciente acudir al hospital que el paciente en un principio rechaza. Acude a la consulta de neumología donde se evidencia una trombosis de vena dorsal del pie. Juicio Clínico: acromegalia activa que precisa tratamiento médico. TVP idiopática de dos años de evolución.

Conclusiones

Cualquier patología aguda, puede convertirse en función de la situación del enfermo en una patología crónica. Debemos ir adaptándonos a esta nueva situación y ayudarle a comprender su patología, evitando en todo momento dar plazos de curación, que ocasionan frustración en el enfermo y falta de confianza en el médico. La asociación de dos patologías crónicas complejas suponen un auténtico reto en la consulta de atención primaria, puesto que debemos conocer todas las posibles complicaciones que pueden derivarse de ellas. En este paciente por ejemplo debemos tener presente la posibilidad de un TEP, en caso de disnea, taquicardia,...

Palabras clave

Acromegalia, trombosis venosa profunda, trombofilia.

¿Qué puede haber detrás de una amigdalitis?

Merino De Haro I¹, Fernández López P², Sánchez Sánchez A³

¹ Médico de Familia. CS La Lobilla. Estepona (Málaga)

² Médico de Familia. CS La Zubia. Granada

³ MIR año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Zubia. Granada

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de consulta

Odinofagia.

Historia clínica

1 consulta: paciente varón de 68 años, no fumador, que acude a consulta por cuadro de odinofagia, sin fiebre, con sensación distérmica, sin otra clínica infectiva ni de otra índole por aparatos y sistemas.

En la exploración, se aprecia hipertrofia amigdalar bilateral y simétrica, con placas pultáceas en ambas amígdalas, hiperemia faríngea, sin signos de flemón periamigdalino, ni signos de complicación aguda en el momento actual. No adenopatías concomitantes.

Tratamiento: se pauta amoxicilina 750mg/8h 10 días, con ibuprofeno 400mg/8h, y medidas higiénico dietéticas.

2 consulta: consulta nuevamente por cuadro de molestias inespecíficas, tras quince días del inicio del tratamiento. Sin fiebre, ni odinofagia clara. Se aprecia en la exploración, mejoría de las placas y de la cavidad orofaríngea, sin otro hallazgo de interés. Se apreciando una adenopatía de un cm aproximadamente, en la región laterocervical derecha, blanda, móvil a la palpación, y no adherida. Sin signos de alarma. Solicitamos analítica con perfil hepático y con reactantes de fase aguda.

3 consulta: tras 10 días de la consulta anterior, el paciente presenta un estado clínico similar, con mejoría absoluta de las molestias a nivel orofaríngeo, pero con crecimiento de la adenopatía a unos tres cm, continuando blanda, aunque algo adherido a planos profundos. Resultados de analítica: están las 3 series sin alteraciones, apreciándose como factor reactante de fase aguda una PCR: 35 (VN:0-5). Perfil hepático, función renal sin alteraciones. Derivamos a servicio de otorrinolaringología (ORL) de forma preferente.

4 consulta: tras 20 días acude con informe de ORL, con JC de carcinoma amigdalar.

Actualmente está en estudio por parte de ORL y oncología para establecer el estadio. Y en seguimiento por nuestra parte.

Conclusiones

En atención primaria, se tiende a banalizar ciertos tipos de patología, entre ellos la patología orofaríngea, debido a la prevalencia benigna de la misma. Tenemos como principal método de trabajo, la continuidad y seguimiento de la patología.

Palabras clave

Tonsillitis, pharyngitis, primary health care.

Sepsis respiratoria de origen mixto. Un caso clínico

Martínez López M¹, Villatoro Ruiz M¹, Canón Raya M²

¹ Médico de Familia. CS Guadix. Granada

² D.U. Enfermería. CS Guadix. Granada

Ámbito del caso

Atención en urgencias.

Motivos de consulta

Disnea.

Historia clínica

Paciente mujer de 42 años de edad sin alergias medicamentosas conocidas, fumadora activa, sin hábito enólico, sin antecedentes personales de interés. Vive en una cueva, sin contacto con animales. Presenta cuadro de vías altas de una semana de evolución con tos, expectoración mucosa y varios episodios de hemoptisis y hematemesis.

En la exploración MEG, consciente y orientada, palidez cutánea, hipotensión 60/40, taquicardia, taquipnea, saturación de oxígeno 92% y 38.2°C de temperatura. En la auscultación cardiopulmonar destaca tonos rítmicos sin soplos, murmullo vesicular conservado sin ruidos añadidos, con crepitantes gruesos en base derecha y roncus diseminados. No lesiones cutáneas.

En analítica 17900 leucocitos, 87% neutrófilos, función renal, ionograma y LDH normal, PCR 21, DD negativo. En gasometría arterial, PO₂ 54.7. MMHG, PCO₂ 28.3 mmHg, PH 7.35. Escala fine III, CURB-56 2. En radiografía de tórax con equipo portátil se aprecia condensación en base derecha que borra silueta cardíaca con senos costofrénicos libres. Se solicitan antígenos de neumococo y legionella en orina, hemocultivos seriados y cultivo de esputo.

La paciente no remonta tensiones tras fluidoterapia intensiva por lo que se realiza interconsulta con intensivista que decide ingreso. Los antígenos de neumococo y legionella resultan ser positivos en orina. Se notificó a servicio de medicina preventiva del hospital de referencia y a la red nacional de vigilancia epidemiológica como caso confirmado, identificándose foco de legionella en depósito exterior de agua de la vivienda de la paciente. No hubo ningún caso más notificado.

Se diagnosticó de neumonía por neumococo y legionella.

La paciente presenta evolución favorable tras antibioterapia y fisioterapia respiratoria. Sigue revisiones en consulta de neumología.

Conclusiones

La infección polimicrobiana en la neumonía adquirida en la comunidad tiene frecuencia variable dependiendo de los métodos, esfuerzos y protocolos diagnósticos empleados. Las asociaciones más frecuentes son las que, simultánea o secuencialmente, implican a una bacteria típica (fundamentalmente *s. Pneumoniae*) con virus o con bacterias atípicas, sobre todo *chlamydia pneumoniae*, *mycoplasma pneumoniae* o *legionella pneumophila*. Distintos trabajos no encontraron diferencias al incluir o no cobertura para bacterias atípicas en la evolución clínica de la neumonía bacteriana mixta, este caso ilustra una realidad no suficientemente reconocida y nos invita a reflexionar.

Palabras clave

Pneumonia, hemoptysis, legionella

Biopsia cutánea con punch como prueba diagnóstica de lesiones cutáneas accesible en atención primaria

López Pradas C¹, García Prat M², Pardo Álvarez J³

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Torrejón. Huelva

² MIR 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Torrejón. Huelva

³ Médico De Familia. CS El Torrejón. Huelva

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de consulta

Lesiones cutáneas en miembros inferiores.

Historia clínica

Varón de 54 años. Antecedentes personales: no alergias medicamentosas conocidas. No consumo de tóxicos. No factores de riesgo cardiovascular.

Anamnesis: consulta en el mes de diciembre por proceso gripal que requirió incapacidad temporal y por el que consumió paracetamol como tratamiento sintomático. Mejoría del mismo tras una semana de convalecencia. Acude de nuevo a consulta pasados 5 días por la aparición de forma brusca de lesiones eritematosas en ambos miembros inferiores, inicialmente en planta de ambos pies, con progresión ascendente hasta tercio medio tibial. También algo diseminado en tronco y cara ventral de ambas muñecas. Lesiones pruriginosas.

A la exploración desaparecían parcialmente a la vitropresión. Niega aparición de las lesiones en relación a producto químico reciente, alimento o toma de medicamento salvo paracetamol que llevaba tomándolo desde hace una semana por síndrome gripal. Ha estado expuesto a una fuente de calor relacionando su empeoramiento. Reconoce estar muy estresado en el trabajo.

Plan de actuación: revisión de las lesiones pasado una semana y se prescribe antihistamínicos por el prurito.

Evolución: acude pasado 7 días refiriendo extensión hacia arriba, ahora por todo el tronco. Las lesiones eran más confluentes, maculopapulosas, sobreelevadas.

Juicio clínico: sospecha de vasculitis cutánea.

Plan: solicitud analítica completa y se programa realizar toma de biopsia de piel mediante punch desechable.

Pruebas complementarias: hemograma normal, VSG 57, AC antinucleares 1/160 con patrón homogéneo. IGA 511. Resto de bioquímica y serología negativas.

Diagnóstico anatomopatológico (punch): epidermis con focos de paraqueratosis y dermis con mínimo infiltrado inflamatorio crónico perivascular

Resolución: acudió a médico privado por empeoramiento quien diagnostica de psoriasis en placa y pauta tratamiento tópico.

Conclusiones

La sospecha inicial depúrpura palpable estaba motivada por los síntomas, localización, el antecedente de infección por virus influenzae y las características iniciales de las lesiones. La psoriasis en placa es difícil diagnosticar sin las lesiones descamativas de color grisáceas que posteriormente sí aparecieron. La biopsia punch es un procedimiento incluido en cirugía menor de atención primaria, siendo de gran utilidad en el estudio de nuestros pacientes, que pueden disponer de un diagnóstico anatomo-patológico, lo que permite, en muchos casos iniciar el tratamiento adecuado con mayor prontitud.

Palabras clave

Vasculitis, biopsia cutánea, atención primaria

Síndrome de Frey secundario a parto por fórceps. A propósito de 3 casos

Torres Martín L¹, Coronel Pérez I², Campos Alonso E³

¹ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Estepa. Sevilla

² Dermatóloga. Hospital de la Merced. Osuna (Sevilla)

³ Pediatra. Hospital de la Merced. Osuna (Sevilla)

Ámbito del caso

Presentamos 3 casos remitidos desde la consulta de pediatría del centro de salud.

Motivos de consulta

Lesiones rojas faciales en relación con la ingesta de alimentos desde los 4-5 meses de edad.

Historia clínica

Presentamos a 3 niños (dos niñas y un niño) de 2 a 5 años de edad, sin alergias medicamentosas conocidas, correctamente inmunizados, dos de ellos en seguimiento por pediatría por sibilancias recurrentes, uno por dermatitis atópica y otro por asimetría de pliegues de muslos. Los 3 pacientes tenían como antecedente un parto distócico instrumentado por fórceps.

Entre los antecedentes familiares de los diferentes niños no había casos similares y sólo destacaban alergia a epitelios de animales y ácaros, asma, prolapso de válvula mitral y hemocromatosis. Los pacientes presentaban lesiones eritematosas no pruriginosas en mejillas tras un tiempo variable de iniciar la ingesta de alimentos que desaparecían poco tiempo después de dejar de comer, sin dejar marca residual ni aumento de sudoración en la zona. En todos los casos se diagnosticó clínicamente a los pacientes de síndrome de Frey o síndrome aurícula-temporal. El diagnóstico diferencial se realiza fundamentalmente con las alergias alimentarias dada su relación con la ingesta de alimentos.

Conclusiones

A veces el daño neurológico producido durante la instrumentación de partos puede provocar la fusión de fibras nerviosas simpáticas y parasimpáticas del nervio aurícula-temporal, de modo que un estímulo gustativo puede dar lugar a un aumento reactivo de sudoración (que no suele ocurrir en niños) y aparición de lesiones eritematosas en la zona inervada por el mismo. La evolución de esta patología en edad infantil suele tener buen pronóstico y tiende a desaparecer con el paso de los años. El diagnóstico es clínico y no precisa tratamiento, debiéndose explicar adecuadamente el cuadro a los padres y tranquilizarlos, evitando así la realización de pruebas complementarias y derivaciones innecesarias.

Palabras clave

Frey syndrome, instrumental delivery, childhood

Acoso escolar y arteterapia

Hernández Galán J

Médico de Familia. CS Casariche. Sevilla

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de consulta

Ansiedad. Problemas de comunicación.

Historia clínica

Varón de 14 años, sin antecedentes patológicos de interés, hijo único, vive con su padre y madre (buena sintonía de la pareja), que presentó acoso escolar repetitivo durante los últimos años.

A pesar de que se activó el protocolo de actuación oficial en la escuela; el hostigamiento verbal y la exclusión social persistieron hasta cambio de centro escolar.

El acoso escolar provocó inicialmente consecuencias físicas (somatizaciones) tales como cefalea, dolor abdominal y trastorno del sueño, que mejoraron tras intervención de la familia, escuela, médico de familia y psicólogo.

Tras el seguimiento en terapia por psicólogo durante el último año, persiste disminución de la autoestima, pérdida de confianza en si mismo, ansiedad y miedo a que se repita lo sucedido.

El deterioro de la comunicación con sus padres y el rechazo a continuar en tratamiento psicológico, motivan nuevamente a la familia a buscar ayuda a través del médico de familia; quién tras valoración del caso deriva a trabajadora social, incluyendo al adolescente en los talleres de arteterapia que se ofertaban en el centro de salud.

Acudió a 1 sesión semanal de arteterapia, de 90 minutos, durante 6 meses.

Por medio del arte y con la intervención experta del arteterapeuta pudo a través del dibujo y escritura de manera espontánea, ayudar a desvelar emociones y facilitar la integración de estos contenidos; proporcionando un espacio de acompañamiento, alivio, disfrute, juego y catarsis; permitiendo un cambio terapéutico, que se midió mediante la valoración del propio paciente y con información facilitada por la familia.

Conclusiones

El arteterapia presenta ventajas con respecto a terapias verbales previamente realizadas por el paciente, permitiendo a través del arte simbolizar sus vivencias internas, sin necesidad en muchas ocasiones de la palabra; elaborando emociones difíciles y afirmación del yo, que posibilita emerger un yo sano.

Reconocimiento del valor de sus creaciones y establecimiento de puentes entre sus emociones, su mundo psíquico y relaciones con el entorno.

Sensación de mayor bienestar en casa, mejoría en la comunicación con los padres y buen desempeño escolar.

No ha sido necesario derivar nuevamente a salud mental hasta la fecha de esta comunicación.

Palabras clave

Bullying, art therapy, adolescent

Una razón más para dejar de fumar

Martínez López M, Rueda Illescas M, Cuerva Gómez R

Médico de Familia. CS Guadix. Granada

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de consulta

Lesión hiperpigmentada en lengua.

Historia clínica

Varón de 76 años, fumador activo de 20 cigarrillos al día, diagnosticado de hipertensión arterial y dislipemia como factores de riesgo cardiovascular, sin otros antecedentes personales de interés, que consulta por aparición indolora de lesión en dorso de la lengua, de una semana de evolución, sin fiebre, odinofagia, lesiones cutáneas ni otra sintomatología acompañante.

A la inspección se aprecia lesión exofítica hiperpigmentada de aspecto vellosa en dorso de la lengua, en región cercana a surco terminal, sin adenopatías laterocervicales ni a otros niveles, auscultación cardiorespiratoria normal, abdomen sin masas ni megalias. No presencia de lesiones cutáneas.

Analítica con hemograma, iones, función renal y hepática normales, estudio autoinmune y serología VIH negativa.

Se emitió el juicio clínico de lengua negra vellosa.

El diagnóstico diferencial se realiza con infecciones fúngicas o bacterianas y leucoplasia oral vellosa. Se recomendó abandono de consumo de tabaco. La lesión desapareció definitivamente tras abandono del hábito tabáquico.

Conclusiones

La lengua negra vellosa es una hipertrofia de las papilas filiformes en la superficie dorsal de la lengua debido a falta de descamación. Se asocia a consumo de fármacos como bismuto, mala higiene oral, uso de antibióticos por tiempo prolongado, hábito de fumar e ingesta. Excesiva de café o té. Importancia de conocimiento y manejo de aparición de este tipo de lesiones no muy frecuentes en la práctica clínica habitual en atención Primaria.

Palabras clave

Black hairy tongue, tobacco, hypertrophy

Evolución de la EPOC ¿es una enfermedad estable?

Morales Sutil M, Méndez Ramos M, Luis Sorroche J, Alarcón Pariente E, Faz García M, Ayala Hernández M

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Palo. Málaga

Objetivos

Describir la evolución de los parámetros espirométricos y gravedad y fenotipos de la EPOC.

Diseño

Descriptivo longitudinal (2013-2015).

Emplazamiento

Centro de salud.

Material y método

Sujetos: pacientes con diagnóstico de EPOC en una consulta durante 2013-2015 (n=54).

Variables: edad, sexo, FEV1%, FEV1, CVF, gravedad y fenotipo (guía gesepoc), hábito tabáquico y consejo antitabaco en fumadores.

Análisis de cambios en porcentajes mediante chi2. Alfa 0.05.

Resultados

El 66,7% de sujetos analizados (n=108) son hombres; la media de edad actual es 66,17±0,797 años. La prevalencia de tabaquismo es (2013-2014-2015) 48,8%, 57,1% y 42,3%. Se produce recaída en 2015 del 7,1% de los exfumadores iniciales y un abandono del 23% de los que fumaban en 2013. en la espirometría, observamos valores medios (2013-2015): FEV1%: 65,35+/-1,12%, 65,23+/-1,06% ; FEV1: 78,28%+/-1,914%, 75,14+/-2,083%, CVF 96,11% +/- 2,36%, 90,9% +/- 2,28%.

Respecto al fenotipo se obtiene (2013-2015): no agudizador 82.7%,87.5% (79.86%- 95.14%); agudizador tipo enfisema 2.5%,1.4%; agudizador tipo bronquitis crónica 9.9%,6.9%; mixto EPOC-asma: 4.9%,4.2%. El 95,6% de los no agudizadores se mantienen como tales, un 60% de los agudizadores tipo bronquitis pasan a no agudizadores.

La gravedad es (2013-2015): leve 79%, 87.5%, moderada 16%, 6.9%, grave 2.5%, 4.2% y muy grave 2.5%, 1.4%, manteniéndose más del 95% como leves y pasando el 77,8% de las inicialmente moderadas a leves.

Conclusiones

El porcentaje de fumadores disminuye, se reduce el valor medio del fev1, el fenotipo no agudizador es el más frecuente y predomina la EPOC leve en la clasificación de gravedad.se observa cambio de fenotipo por paso de pacientes agudizadores a no agudizadores y de moderados a leves

Palabras clave

Chronic obstructive pulmonary disease, primary health care, longitudinal studies

Visión integral del paciente en el ámbito familiar y comunitario

Catalán Casado D¹, Morera Pérez P², Reyes Sánchez T³

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Porvenir. Sevilla

² MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Luis. Sevilla

³ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Pablo. Sevilla

Ámbito del caso

Atención primaria (medio rural).

Motivos de consulta

Cefalea holocraneal acompañada de náuseas y vómitos.

Historia clínica

Antecedentes personales: no alergias medicamentosas conocidas. No factores de riesgo cardiovascular. No hábitos tóxicos. Colon irritable, protusiones discales l3-l4. Ansiedad. Tto: diclofenaco 50 mg/12 horas, diazepam 5 mg/24 horas.

Anamnesis: mujer de 47 años que acude a nuestra consulta por cefalea holocraneal de hace unas 3 horas de evolución que no cede con diclofenaco 50 mg, acompañada de náuseas y vómitos. La semana pasada tuvo un episodio similar por el que ya estuvo en consulta. Al reinterrogarle nos refiere que su marido se encuentra con la misma sintomatología, y que desde hace una semana que puso la copa de cisco en casa para calentarse se encuentra peor.

Exploración física: anodina. Constantes vitales: saturación de oxígeno: 97%. Tensión arterial: 122/68 mmhg. Frecuencia c: 66 latidos por minuto (lpm).

Juicio clínico: intoxicación por monóxido de carbono (Co).

Plan de actuación: se derivó al hospital de referencia con oxigenoterapia a su llegada al hospital se realiza carboxihemoglobina siendo del 19% (normal<5%).

Evolución: permanece 24 horas en observación con oxigenoterapia de alto flujo, al alta la paciente se encuentra asintomática y con carboxihemoglobina de 0,8%.

Conclusiones

La importancia de ahondar en los pacientes en su ámbito familiar y comunitario, con el fin de obtener una visión integral del paciente.

Palabras clave

Integral attention, carbon monoxide poisoning

Recompensa de la labor del equipo de atención primaria en el manejo de un paciente con diabetes mellitus de difícil control

Luna Pereira M¹, Pazos Pazos N²

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Molino de la Vega. Huelva

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Gibraleón. Huelva

Ámbito del caso

Diabetes mellitus.

Motivos de consulta

Paciente con mal control de diabetes mellitus tipo I.

Historia clínica

Paciente de 47 años en seguimiento por atención primaria por presentar diabetes mellitus (dm) tipo I diagnosticada a los 16 años. Como antecedentes destacar que es fumador, dislipémico, hipertenso, padece esofagitis péptica, además de nefropatía y retinopatía diabética. Desde 2007 comienza con descompensaciones cetósicas desencadenadas en su mayoría por síndromes eméticos requiriendo ingresos hospitalarios múltiples. El paciente comenzó su tratamiento con insulina lantus en pauta basal e insulina novorapid en bolos. Se le realizaban controles analíticos semestrales y revisión oftalmológica bianual, así como educación diabetogénica por parte de enfermería.

A la exploración física, sin hallazgos significativos, salvo un índice de masa corporal de 19,5%. Presentaba un estilo de vida desestructurado, con dietas poco equilibradas sin horarios establecidos.

A pesar de los controles y de la educación impartida, el paciente nunca llegó a presentar un control óptimo de su enfermedad, debido a la falta de aceptación e incumplimiento terapéutico, presentando tanto hiperglucemias como hipoglucemias frecuentes.

En 2014, sufre un accidente cerebrovascular, comenzando el paciente a tener conciencia de su enfermedad y de las repercusiones de la DM, colaborando para la optimización de su tratamiento. Dicha optimización comenzó por sustituir insulina lantus por insulina tresiba, más estable y con menor riesgo de hipoglucemias. Aprendió a contar raciones de alimentos y a administrarse correctamente las unidades de insulina que necesitaba en función de dichas raciones, trabajo que estuvo supervisado por atención primaria para que se desarrollase de manera correcta. Los logros se objetivaron con la reducción de la hemoglobina glicosilada en 3 puntos que consiguió en el último control analítico (11% a 7,9%).

Conclusiones

Gracias a una buena actuación en equipo por parte de atención primaria, se consiguió que el paciente tomara conciencia de enfermedad, fuera responsable con el tratamiento y modificara aspectos de su vida hacia hábitos más saludables. A pesar de ello, esperamos seguir mejorando el control analítico del paciente así como las complicaciones.

Palabras clave

Diabetes mellitus, insulin dependent, diabetic ketoacidosis.

Lumbalgias que matan

Catalán Casado D¹, Reyes Sánchez T², Morera Pérez P³

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Porvenir. Sevilla

² MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Pablo. Sevilla

³ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Luis. Sevilla

Ámbito del caso

Atención hospitalaria.

Motivos de consulta

Dolor lumbar irradiado hacia miembros inferiores. Elevación de tensión arterial sistólica: 249 milímetros de mercurio (mmhg).

Historia clínica

Antecedentes personales: fumador de un paquete y medio diario desde los 18 años. No factores de riesgo cardiovascular. No realiza ningún tratamiento.

Anamnesis: varón de 66 años que acude a urgencias por dolor lumbar intenso irradiado a miembros inferiores de una hora de duración y que apareció de forma brusca, niega otra clínica asociada.

Exploración física: no palpación de pulsos femorales ni pedios, resto sin hallazgos.

Constantes vitales: temperatura: 36,4ºC. Tensión arterial 249/146 mmhg. Frecuencia cardíaca: 78 latidos por minutos (lpm). Saturación basal de oxígeno: 96 %. Electrocardiograma: ritmo sinusal a 78 lpm, eje normal. Pr normal, bloqueo de rama derecha, no signos de isquemia aguda. Analítica sanguínea: leucocitosis con discreta anemia, enzimas cardíacas normales. Radiografía de tórax: normal. Angio-tac: disección aórtica tóraco-abdominal hasta la bifurcación de las ilíacas.

Juicio clínico: disección aórtica tóraco-abdominal.

Plan de actuación: el paciente ingresa en la unidad de cuidados intensivos.

Evolución: tras realizar varios intentos fallidos por parte de radiología intervencionista el paciente acaba falleciendo a las 72 horas.

Conclusiones

La sospecha clínica basada en la sintomatología, es primordial para el diagnóstico precoz de esta entidad clínica. Sin embargo, existen formas atípicas de presentación que debemos tener presentes, ya que su retraso diagnóstico supone un aumento de la mortalidad.

Palabras clave

Lumbalgia, aortic dissection.

Lo que pueden esconder unas artralgias...

Cámara Bravo I¹, Pedraza Bueno A¹, Pérez Sánchez J²

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Rincón de la Victoria. Málaga

² Médico de Familia. CS Rincón de la Victoria. Málaga

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de consulta

Poliartralgias, fascitis plantar, disestesia en miembros.

Historia clínica

Enfoque familiar y comunitario: mujer 50 años. Ama de casa. 1 hijo-1 hija.

Enfoque individual. Antecedentes personales: sin alergias medicamentosas, no-fumadora. Condrosis-femoropatelar, anticuerpos antiperoxidasa positivo.

Anamnesis: artralgias en tobillos, podalgia y gonalgia bilateral hace 5 años, que no cedía con analgesia habitual. Tras varias consultas similares derivaron a traumatología donde diagnosticaron de pies cavos y gonalgia bilateral. Posteriormente derivaron a rehabilitación por tendinitis aquilea que cedía escasamente con aines, pero impedían actividades básicas (conducir).la paciente continuó vida habitual con clínica similar durante varios años. En 2013 su hijo debido a torpeza en marcha desde infancia, debilidad en manos, temblores y caídas frecuentes sin motivo, es diagnosticado de polineuropatía mixta de predominio desmielinizante, ligada al X con mutación GJB1.por ello, la paciente realizó estudio genético y neurofisiológico confirmándose en ella polineuropatía mixta con severa pérdida axonal y sensitiva a nivel distal en ambas extremidades inferiores. Su otra hija tras realizarse estudio resultó negativa. Derivada a neurología donde asoció pérdida de fuerza con caídas de objetos y torceduras frecuentes. Además nueva cita con rehabilitación tras diagnóstico, por gonalgia bilateral que seguía sin ceder.

Exploración: sugerente de situación externa de ambas rótulas, más dolorosa izquierda. Talón izquierdo sin signos inflamación, aumento de tamaño y dolor a palpación aquilea con movilidad de tobillo limitada. Talón derecho no aumento de tamaño, sí dolor a palpación, movilidad tobillo conservada aunque marcha con claudicación.

Pruebas complementarias: TAC articulaciones femoropatelares: pinzamiento femoropatelar derecha más llamativa en registro de contracción. Así mismo, desviación de ambas rótulas especialmente la derecha. Ecografía aquilea: entesopatía crónica.

Diagnóstico diferencial: otras polineuropatías: metabólicas, nutricionales o tóxicas. Éstas últimas distinguimos adquiridas (más frecuentes) como urémica, infecciosa o diabética y congénitas: neuropatía amiloide familiar, leucodistrofia metacromática (alteración metabolismo lipídico) o porfiria aguda (puede derivar en polineuropatía).

Evolución: seguimiento por neurología y rehabilitación para control de síntomas y por médico de atención primaria. No nuevas incidencias.

Juicio clínico: Charcot-Marie-Tooth

Tratamiento: diacereína, condroitin y aines, además de ejercicios para domicilio y plantillas.

Conclusiones

Charcot-Marie-Tooth (CMT): neuropatía hereditaria periférica más prevalente. Edad promedio 16 años, aunque hay casos en edades más avanzadas. Muestran polineuropatía motriz y sensitiva (debilidad y atrofia distal en miembros inferiores, anomalías en marcha y caídas frecuentes)y pie cavo. Además de déficits de nervios motores, muchos sufren pérdidas sensitivas en manos y pies. Tratamiento: de soporte y esperanza de vida no acortada, excepto formas de déjerine-sottas y formas graves de CMT.

Palabras clave

Polyneuropathy, hereditary, arthralgia

Análisis de la diferencia de edad en diabetes e hipertensión en una población urbana en función del sexo

Mesa Rodríguez P¹, Winkler G², Gamero De Luna E³, Mesa Rodríguez A⁴, Borja Santiago N⁵, Amodeo Arahal M⁶

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Juncal. Sevilla

² Médico de Familia. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla

³ Médico de Familia. CS Juncal. Sevilla

⁴ Enfermero-DUE. Urgencias. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla

⁵ Enfermero-DUE. Especialista en Geriátrica. Residencia Orpea Aljarafe. Sevilla

⁶ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Porvenir. Sevilla

Objetivos

Evaluar la presencia de diabetes y HTA en diabéticos en función de la edad. Evaluar si el sexo tiene influencia en la aparición de estos FRCV.

Diseño

Estudio descriptivo transversal. Marco temporal 2014.

Emplazamiento

Atención primaria. Centro de salud urbano.

Material y método

Muestra: 289 pacientes diabéticos seleccionados, 148 hombres y 141 mujeres. Se ha realizado una selección aleatoria de la mitad de los cupos.

Herramienta de valoración de pacientes diabéticos: historia de salud digital: DIRAYA.

Resultados

Resultados diabetes:

Media de edad en hombres diabéticos 68,17 años, IC 95% 66,4-69,92 años.

Media de edad en mujeres diabéticos 72,52 años, IC 95% 70,92-74,13 años.

Se establece que las mujeres presentan diabetes más tardíamente que los varones, con más de 4 años de diferencia con una $p=0.01$.

Resultados hipertensión

Prevalencia de HTA en diabéticos 77% (223 pacientes), 112 mujeres HTA, 111 hombres HTA. Aproximadamente 50% de incidencia de HTA en ambos sexos.

Media de edad en hombres diabéticos e HTA 68,1 años IC 95% 66,1-70,13 años.

Media de edad en mujeres diabéticas e HTA 73,33 años IC 95% 71,7-74,96 años. Las mujeres diabéticas presentan HTA más tardíamente que los varones con más de 5 años de diferencia con una $p<0.01$.

Conclusiones

Las mujeres presentan diabetes hasta 4 años más tarde que los hombres. Las mujeres diabéticas presentan HTA hasta 5 años más tarde que el género masculino. Las hormonas sexuales femeninas presentan un efecto protector sobre las enfermedades cardiovasculares mientras están presentes.

Palabras clave

Hipertensión, diabetes, síndrome metabólico

Adecuación en el diagnóstico y el tratamiento de la crisis hipertensiva en las urgencias del centro de salud

Delgado Moya M

MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Valverde del Camino. Huelva

Introducción

Se ha observado que en las consultas de urgencias se están sobre diagnosticando crisis hipertensivas, pautando el tratamiento habitual ante cifras tensionales inferiores a las recomendadas.

Objetivos

Objetivo principal: conocer cómo están siendo diagnosticadas y tratadas las crisis hipertensivas en nuestro centro. Objetivo secundario: determinar la adherencia terapéutica que tienen los pacientes que acuden al punto de urgencias con cifras tensionales altas. Esto se hará a través de objetivos específicos.

Diseño

Observacional descriptivo.

Emplazamiento

Atención primaria.

Material y métodos

Población diana: pacientes que acuden a las consultas de urgencias en el centro de salud de Valverde del camino refiriendo cifras tensionales altas como motivo de consulta.

Muestreo: muestreo de conveniencia, de todos los pacientes que acuden en estas circunstancias hasta alcanzar el tamaño de la muestra.

Tamaño de la muestra: 189 pacientes teniendo una prevalencia estimada del 2%, una precisión del 2% con una confianza del 95%.

Variables: edad y sexo del paciente. Tratamiento que realiza el paciente habitualmente y adherencia terapéutica: test de Morisky-Green. Presión arterial (PA) al ingreso, tratamiento indicado, PA al alta, necesidad de derivación a centro hospitalario de referencia. Se realizará una hoja de recogida de datos que se entregará tanto a los médicos que realizan guardias, como a aquellos que atienden la consulta de urgencias durante las mañanas.

Análisis de datos: se realizará un análisis exploratorio de la muestra para poder obtener un perfil del paciente. Posteriormente se determinarán porcentajes, medias y desviaciones típicas, ji cuadrado de Pearson y T-Student.

Limitaciones: el esfigmomanómetro no siempre será el mismo y será usado por diferentes médicos. Si no todos los médicos cumplimentan el cuestionario, puede haber en éstos características comunes que alteren el resultado final del estudio. Es posible que se produzca un sesgo de atención o efecto Hawthorne por parte del equipo médico. Hay mucha desigualdad en el número de guardias que realiza cada facultativo, por lo que los que hacen más guardias verán mayor número de pacientes. Por esta razón, se tendrán en cuenta los pacientes atendidos en la consulta de urgencias de las mañanas, con el fin de que se registren pacientes tratados por todos los médicos del centro de salud.

Aplicabilidad

Debido a la frecuentación de pacientes a urgencias por cifras tensionales altas, es muy importante unificar criterios de diagnóstico y tratamiento ante la crisis hipertensiva y para ello hay que seguir las recomendaciones de las guías de práctica clínica. Además, es interesante conocer las características de estos pacientes para poder hacer así una medicina preventiva y educación para la salud.

Aspectos ético-legales

Se les entregará a los pacientes un consentimiento informado que tendrán que firmar para poder ser incluidos en el estudio. La ley orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal. Ley 41/2002, de 14 de noviembre. Pendiente de aprobación por el comité de ética.

Palabras clave

Hypertension, emergency treatment, diagnosis

Encefalomielitis aguda diseminada

Baena Castro S¹, Aldeanueva Fernández C², García Pigne I³

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Torrox. Málaga

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS. Torre del Mar. Málaga

³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Vélez-Málaga. Málaga

Ámbito del caso

Atención primaria. Urgencias hospitalarias. Pediatría.

Motivos de consulta

Somnolencia y ataxia de 18 horas de evolución.

Historia clínica

Enfoque individual. Antecedentes personales: no alergias medicamentosas conocidas. Hiperreactividad bronquial. Ausencia de patologías crónicas de interés. Calendario vacunal correcto para su edad.

Anamnesis: varón 5 años. Decaimiento y tendencia al sueño de 18 horas de evolución. Episodio de desvanecimiento aislado 6 horas antes. Alteración de la marcha con tendencia a caída hacia la izquierda. Lenguaje coherente pero enlentecido. Cuadro febril hace una semana.

Exploración física: regular estado general. Afebril. Glasgow 14. Pupilas isocóricas normoreactivas. Ptosis palpebral izquierda. Resto pares craneales normales. No diplopia. Signos meníngeos negativos. Fuerza y tono conservados. Reflejos osteotendinosos presentes y simétricos. Lenguaje con bradilalia. Marcha atáxica. Resto normal.

Pruebas complementarias: análisis sangre: hemoglobina 12,3 g/dl. Glucosa 118 mg/dl. Resto hemograma y bioquímica normales. Coagulación, proteinograma y gasometría venosa normales. Serología y PCR virus herpes simple: negativa. Punción lumbar: glucosa cefalorraquídea 77 mg/dl, hematíes 15/mm³, leucocitos 8/mm³. Tomografía axial computerizada craneal con contraste: sin hallazgos patológicos agudos significativos. > Resonancia magnética nuclear craneal y medular con contraste: numerosas lesiones cerebrales, cerebelosas y troncoencefálicas indicativas de patología dis-desmielinizante.

Enfoque familiar y comunitario: Núcleo familiar normo-funcional. Red social con alto apoyo emocional e interacción social positiva.

Juicio clínico: Encefalomielitis aguda diseminada.

Diagnóstico diferencial: Encefalitis herpética.

Tratamiento: metilprednisolona 30 mg/kg/día intravenosa durante 5 días. Prednisona 10 mg oral durante 14 días en dosis decreciente.

Evolución: Durante su ingreso ha permanecido afebril con constantes mantenidas. La evolución clínico-radiológica mostró agravamiento progresivo con disminución de tono, fuerza y alteración del nivel de conciencia. Tras instauración de tratamiento se evidencia mejoría neurológica completa. Dos meses después del cuadro clínico permanece asintomático, sin secuelas neurológicas y pruebas complementarias normales.

Conclusiones

La emad es la causa más frecuente de afectación de la sustancia blanca en el niño. La incidencia es mayor en la edad prepuberal y afecta más a varones. Tiene predominio estacional, siendo más frecuente en invierno y primavera. Es muy importante su sospecha desde atención primaria o servicio de urgencias dada la gran respuesta y raras secuelas neurológicas tras instaurar tratamiento precoz.

Palabras clave

Ataxia. Fatigue. Encephalomyelitis.

Introducción del arteterapia en atención primaria

Hernández Galán J

Médico de Familia. CS Casariche. Sevilla

Introducción

Arteterapia es una alternativa a terapias verbales, en donde la práctica artística facilita el acceso al mundo interno de la persona. El trabajo con imágenes permite que las emociones se puedan expresar y elaborar; permitiendo el acompañamiento y/o hasta llegar a una comprensión o resolución. Este proceso sucede dentro de un marco seguro que propicia la relación de confianza entre el paciente y el arteterapeuta. La presencia del objeto artístico permite abordar conflictos internos de manera indirecta, a través de símbolos y metáforas que van surgiendo en las obras. Para muchas personas es más fácil relacionarse con el terapeuta a través del objeto artístico, el cual como afirmación personal, proporciona un centro de debate, de análisis y de autoevaluación. El arteterapia no solo trabaja con las imágenes, sino también con todo el potencial de significados que se despliegan en todo el proceso creativo. Se observa la introducción progresiva del arteterapia en la sanidad pública de países como Australia, Canadá, Estados Unidos, Holanda y Reino Unido. En nuestro país algunos hospitales de referencia incluyen el arte dentro de sus terapias; pero no sucede lo mismo en atención primaria; aún y cuando el potencial de la red primaria es mayor.

Objetivos

Utilizar el arteterapia como vehículo para la mejora social, física, psíquica y personal. Fomentar la creatividad como instrumento de autoconocimiento, refuerzo del ego y de la autoestima.

Diseño

Diseño experimental. Inclusión de sesiones de arteterapia en los centros de salud (atención primaria) y comprobar sus efectos en la calidad de vida de los pacientes que acuden a él.

Emplazamiento

Centros de salud. Atención primaria.

Material y métodos

Sesiones semanales, individuales o grupales de arteterapia de 60-90 minutos, adaptados a colectivos vulnerables, inmigrantes, niños, adolescentes, tercera edad, víctimas de violencia de género, salud mental y/o cuidados paliativos. Se determinará el grupo según la demanda de la población del centro y tras valoración del equipo conformado por médico de familia, enfermero, trabajador social y arteterapeuta. La inclusión o exclusión definitiva del paciente en las sesiones de arteterapia será decisión final del arteterapeuta, tras entrevista inicial y consentimiento del paciente. Toda la información obtenida en los talleres regresará al equipo multidisciplinar, para el seguimiento de cada paciente.

Aplicabilidad

Posibilidad de tratar en atención primaria trastornos emocionales y psicológicos detectados por los médicos de familia y pediatras; mediante la utilización del espacio disponible en los centros de salud, para impartir sesiones de arteterapia y así proporcionar un espacio de ayuda para los pacientes.

Aspectos ético-legales

Valoración comité de investigación. Valoración comité ético. Consentimiento informado.

Palabras clave

Art therapy, primary health care, therapy

La citología como método de screening en la patología de cérvix

Herrera Bernal M, Cabello Orozco C, Domínguez Sánchez P

Médico de Familia. Hospital de Jerez de la Frontera. Cádiz

Objetivos

Conocer la incidencia de la patología de cérvix diagnosticada mediante el screening citológico en una población de un centro de primaria durante los años 2013 y 2015.

Diseño

Estudio observacional, transversal y descriptivo.

Emplazamiento

Centro de atención primaria.

Material y método

Se compara el número de patologías de cérvix diagnosticadas mediante realización de citología en el centro de salud, en los años 2013 y 2015. Se tomaron las citologías informadas como patológicas; y las variables fueron la edad y las diferentes patologías, incluyendo el HSIL, LSIL y la positividad ante el HPV.

Resultados

Se estudiaron un total de 2190 citologías, 903 realizadas en 2013 y 1287 en 2015. De las realizadas en 2013, 3 pacientes con edades comprendidas entre los 25 y los 47 años, fueron diagnosticadas de LSIL; ninguna con HSIL y 6 con HPV positivo con edades entre los 24 y 49 años. En 2015, se detectaron 21 pacientes con LSIL y edades entre los 25 y 55 años; 4 pacientes con HSIL entre los 21 y los 32; y 49 pacientes con HPV positivo entre los 20 y 52 años.

Conclusiones

A pesar de la diferencia muestral en ambos años, se aprecia un aumento importante de la incidencia de la patología de cérvix. Destaca el diagnóstico de pacientes con HSIL a edades tempranas; y el aumento de la presencia de HPV; lo que conlleva a la necesidad de dar prioridad a la educación sexual y a la recomendación del screening citológico en pacientes jóvenes por parte del médico de familia.

Palabras clave

Cérvix cáncer, human papilloma virus, cytology.

Doctora Hadra, estoy vomitando sangre pero quiero que me vea usted antes de ir a urgencias

Oualy-Ayach Hadra G¹, Vasco Roa T², Mancilla Mariscal I³

¹ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Úbeda. Jaén

² Médico de Familia. CS Úbeda. Jaén

³ Médico de Familia. Hospital San Juan de la Cruz. Úbeda (Jaén)

Ámbito del caso

Atención primaria, urgencias y digestivo.

Motivos de consulta

Vómitos de varios días de evolución, los últimos con sangre y epigastralgia.

Historia clínica

Varón de 30 años de edad, sin AP de interés ni alergias medicamentosas, acude a consulta un lunes a última hora refiriendo que esa mañana había vomitado 5-6 veces y las dos últimas contenían sangre roja en poca cantidad. Le dolía el estómago. Sabía que la clínica era de algo “serio” pero quería que lo viese yo y después haría lo que le indicase. Añade que el fin de semana había bebido “demasiado” alcohol y en las últimas 24 horas había tenido 3 deposiciones blandas, pastosas y oscuras, sin sangre.

Exploración física: BEG, eupneico, discreta palidez de piel, no de mucosas, bien hidratado, abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación de epigastrio, sin defensa, masas ni megalias, ruidos intestinales presentes. Tacto rectal con restos de heces oscuras. Resto normal. TA 110/60, FC 87lpm.

Enfoque familiar y comunitario: soltero, vive con sus padres, nivel cultural medio/alto, trabajador activo, red de amigos con los que sale todos los fines de semana. Conocido por acudir con sus padres a consultas programadas.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: hematemesis con estabilidad hemodinámica a filiar causa de manera urgente. Úlcera gástrica, síndrome Mallory-Weiss, varices esofágicas, erosiones faríngeas. A parte de la patología orgánica habría que replantear la relación médico-paciente.

Tratamiento y planes de actuación: se cogió vía, administró omeprazol y se derivó a urgencias.

Evolución: realizan endoscopia digestiva alta urgente diagnosticando Mallory-Weiss, tratándolo y dando alta domiciliaria en 72horas.

Conclusiones

La confianza en la relación médico paciente es muy importante pero no hay que llegar a la dependencia. El paternalismo debe cambiarse por educación sanitaria en la que el responsable de su salud es el paciente y según la patología que sufra deberá acudir al sitio más indicado para valorarla ya sea su médico u otro lugar. A pesar de ser médicos de atención primaria debemos estar al día de las patologías agudas y graves puesto que en cualquier momento se nos puede presentar en consulta un caso como este.

Palabras clave

Epigastric pain, Mallory-Weiss, Vomiting blood

Evaluación de un programa de mindfulness para la prevención de estrés y burnout en residentes de medicina de familia

Liétor Villajos N¹, Jiménez Herrera M², García Jiménez A³, Moraleda Barba S⁴

¹ Médico de Familia. CS Belén. Jaén;

² Médico de Familia. Servicio de Urgencias Hospital Ciudad de Jaén. Jaén

³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Belén. Jaén

⁴ Médico de Familia. CS Virgen de la Capilla. Jaén

Introducción

Diversos estudios confirman la elevada prevalencia de estrés y Burnout en el sector sanitario afectando a todas las categorías profesionales. Se estima que uno de cada tres médicos lo sufrirá a lo largo de su vida laboral, manifestándose desde el periodo de la residencia de la especialidad. En la bibliografía consultada la prevalencia de Burnout oscila entre el 30% y el 70% de los médicos residentes. Diversas instituciones y sobre todo las universidades están creando programas de intervención orientados a disminuir y/o prevenir la aparición de estos fenómenos en aras de aumentar la calidad del periodo de aprendizaje porque, cada vez con más evidencia, aumentará paralelamente el bienestar del participante y la calidad del servicio posterior, haciendo especial referencia a la mejora de la empatía y la disminución de los errores médicos. El trabajo consiste en la elaboración de un protocolo de intervención basado en mindfulness y su aplicación posterior sobre médicos residentes.

Objetivos

El objetivo principal es determinar el efecto que producirá este protocolo en la reducción y/o prevención del estrés y del Burnout. Como objetivos secundarios incluimos el análisis de la prevalencia de estrés y burnout en esta población.

Diseño

El diseño es de un estudio cuasi-experimental con realización de pretest y posttest. Se utilizarán los cuestionarios PSQ (estrés percibido), MBI (Burnout) y FFMQ (rasgo mindful) además de la medición de cortisol en saliva. Como variables independientes utilizaremos las correspondientes a los datos sociodemográficas, además de las que sospechamos pueden intervenir en la generación de estrés laboral: hábitos de vida, espiritualidad, relaciones interpersonales, tiempo dedicado a la formación y número de guardias.

Emplazamiento

Se aplicará a la población de médicos residentes de medicina de familia.

Material y métodos

Intervención: consta básicamente de 4 semanas de intervención presencial y otras 4, intercaladas, de práctica por parte de los participantes. Tendrá, además, una jornada inicial y otra de finalización. Se harán sesiones recordatorias a los 6 y 12 meses. Los elementos más sobresalientes del programa están extraídos de mindfulness con elementos de psicología positiva y promoción de estilos saludables de vida; todo ello se complementará con la introducción de prácticas meditativas tanto formales como informales.

Se analizará la repercusión obtenida sobre el estrés percibido y sobre cada una de las dimensiones del burnout: cansancio emocional, despersonalización y realización personal. También se observará la posible repercusión sobre el cortisol en saliva. Se realizará un estudio multivariante para tratar de establecer la relación de riesgo entre los distintos factores incluidos en el estudio ya aparición de estrés laboral.

Aplicabilidad

En caso de que la aplicación del protocolo arrojará cambios positivos favorables, se propondría incluirlo en el catálogo formativo de la unidad docente de medicina de familia

Aspectos ético-legales

Ha sido aprobado por el comité de ética de la investigación de Jaén el 31 de marzo de 2016.

Se ha diseñado un modelo específico de consentimiento informado para la aplicación del protocolo.

Palabras clave

Physicians family, Burnout, Mindfulness

Dolor abdominal por causa inesperada

Matamoros Contreras N¹, Valenzuela Cortés M², Márquez Martínez A³

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Merced. Cádiz

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Loreto-Puntales. Cádiz

³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. Cayetano Roldán. Cádiz

Ámbito del caso

Servicio de urgencias.

Motivos de consulta

Dolor en flanco izquierdo.

Historia clínica

Varón de 39 años, sin antecedentes de interés, salvo hernia inguinal pendiente de intervención, ni hábitos tóxicos. Acudió por dolor en flanco izquierdo de unas horas de evolución, sin otra sintomatología acompañante. Sin fiebre, sin náuseas ni vómitos y sin alteraciones miccionales ni del hábito intestinal.

A la exploración el paciente presentaba buen estado general, abdomen blando y depresible, algo distendido, sin signos de irritación peritoneal ni defensa. Resto de la exploración sin hallazgos.

Se realizó ecografía abdominal donde se identifica una lesión de localización probablemente retroperitoneal, quística, de unos 13x16 cm, con múltiples septos en su interior, sin poder determinar su procedencia, probablemente pancreática o renal, a incluir dentro del diagnóstico diferencial quiste renal complejo, pseudoquiste pancreático o lesión neoplásica retroperitoneal. Se realiza más tarde un TAC de tórax, sin hallazgos patológicos, y un TAC abdominal, donde se visualiza un quiste esplénico complejo, siendo la primera posibilidad diagnóstica, dadas las características, un quiste de origen hidatídico.

El paciente mantenía el dolor controlado con la medicación pautada. Independiente. Vivía con su esposa. Tenía contacto con perros.

Juicio clínico: quiste hidatídico.

Dado su buen estado general y la ausencia de comorbilidad, es valorado por cirugía general para realización de esplenectomía.

Conclusiones

La equinococosis o hidatidosis humana es una zoonosis causada por cestodos del género *Echinococcus*. La infección del humano por *E. Granulosus* da lugar a la formación de quistes, más frecuente en hígado, que pueden crecer alrededor de 1 - 50 mm/año o persistir sin cambios. El principal síntoma es por compresión, debido a que es una masa ocupativa que puede causar desplazamientos importantes. En este caso cabe destacar la importancia de una buena anamnesis, recogiendo antecedentes de interés como puede ser en este caso el contacto con animales, en especial con perros domésticos. Aunque no es una patología que veamos normalmente en nuestras consultas de atención primaria, no debemos olvidar que existe en nuestro medio, que es verdad que en gran parte de los casos es asintomática pero en otros puede dar síntomas importantes, incluso llegar a la ruptura espontánea.

Palabras clave

Echinococosis, zoonoses, splenomegaly.

Información y conspiración de silencio en pacientes oncológicos en cuidados paliativos (POP)

López Díaz J¹, Uceda Torres M²

¹ UGC Molino de la Vega

² Hospital Vázquez Díaz. Equipo Soporte Paliativos

Objetivos

Conocer la información que tienen pacientes y familiares al derivarse a cuidados paliativos. Analizar si existe conspiración de silencio y conocer sus motivos.

Diseño

Estudio descriptivo observacional y transversal de pop y sus familiares.

Emplazamiento

Pacientes en programa de cuidados paliativos.

Material y método

Entrevista estructurada. Escala Likert de conspiración del silencio.

Criterios de inclusión: pop sin deterioro cognitivo, cuidador principal del paciente.

Criterios de exclusión: negativa a participar, deterioro cognitivo, no entender castellano.

Resultados

Seleccionamos 69 pop y familiares, excluyéndose 12, diez por deterioro cognitivo y 2 por no entender castellano. De los 57 pop encuestados: 57,9% conocía el diagnóstico de su enfermedad, 35,1% no y 7% lo intuía. El 47,4% no conocía su pronóstico, 26,3% sí y 26,3% lo intuía. Un 71,9% no realizaba preguntas sobre su enfermedad y el 73,7% presentaba negación de la misma. En los familiares, el 96,5% conocía el diagnóstico y el 93% el pronóstico. El 52,6% no había ocultado el diagnóstico al paciente pero el 71,9% sí habían ocultado el pronóstico. En el 100% de los casos se hizo para proteger al paciente y no generó conflicto familiar.

Conclusiones

Un 60% de los pop conoce su diagnóstico pero sólo un 25% su pronóstico. En más del 70% de los casos no realiza preguntas sobre su enfermedad y presenta negación. Existe conspiración de silencio sobre el diagnóstico de la enfermedad en el 50% de los casos, llegando al 71,9% en el pronóstico. Todos los familiares ocultan esta información para proteger al pop.

Palabras clave

Palliative care, medical oncology, palliative familiars.

Foto exposición solar crónica en zona rural

Mesa Rodríguez P¹, Mesa Rodríguez A⁴, Borja Santiago N⁵, Satue Ripoll A⁴, Amodeo Arahall M⁶, Winkler G²

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Juncal. Sevilla

² Enfermero-DUE. Urgencias. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla

³ Enfermero-DUE. Especialista en Geriátrica. Residencia Orpea Aljarafe. Sevilla

⁴ Médico de Familia. Consultorio El Ronquillo. Sevilla

⁵ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Porvenir. Sevilla

⁶ Médico de Familia. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla

Objetivos

Concienciar a los profesionales y a la población de la importancia de una correcta prevención de la fotoexposición solar. Evaluar la incidencia acumulada de lesiones y carcinomas relacionados con la fotoexposición solar crónica. Evaluar a que edad se desarrollan con más frecuencia.

Diseño

Estudio descriptivo transversal. Selección de pacientes: todos los pacientes con este marco temporal: desde marzo 2015, hasta marzo 2016.

Emplazamiento

Atención primaria. Zona rural.

Material y método

Ámbito del estudio: atención primaria, zona rural. Población: 1442 habitantes. Pacientes del cupo 1228; pacientes mayores de 7 años 1151 pacientes

Definimos como: carcinomas: carcinomas basocelulares y enfermedad de bowen. -lesiones precancerígenas: queratosis actínicas.

Resultados

En nuestra población hemos diagnosticado en un año 9 carcinomas basocelulares y 2 enfermedades de Bowen, y 5 queratosis actínicas. La media de edad de los pacientes con lesiones relacionadas con el sol (cancerígenas y precancerígenas) es de 72,875 años, DS 13,5 años. La incidencia acumulada es de 1,4% al año. La media de edad con lesiones cancerígenas relacionadas con el sol es de 72,273 años y DS 12,8 años la incidencia acumulada de las lesiones cancerígenas es de 0,96% al año.

Conclusiones

En esta población rural diagnosticamos 11 carcinomas relacionados con la exposición solar, todos ellos localizados en zonas fotoexpuestas. - de seguir esta progresión en 5 años podríamos llegar a diagnosticar en esta población más de 50 carcinomas por fotoexposición solar. Debemos de concienciar a nuestra población de la importancia de la fotoprotección para promover la prevención de estas lesiones.

Palabras clave

Basalioma, carcinoma basocelular, fotoexposición solar.

Tiempo de demora en diagnóstico y tratamiento del cáncer

Cañaveras León E, Dastis Bendala C

Médico de Familia. CS Pino Montano B. Sevilla

Objetivos

Conocer los tiempos transcurridos entre los distintos momentos en la historia natural del cáncer. Recogida de antecedentes familiares, familiares y factores de riesgo en historia digital.

Diseño

Estudio descriptivo de una serie de casos.

Emplazamiento

Centro de salud.

Material y método

Revisión de historias de 26 pacientes diagnosticados de cáncer colorrectal, pulmón, mama, próstata y cérvix entre enero de 2012 y diciembre de 2015. Análisis estadístico: variables cuantitativas: mediana, desviación estándar. Cualitativas: porcentajes.

Resultados

El tiempo transcurrido desde la derivación de atención primaria hasta primera visita a especialista es de 49 días, si es a través de urgencias es de 3 días. El tiempo que transcurre desde la derivación de atención primaria hasta recibir primer tratamiento es de 197 días, si es desde urgencias el tiempo es de 85 días. Desde la aparición de los primeros síntomas hasta recibir primer tratamiento transcurren 226 días. El tiempo desde la primera visita al especialista hasta informe de anatomía patológica es de 70 días. En un 30 % de los casos se realizaron actividades preventivas y en menos del 20 % de las historias se recogieron factores de riesgo. En ninguna de ellas se describían antecedentes familiares.

Conclusiones

Hay una importante demora tanto en el diagnóstico y tratamiento del cáncer en nuestra zona. Los casos diagnosticados en urgencias pueden deberse a un hallazgo casual o bien por ser pacientes en estadio avanzado muy sintomáticos. Escasez de datos en las historias sobre factores de riesgo, antecedentes familiares y personales para estratificar riesgos de cada paciente.

Palabras clave

Time, delay, cáncer

Cefalea de causa oftalmológica

Trillo Díaz E¹, Sánchez Ruiz Y², Ruano García J³

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Vélez Norte. Málaga

² MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Vélez Norte. Málaga

³ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Torre del Mar. Málaga

Ámbito del caso

Urgencias.

Motivos de consulta

Cefalea y vómitos.

Historia clínica

Varón de 43 años, sin alergias medicamentosas.

Antecedentes personales: diabetes mellitus tipo 1 con retinopatía y nefropatía diabéticas avanzadas. Amaurosis bilateral, sólo percibe luz por ojo derecho. Insuficiencia renal. Hipertensión arterial. Intervenciones quirúrgicas: trasplante renal-páncreas, vitrectomía, enucleación ojo izquierdo. Tratamiento: lantus, humalog, losartán, cellcept, advagraf, prednisona, brinzolamida colirio. Enfermedad actual: refiere cefalea intensa fronto-orbitaria derecha, de aproximadamente 12 horas. Se acompaña de náuseas, vómitos (5-6) y sonofobia. Estuvo en urgencias previamente donde le pusieron analgesia intramuscular; mejoró algo y consiguió dormirse, pero posteriormente le ha despertado la cefalea.

Exploración física: afectado por el dolor. Exploración neurológica sin signos de focalidad (no puede explorarse visión por amaurosis), hiperemia conjuntival derecha, prótesis ocular izquierda, resto de exploración anodina. Se solicita valoración por oftalmología: ojo derecho: solo percibe luz, presión intraocular 45 mmhg. Biomicroscopia ojo derecho: destaca cámara anterior llena de silicona. Fondo de ojo: retina panfotocoagulada. Pruebas complementarias: analítica: creatinina 1.72, filtrado glomerular 44, resto de bioquímica y hemograma normales. TAC craneal normal.

Enfoque familiar: el paciente vive con su madre, quien le ayuda en las actividades diarias.

Juicio clínico: glaucoma agudo de ángulo cerrado secundario a silicona puesta en vitrectomía.

Diagnóstico diferencial: migraña.

Tratamiento: se pauta analgesia y antiemético. Y se realiza iridotomía con láser, que no es funcionante, existe sinequia 360º anterior. Se traslada al paciente al hospital de referencia para valoración de cirugía y explante de silicona. Allí, descartan cirugía puesto que no conseguirá mejoría funcional del ojo. Por ello, ante la imposibilidad de poner manitol (por insuficiencia renal), pautan tratamiento oral con acetazolamida y tópico con timolol y dexametasona.

Evolución: buena, con control de la cefalea. Seguirá revisiones en oftalmología.

Conclusiones

Destacar la importancia de hacer un correcto diagnóstico diferencial para poder discernir causas urgentes o importantes de cefalea, sin olvidar el cuadro ocular. En este caso faltaba la pérdida de visión (ya presente previamente) para orientarnos al diagnóstico. De ahí el interés del buen despistaje etiológico.

Saber identificar signos de alarma como cefalea que despierta por la noche o cefalea de características diferentes a la habitual; y prestar atención a síntomas acompañantes como dolor ocular, síntomas vegetativos y visión borrosa.

Palabras clave

Cefalea, vómitos, baja visión

¿Sólo embriaguez?

Fernández Pérez M

Médico. DCCU AGS Sur de Sevilla. Sevilla

Ámbito del caso

Urgencias extrahospitalarias.

Motivos de consulta

“a mi novia le pasa algo, no sabía qué hacer, hemos bebido bastante”.

Historia clínica

El dispositivo de urgencias móvil se encontraba atendiendo a un paciente cuando irrumpe un vehículo con otro motivo de consulta. La pareja de la mujer de 42 años, que se encontraba en decúbito prono, refiere que se encuentra mal tras ingesta enólica y alguna calada a un porro. Sin antecedentes de interés, no identifica antecedente traumático y niega consumo de otros tóxicos. Al reinterrogar a la paciente no recuerda lo ocurrido, se queja de dolor cervical.

A la exploración hálito enólico, con pupilas medias-mióticas reactivas a la luz, que mejoran tras administrar naloxona 0,4mg, piridoxina 300mg y dexketoprofeno 50mg intravenosos. Moviliza 4 miembros, resto de la exploración anodina. TA: 127/78mmhg, saturación O2: 98%, glucemia capilar: 112mg/dl, EKG: ritmo sinusal, brdhh, PR límite, 58spm.

Se traslada a hospital comarcal para continuidad asistencial con juicio clínico de síncope/intoxicación etílica. En urgencias de hospital comarcal persiste dolor cervical y comienza a referir pérdida de sensibilidad en extremidades. Como la exploración resulta dudosa se deriva por evolución tórpida de intoxicación etílica. En urgencias de hospital nivel 1 persiste clínica y sigue sin identificar antecedente traumático. Presenta pérdida de sensibilidad y movilidad desde cuello hacia abajo catalogándose como funcional inicialmente. Tras administración de clorazepato dipotásico 25mg intramuscular, aparece disnea y mal manejo de secreciones destacando a la exploración tetraplejia con anestesia en miembros superiores e inferiores. Se realiza TAC cráneo y angiotac evidenciándose luxación interapofisaria completa C4-C5 con bloqueo y anterolistesis de grado IV. Se realiza inmovilización cervical e ingresa en uci para estabilización de columna vertebral por neurocirugía. Presenta evolución tórpida con lesión medular aguda traumática nivel sensitivo-motor C4 derecha/ C3 izquierda grado a (ASIA) y shock medular.

Conclusiones

Es importante tener presente la posibilidad de antecedente traumático en la asistencia por intoxicación etílica porque son frecuentes las caídas y golpes con amnesia del episodio teniendo consecuencias graves como en este caso. Hay que añadir en una aproximación inicial el control cervical en la asistencia extrahospitalaria de estos pacientes.

Palabras clave

Intoxicación etílica, dolor cervical, luxación vertebral, embriaguez, tetraparesia.

Faringoamigdalitis aguda de repetición

Chamocho López M¹, Portela Filgueiras E², Carbajo Martín L³

¹ Médico de Familia. Hospital de Alta Resolución Utrera. Sevilla

² Médico General. Hospital de Alta Resolución Utrera. Sevilla

³ Médico de Urgencias. Hospital de Alta Resolución Utrera. Sevilla

Ámbito del caso

Urgencias.

Motivos de consulta

Cuadro de fiebre y odinofagia.

Historia clínica

Paciente de 40 años de edad sin antecedentes personales de interés ni alergias medicamentosas que acude al servicio de urgencias por cuadro de fiebre y odinofagia. Ha sido diagnosticada en varias ocasiones de amigdalitis y tratada frecuentemente con antibioterapia, cediendo el cuadro. Contabilizamos hasta 6 crisis en el último año y en otros años refiere cuadros similares. En esta ocasión la paciente presenta bastante afectación del estado general por lo que decidimos derivar a hospital de referencia para completar estudio.

Juicio clínico: amigdalitis aguda de repetición. En hospital de referencia, se realiza analítica de sangre sin alteraciones ya que no presenta leucocitosis, ASLO de 373. Se deriva a consulta de ORL donde se realiza TAC de cuello apreciando solo pequeñas adenopatías cervicales de aspecto reactivo – inflamatorio.

Evolución: finalmente la paciente es diagnosticada de síndrome Pfapa cuyo tratamiento es corticoterapia y presenta buena respuesta y evolución.

Conclusiones

El síndrome de Pfapa es una enfermedad autoinflamatoria. Probablemente puede ser la más frecuente que cursa con fiebre periódica, en la que se sospecha etiología inmune por su buena respuesta a corticoides pero, en realidad, su etiología es desconocida en la actualidad. La fiebre es condición necesaria para el diagnóstico. Suele estar muy elevada y presenta mala respuesta a antitérmicos o antiinflamatorios no esteroideos. Además aparecen otros signos como faringitis, pultácea o no, y adenopatías cervicales. Ante una sospecha de Pfapa las pruebas complementarias que habría de solicitar son: hemograma y marcadores de inflamación como PCR y VSG, tanto en crisis como en intercrisis, donde se han de normalizar. A veces se necesitan exploraciones más avanzadas como nivel de cuantificación de inmunoglobulinas plasmáticas, g, a, m incluida IGG. Por último en cuanto al tratamiento se usan principalmente prednisona o prednisolona, en dosis única de 1-2mg/kg los dos primeros días y luego mitad de dosis 3º y 4º día. Otra opción es betametasona a 0.3mg/kg por su vida media más larga.

Palabras clave

Pharyngitis, Tonsillitis, Adrenal cortex hormones

Lo que puede haber detrás de la enuresis nocturna

Herrera Bernal M, Domínguez P, Vilchez Cobos Á

Médico de Familia. Hospital de Jerez de la Frontera. Cádiz

Ámbito del caso

Atención hospitalaria. Servicio de urgencias.

Motivos de consulta

Enuresis nocturna.

Historia clínica

Paciente de 33 años, sin antecedentes personales de interés; que acude derivada por su médico de familia tras presentar episodio de enuresis nocturna del que la paciente no ha sido consciente hasta que se ha levantado por la mañana. En el informe aportado por su médico, refiere diagnóstico de itu hace 1 mes que no mejoró con fosfomicina; y además presenta nicturia cada vez más frecuente. Por último, la paciente refiere bultoma en flanco derecho desde hace unos días. La paciente es madre de un bebé de 13 meses. Su padre recientemente fallecido por una neoplasia pulmonar.

A la exploración se objetiva masa en región subcostal derecha, indurada, que podría confundirse con la consistencia de un arco costal, pero que no presenta simetría con el lado contralateral. Se solicita hemograma, coagulación y bioquímica con función renal que resulta normal. En sedimento urinario mínima leucocituria y microhematuria. Se realiza ecografía abdominal, hallándose gran masa renal derecha de más de 11 centímetros junto con adenopatías retroperitoneales.

Ante los hallazgos descritos, se decide ingresar a la paciente para completar estudio. Se realiza TAC toraco-abdominal donde se informa de masa renal derecha sugestiva de neoplasia urotelial con trombosis de la vena renal y protrusión del trombo tumoral a vena cava inferior; con metástasis ganglionares, pulmonares y óseas. Se estudia el caso y dada la invasión de la vena cava se decide derivar al hospital de siguiente nivel para intento de nefrectomía y exéresis de trombo en cava.

Conclusiones

En ocasiones, síntomas tan poco llamativos como la enuresis pueden alertar sobre una patología mucho más grave y en la actividad médica de hoy, solemos pasar por alto este tipo de información (ya sea por la alta carga asistencial, por la falta de conocimientos, por la ausencia de datos de alarma...). A pesar del mal pronóstico final, cabe destacar la adecuada actuación del médico de familia, derivando a la paciente ante un síntoma tan poco sugestivo de malignidad como puede ser la enuresis nocturna. Es otro ejemplo más de que la buena coordinación de los niveles asistenciales es la clave para el funcionamiento del sistema sanitario.

Palabras clave

Nocturnal enuresis, renal cancer, metastasis.

“Diarrea crónica: un caso de tumor neuroendocrino”

Pérez Delgado De Torres M¹, Aguilera Luna A², Peña Guerrero P²

¹ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Camas. Sevilla

² Médico Adjunto. CS Camas. Sevilla

Ámbito del caso

Atención primaria y atención hospitalaria.

Motivos de consulta

Diarrea de más de tres meses de evolución.

Historia clínica

Enfoque individual: varón de 46 años, ex-fumador de 1 paquete diario desde hace 8 años, que consulta a su médico de familia por diarrea postprandial sin productos patológicos de más de tres meses de evolución sin focalidad infecciosa ni síndrome constitucional acompañantes.

Se solicitan coprocultivo, parásitos en heces, estudio de celiaquía e intolerancia a la lactosa con resultado negativo. Al recoger los resultados, refiere pérdida de peso y tumoración supraclavicular izquierda no dolorosa y adherida a planos profundos, solicitándose radiografía de tórax con ensanchamiento mediastínico derecho y derivándose a consultas de medicina integral. Allí realizan analítica con estudio de autoinmunidad y serología normales, estudio de marcadores tumorales con antígeno carcinoembrionario, enolasa neuronal específica y cromogranina a elevados, biopsia de adenopatía supraclavicular con infiltración por tumor neuroendocrino (KI 67 no estimado por escasez de tejido, no mitosis), y TAC cuello-tórax –abdomen-pelvis con resultado de metástasis adenopáticas supradiaphragmáticas de tumor neuroendocrino de primario desconocido. Para filiar el origen del tumor primario se solicitan catecolaminas en orina y colonoscopia normales, endoscopia oral con compresión extrínseca de esófago superior y fibrobroncoscopia con punción transbronquial de conglomerado adenopático paratraqueal derecho y precarinal con resultado de infiltración por tumor neuroendocrino. Para ampliar estudio de extensión y evaluar tasa de proliferación tumoral se solicita PET-TAC FDG con adenopatías cérvico-mediastínicas bilaterales metabólicamente positivas. Para determinar grado de diferenciación tumoral, se realiza octreoscan con moderada expresión de receptores de somatostatina.

Juicio clínico: metástasis ganglionares supradiaphragmáticas de tumor neuroendocrino de origen desconocido (probable origen pulmonar).

Tratamiento y planes de actuación: se indica tratamiento quimioterápico. Revisión en consultas de oncología.

Evolución: recibe primer ciclo de quimioterapia con buena tolerancia.

Conclusiones

Los tumores neuroendocrinos son neoplasias poco frecuentes con una gran heterogeneidad clínica y bioquímica. La mayoría son de origen gastroenteropancreático (65%) seguidos por los broncopulmonares (25%). Aproximadamente el 25% son funcionantes. Más del 95% son esporádicos, aunque también suceden dentro de síndromes hereditarios familiares como los síndromes de neoplasia endocrina múltiple men 1 ó men 2, entre otros.

Palabras clave

Diarrea (diarrhea), adenopatía (ganglion), carcinoma neuroendocrino (neuroendocrine carcinoma).

Dolor abdominal en fosa ilíaca izquierda: diagnóstico diferencial

Rodas Díaz M¹, Trillo Díaz E²

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Torrox. Málaga

² MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Vélez-Norte. Málaga

Ámbito del caso

Urgencias hospitalarias, ginecología.

Motivos de consulta

Dolor en fosa ilíaca izquierda con náuseas y vómitos.

Historia clínica

Enfoque individual. Antecedentes personales: no alergias medicamentosas conocidas. Mioma uterino. Salpingitis. Endometrioma. Intervención quirúrgica: miomectomía. Salpinguectomía. Laparoscopia por síndrome adherencial. Fur tres días antes.

Anamnesis: acude por dolor en fosa ilíaca izquierda junto a náuseas y vómitos (le recuerda clínicamente a la salpingitis) a pesar de tratamiento analgésico (paracetamol e ibuprofeno).

Exploración: regular estado general. Bien hidratada y perfundida. Normocoloreada. TA 132/62mmhg. FC 84lpm. Tª 37.1ºc. Auscultación: tonos rítmicos sin soplos. Buen murmullo vesicular sin ruidos patológicos. Abdomen: defensa abdominal. No masas ni megalias. Doloroso a la palpación en fosa ilíaca izquierda. Murphy y Blumberg negativos. Psoas positivo. Puño percusión renal bilateral negativas. Extremidades: normales.

Pruebas complementarias: analítica: HB 10.6. Leucocitos 11810 (FI 84.90% n). Sistemático orina: leucocitos 25, resto normal. Ecografía abdominal: lesión sólido-quística de ovario izquierdo probablemente neoplásica (altamente sugestivo de cistoadenoma-cistoadenocarcinoma ovárico). Útero polimiomatoso. Quiste complejo en relación con polo inferior de riñón izquierdo. Se contacta con ginecología para valoración.

Enfoque familiar y comunitario: núcleo familiar normofuncional, buen apoyo social. Madre cáncer de útero y ovario, y linfoma no hodgkin.

Juicio clínico: cistoadenocarcinoma ovárico.

Diagnóstico diferencial: cistoadenoma ovárico. Salpingitis. Diverticulitis.

Tratamiento, planes de actuación. Derivación a ginecología.

Evolución: se continúa con analgesia intravenosa, con buen control del dolor. Ecografía trasvaginal: útero anteversión, miometrio heterogéneo. Imagen ecomixta parauterina izquierda con papilas de 81x51mm. Permanece ingresada a cargo de ginecología para control del dolor y completar estudio. RMN abdomino-pélvica: masa compleja anexial izquierda sugerente de cistoadenocarcinoma con pequeña cantidad de líquido libre abdomino-pélvico. Útero polimiomatoso. Discreto derrame pleural bilateral. Imagen nodular de aspecto sólido, con crecimiento exofítico, en polo inferior de riñón izquierdo. TAC tórax: derrame pleural moderado. Imágenes milimétricas sólidas inespecíficas en ambos pulmones. Neomarcadores: CA 125 42.6ui/l, CA 19.9 7.9ui/l, he 4 normal, CA 15.3 normal. A la semana del ingreso se presenta en comité de tumores y se traslada al hospital de referencia para tratamiento quirúrgico.

Conclusiones

Ante una paciente con dolor abdominal, pensar también en un origen ginecológico. Con una exploración patológica, a pesar de que las pruebas analíticas sean normales, es recomendable realizar pruebas de imagen.

Palabras clave

Abdominal pain, ovarian cancer, salpingitis.

Dolor torácico de características pleuríticas en varón joven

Crespo Cañete M¹, Rodríguez García R¹, Domínguez Arias J²

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Velada. Cádiz

² Médico de Medicina. CS De La Velada. Cádiz

Ámbito del caso

Urgencias hospitalarias.

Motivos de consulta

Dolor torácico de características pleuríticas de 48 horas de evolución asociado a febrícula de 37,5°C.

Historia clínica

Anamnesis: varón de 24 años sin alergias medicamentosas. Antecedentes de pericarditis en dos ocasiones en el último año. Medicación actual: colchicina 1mg/12h; ibuprofeno 600 mg/8h.

Exploración física: regular estado general. Auscultación cardíaca: rítmico, taquicárdico sin ruidos patológicos audibles. Auscultación pulmonar y exploración abdominal: anodina. Constantes vitales.

Temperatura: 37,5°C. Tensión arterial: 138/67 mmHg. Frecuencia cardíaca: 118 latidos/minuto. Electrocardiograma: ritmo sinusal a 144 lpm. Pr=0.20 segundos. Elevación del segmento ST 1mm con descenso de PR en cara inferior y lateral. Analítica sanguínea: leucocitos 20900 (PMN 70,9%; linfocitos 14,9%; monocitos 13,8%), fibrinógeno 450 mg/dl; PCR 15,8 mg/l; creatinina 39 u/l; troponina T 0,009ng/ml. Radiografía de tórax: ict>50% sin otros hallazgos de interés. Ecocardiograma: moderada HVI concéntrica con flujo eyectivo del ventrículo conservado. Derrame pericárdico de 16 mm, sin colapso de cavidades derechas.

Enfoque psicológico: ansiedad y nerviosismo.

Enfoque familiar y comunitario: el paciente vive con sus padres y hermana menor en un entorno urbano, bien comunicado y sin limitación de movilidad.

Juicio clínico: pericarditis recidivante con derrame pericárdico severo.

Plan de actuación: reposo, tratamiento médico e ingreso en la unidad de cuidados intensivos.

Evolución: evolución favorable siendo dado de alta domiciliaria a los 8 días bajo control ecocardiográficos en CCEE cardiología.

Conclusiones

Entre un 15-30% de los pacientes, experimentan recurrencias con intervalos asintomáticos sin tratamiento o recaídas tras suspensión de terapia antiinflamatoria en el seguimiento. Puede haber derrame pericárdico, pero la pericarditis constrictiva y el taponamiento cardíaco son infrecuentes. El tratamiento se basa en la restricción de ejercicio y la asociación de aines y colchicina inicialmente, manteniendo después la colchicina durante 6 meses. De forma excepcional puede ser necesario recurrir al tratamiento con corticoides. Una alternativa final, resolutive en pocas ocasiones es la pericardiectomía, reservada para los pacientes con recidivas frecuentes, muy sintomáticas y que no responden a ningún tratamiento.

Palabras Clave

Chest pain; pericarditis/diagnosis; pericarditis/surgery; pericarditis/therapy.

Diagnóstico diferencial de parapsoriasis

Sánchez Ruiz Y¹, Ruano García J², Trillo Díaz E³

¹ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Vélez Norte. Málaga

² MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Torre del Mar. Málaga

³ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Vélez Norte. Málaga

Ámbito del caso

Hospitalario, consulta de dermatología.

Motivos de consulta

El paciente acude a la consulta para realizar una revisión de unas lesiones que presenta en glúteos de más 7 años de evolución, además el paciente refiere presentar lesiones similares en brazo derecho y espalda.

Historia clínica

El paciente acude a su centro de salud hace 7 años por presentar en región glútea varias lesiones eritematodescamativas, no pruriginosas y no dolorosas. En un primer momento se derivó a la consulta de dermatología con la sospecha de psoriasis en placa. En la primera consulta de dermatología el paciente fue examinado y se citó para realizar biopsia de las lesiones presentes en región glútea. Tras la biopsia se determinó el diagnóstico de parapsoriasis en placas. El paciente seguía revisiones en la consulta cada año hasta 2011. Es derivado por su médico de familia por presentar empeoramiento de las lesiones que ya tenía en región glútea y porque le han aparecido lesiones del mismo tipo a nivel de brazo derecho y espalda.

Antecedentes personales: paciente de 84 años, vida activa normal para su edad. Tabaquismo activo. Flutter auricular crónico bien tolerado. Cor pulmonale con función sistólica conservada, hipertensión pulmonar severa e insuficiencias mitra y aortica ligeras.

Anamnesis: en la anamnesis por aparatos el paciente no refiere ninguna otra sintomatología.

Exploración: el paciente presenta lesiones eritematodescamativas de disposición anular a nivel de región glútea.

Pruebas complementarias: se realiza biopsia: micosis fungoide.

Enfoque familiar: se aborda al paciente y a la familia explicando que el tratamiento que ha de recibir es radioterapia. Hay cierta dificultad para relacionarnos con el paciente debido a la barrera idiomática.

Juicio clínico: parapsoriasis.

Diagnóstico diferencial: dermatitis en placas, psoriasis en placas y micosis fungoide.

Identificación de problemas: realizar un correcto diagnóstico diferencial

Tratamiento y planes de actuación: terapia inicial (corticoides tópicos), mala respuesta inicial (fototerapia) y en caso de desarrollar micosis fungoide (quimioterapia tópica).

Conclusiones

Es necesario hacer un correcto diagnóstico diferencial para poder ver la evolución y pautar un correcto tratamiento. Esto es debido a que si consideramos que se trata de psoriasis el paciente podría presentar una evolución de sus lesiones y requeriría un tratamiento más específico.

Palabras Clave

Large plaque parapsoriasis

“Doctora, tengo la mano hinchada”

Pérez Delgado De Torres M¹, Aguilera Luna A², Cutiño Ruíz D¹

¹ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Camas. Sevilla

² Médico Adjunto. CS Camas. Sevilla

Ámbito del caso

Atención primaria y atención hospitalaria.

Motivos de consulta

Tumefacción dolorosa de mano izquierda de una semana de evolución.

Historia clínica

Enfoque individual: varón de 84 años, ex-fumador e hipertenso bien controlado, que consulta a su médico de familia por tumefacción dolorosa del dorso de mano y antebrazo izquierdos de una semana de evolución, sin otros síntomas acompañantes.

En la exploración existe edema con fóvea en cara dorsal de ambas manos, de predominio izquierdo, y del tercio distal de antebrazo izquierdo.

Tras descartar trombosis venosa profunda en urgencias, se realiza de forma reglada radiografía de muñeca y mano izquierdas con signos degenerativos inespecíficos y analítica con anticuerpos antinucleares (ANA) y factor reumatoide (FR) negativos, velocidad de sedimentación globular (VSG) de 29 mm/h y proteína c reactiva (PCR) de 29.8 mg/l; y se inicia tratamiento con analgésicos, sin mejoría evidente.

Ante la persistencia de los síntomas se consulta con internista de referencia, que recomienda pauta descendente de corticoides orales en espera de valoración en consultas de medicina integral, donde se evidencia edema con fóvea en cara dorsal de ambas manos y poliartritis dolorosa simétrica de muñecas, metacarpofalángicas, interfalángicas proximales y distales, y se realizan radiografía de tórax, ecografía abdominal y gammagrafía con resultado normal para descartar origen secundario.

Juicio clínico: sinovitis simétrica seronegativa remitente con edema con fóvea (rs3pe).

Tratamiento y planes de actuación: se indica tratamiento con corticoides sistémicos en pauta descendente. Revisión en consultas de medicina integral.

Evolución: remisión completa de poliartritis y edema de cara dorsal de ambas manos y disminución de reactantes de fase aguda.

Conclusiones

El rs3pe es una poliartritis periférica simétrica con sinovitis de los tendones extensores y flexores de los dedos asociados a edema con fóvea del dorso de las manos y, con menor frecuencia, de tobillos y pies. Su etiología es desconocida, pudiendo aparecer de forma aislada o asociada a enfermedades sistémicas, infecciosas o neoplásicas. En la analítica, aumento de VSG y PCR con fr y ana negativos. En la radiografía, edema de partes blandas y cambios degenerativos inespecíficos. Buena respuesta a corticoides orales. Buen pronóstico.

Palabras Clave

Artritis (arthritis), tenosinovitis (tenosynovitis), factor reumatoide (rheumatoid factor).

Vitaminas para el apetito

Pérez Eslava M¹, Mazón Ouviaña E², Valenzuela Cortés M²

¹ Médico de Familia. UGC Olvera. Cádiz

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Loreto-Puntales. Cádiz

Ámbito del caso

Atención primaria y atención hospitalaria.

Motivos de consulta

Familiar de paciente pluripatológico que solicita “vitaminas para las ganas de comer”.

Historia clínica

Enfoque individual. Antecedentes personales: fumador; DM; hipertenso; tromboembolismo pulmonar masivo bilateral en enero 2015 y fibrilación auricular persistente anticoagulado desde entonces; neumonía adquirida en la comunidad curb-65 en octubre 2015; infecciones de orina de repetición (itus); hiperplasia benigna de próstata grado IV.

Anamnesis: acude a consulta la hija de un varón de 84 años solicitando “vitaminas para el apetito”. Durante la anamnesis se recoge que el paciente presenta anorexia y pérdida de peso, 15kg, en tres meses, disnea progresiva y disuria persistente a pesar de antibioterapia previa. Tras la entrevista programa visita domiciliaria urgente.

Exploración: caquéxico, eupneico en reposo. Ac: disminución generalizada murmullo vesicular, ac: tonos arrítmicos. Afebril. Resto exploración normal.

Pruebas complementarias: solicita radiografía de tórax y analítica con sistemático de orina y cultivo: microhematuria e infección de orina. Ante el cuadro constitucional deriva a urología para valoración de hematuria e itus de repetición, relacionando los eventos de salud del año anterior (tep masivo bilateral,...) con posible síndrome paraneoplásico.

Enfoque familiar y comunitario: viudo, convive con la mayor de sus hijas. Buena red familiar.

Juicio clínico: cáncer de vejiga con invasión muscular y metastásico (CVIMM)

Diagnóstico diferencial: tumor maligno genito-urinario, cáncer de pulmón, itus de repetición

Identificación del problema: síndrome constitucional en paciente pluripatológico

Tratamiento, planes de actuación: Derivan a cuidados paliativos y a su médico de familia, que acompañará durante la evolución de la enfermedad.

Evolución: mala.

Conclusiones

El cáncer de vejiga es el cuarto tumor más frecuente en varones, siendo más prevalente en fumadores y en infecciones de orina crónica. Aproximadamente un tercio de los diagnósticos de CVIMM presenta metástasis no detectadas en el momento del tratamiento del tumor primario, por ello el MFYC debe tener una alta sospecha diagnóstica para iniciar el estudio lo antes posible, siendo también fundamental su papel en el caso de las enfermedades no curables, para acompañar y aliviar a paciente y familiar.

Palabras Clave

Vejiga cancer; urine infection; paraneoplastic syndrome

Triada característica a tener muy presente

González Armayones M, Jiménez Fernández L, Martínez Cabello R

MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital de la Merced. Osuna (Sevilla)

Ámbito del caso

Urgencias hospitalarias.

Motivos de consulta

Varios episodios en el día de desorientación en tiempo y espacio, inestabilidad de la marcha con caída en más de una ocasión y pérdida de esfínteres asociado a cuadro catarral.

Historia clínica

Varón de 72 años sin alergias medicamentosas. Hipertenso. Dislipémico. Diabético tipo II. Fumador 50 paquetes/año. Tratamiento habitual: omeprazol 20mg/24horas, pitavastatina 2mg/24horas, metformina/sitagliptina 1000/50mg/12horas, repaglinida 0.5mg/8horas, lecanidipino 10mg/12horas, telmisartan/hidroclorotiazida 80/12.5mg/12horas.

Exploración física: Glasgow 15/15. Inestabilidad de la marcha. Resto anodino. Constantes vitales: temperatura 38.5.

Analítica sanguínea: leucocitos 18,640/mm³ con 83% de PMN. PCR 153mg/l. Radiografía de tórax: dudoso infiltrado basal derecho parahiliar. Electrocardiograma: normal. TAC craneal: no hay focos hemorrágicos ni isquémicos. Signos de atrofia corticosubcortical. Dilatación de ventrículos laterales con alteración del índice de Evans, plantea el diagnóstico diferencial entre atrofia de predominio subcortical o hidrocefalia normotensiva. Punción lumbar: drenaje 35 centímetros cúbicos. Líquido cefalorraquídeo: presión normal.

Enfoque familiar y comunitario: la esposa nos informa que lleva varios meses con caídas frecuentes, desorientación y pérdida de esfínteres pero ésta clínica se había intensificado en los últimos dos días.

Evolución: el paciente mejora del cuadro catarral y tras la punción lumbar que en este caso tiene doble función tanto diagnóstica como terapéutica, el paciente presenta una mejoría clínica progresiva durante su ingreso, restableciendo la marcha de manera independiente y con importante mejoría neurológica.

Juicio clínico: hidrocefalia normotensiva del adulto agravada por cuadro infeccioso respiratorio.

Plan de actuación: control por su médico de familia y si a los seis meses vuelve a aparecer la clínica derivar para realizar punción lumbar evacuadora y valorar válvula de derivación ventrículo-peritoneal.

Conclusiones

La hidrocefalia normotensiva, triada Hakim-Adams (inestabilidad de la marcha + trastornos cognitivos + pérdida de esfínteres), es una causa poco estudiada y frecuente de demencia hoy en día. Considero por tanto la importancia de tenerla presente ante un paciente de más de 60 años con buena calidad de vida que refieran los familiares episodios de demencia o desorientación aislados asociados o no a inestabilidad de la marcha o pérdida de esfínteres, ya que una simple punción lumbar puede ser diagnóstica y terapéutica para el paciente.

Palabras Clave

Normal pressure hydrocephalus, triada hakim-adams.

Dolor torácico en joven que no cede

González Armayones M, Jiménez Fernández L, Martínez Cabello R

MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital de la Merced. Osuna (Sevilla)

Ámbito del caso

Urgencias hospitalarias.

Motivos de consulta

Dolor torácico retroesternal desde hace dos días que aumenta con la respiración y molestias en cuello que no ceden completamente con analgesia. No disnea. Afebril.

Historia clínica

Mujer de 19 años sin alergias medicamentosas. Tiroiditis crónica autoinmune con bocio hipotiroideo. Intestino irritable. Menstruaciones muy dolorosas. No fumadora. Bebedora ocasional de alcohol (recreativa). Tratamiento habitual: eutirox 125mcg/24 horas. Ibuprofeno 600/8 horas si dolor menstrual.

Exploración física: auscultación cardiopulmonar: normal. Crepitación cervical a la palpación. Complexión delgada.

Analítica sanguínea: normalidad de las tres series. PCR 8.88 mg/l. TSH 5.84 u/ml. Radiografía de tórax: corazón en gota, con silueta cardíaca delimitada por líneas de superposición aérea, más visible en zona apical, sugerente de neumomediastino. Se aprecia enfisema subcutáneo a nivel axilar bilateral, más llamativo a nivel izquierdo. TAC tórax: extenso enfisema subcutáneo que diseca planos musculares latero-cervicales y torácicos de predominio izquierdo. A nivel de tórax observamos hallazgos compatibles con neumomediastino. Apreciamos aire junto a ambos hombros y musculatura perivertebral, esta última tanto a nivel cervical como torácico. Resto normal.

Enfoque familiar y comunitario: la madre relacionaba la clínica de la paciente con el estrés que le ocasiona habitualmente la época de exámenes, es una chica bastante responsable con los estudios.

Evolución: a las 48 horas del ingreso el cuadro se había resuelto con un manejo hospitalario conservador.

Juicio clínico: neumomediastino espontáneo sin clara causa desencadenante.

Diagnóstico diferencial: pericarditis.

Plan de actuación: realizar una vida normal, con ejercicio físico habitual.

Conclusiones

Dado que se trata de una enfermedad con escasa incidencia, para llegar a su diagnóstico es necesario tener un alto índice de sospecha en paciente jóvenes, con dolor torácico aislado y de aparición espontánea sin causa justificada. Debido a que diagnóstico definitivo se lleva a cabo con una simple radiografía de tórax existe la posibilidad de diagnosticarlo desde atención primaria, la baja incidencia es la causa de que pase desapercibido.

Palabras Clave

Chest pain, spontaneous pneumomediastinum.

Doctora me duele el pecho

Ureña Arjonilla M¹, Martínez García S², Herrera Herrera S³

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Mancha Real. Jaén

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Federico Del Castillo. Jaén

³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Valle. Jaén

Ámbito del caso

Atención primaria, urgencias y atención especializada.

Motivos de consulta

Dolor torácico y fiebre de 3 días de evolución.

Historia clínica

Antecedentes familiares: sin interés. Actualmente divorciado.

Antecedentes personales: fumador de 1 paquete/día. No alergias medicamentosas.

Anamnesis: varón de 44 años que consulta por presentar dolor torácico y fiebre, se acompaña de hombro izquierdo doloroso, cefalea y sudoración en las tardes con astenia y pérdida de apetito. Se le realizó una radiografía de tórax y se vio neumonía basal derecha y masa mediastínica.

Exploración: AC. Tonos rítmicos, sin soplos roces ni extratonos. AP: MVC; con sibilantes aislados. Abdomen blando y depresible, en hipocondrio izquierdo se palpa posible esplenomegalia. Se decide derivar a urgencias hospitalarias para descartar posible linfoma. En urgencias se decide ingreso en medicina interna para continuar estudio.

Analítica: hemograma y coagulación: normal. Bioquímica: PCR 46.7, colesterol 241mg/dl, ca-125 44.6 u/ml, VSG 14mm. TAC tórax: masa mediastínica anterior sólida de 8x4.7x8.6 que impresiona como primera posibilidad timoma y menos probable linfoma. Contacta desdibujando plano graso, con tronco venoso braquiocéfálico izquierdo, aorta ascendente, pared ventrículo derecho y tronco de arteria pulmonar. Anatomía patológica: carcinoma neuroendocrino bien diferenciado tipo carcinoide atípico, con signos indirectos de alto grado. Índice proliferativo ki-67 del 25%. Pet-TAC cuerpo entero: sin signos de extensión de la enfermedad.

El paciente pasó a ser controlado por oncología que decidió primero radioterapia para luego proceder a intervención. La intervención quirúrgica era de muy alto riesgo puesto que la masa estaba localizada en un lugar de muy difícil acceso y en contacto con tejidos vitales. El paciente acudió varias veces a nuestra consulta para referirnos sus preocupaciones y miedos, incluso tuvimos que prescribirle ansiolíticos. Lo citamos de forma programada para que fuera contándonos sus progresos en la aceptación de la enfermedad y para ayudarle a enfrentar la operación.

La operación fue realizada con éxito, estuvo con quimioterapia y radioterapia adyuvante y actualmente sigue con revisiones por oncología.

Conclusiones

Resalto la importancia del diagnóstico precoz, pero sobre todo el papel fundamental del médico de familia en el trato de la incertidumbre y el desasosiego que producen las grandes intervenciones. Porque el sufrimiento no sólo está en lo físico. También destaco la importancia de saber manejar patologías difíciles y estudiar temas desconocidos.

Palabras Clave

Carcinoma, Mediastinal neoplasms, Young adult

Más allá de la lumbalgia

García Lucena G¹, Guerrero García F², Romero Romero A³

¹ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC. Gran Capitán. Granada

² Médico de Familia Adjunto. UGC Gran Capitán. Granada

³ MIR 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC. Gran Capitán. Granada

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de consulta

Lumbalgia.

Historia clínica

Antecedentes personales: escoliosis, hernioplastia epigástrica.

Anamnesis: varón de 52 años que acude por lumbalgia recurrente de 8 años de evolución, que empeora por la noche y mejora con el ejercicio.

Exploración: buen estado general, auscultación cardiorrespiratoria y exploración abdominal sin hallazgos patológicos. Dolor a la palpación a nivel de apófisis espinosas dorsales que irradia hacia costado izquierdo. Dolor a la palpación de articulación sacroilíaca. Lasegue y bragard negativo.

Pruebas complementarias: radiografía de columna: pinzamiento de l5-s1, rectificación de lordosis lumbar, signos evolutivos de artrosis, escoliosis lumbar, sacroileítis bilateral.

Enfoque familiar y comunitario: sin apoyo familiar, inmigrante natural de senegal, vive solo.

Juicio clínico: espondilitis anquilosante b27 positivo y sacroileítis III.

Diagnóstico diferencial: hernia discal, artritis psoriásica, lumbalgia crónica, espondilolisis, espondilolistesis.

Identificación de problemas: comunicación dificultada por la barrera lingüística, inmigrante, soledad en la convivencia.

Tratamiento y plan de actuación: agentes biológicos en seguimiento por reumatología.

Evolución: mejoría clínica y exploratoria.

Conclusiones

Ante una sintomatología debemos pensar siempre en el diagnóstico más frecuente, pero ante la persistencia de la clínica y la no mejoría, e incluso progresión, a pesar del tratamiento, nos debe poner en alerta e indagar más allá de la patología más prevalente.

Palabras Clave

Lumbalgia, espondilitis anquilosante, articulación sacroilíaca.

Dolor torácico que se ha intensificado

González Armayones M¹, Martínez Cabello R¹, Jiménez Fernández L²

¹ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital de la Merced. Osuna (Sevilla)

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Herrera. Sevilla

Ámbito del caso

Urgencias hospitalarias.

Motivos de consulta

Dolor opresivo centrotorácico que se irradia a región submandibular sin cuadro vegetativo asociado, de tres días de evolución, más intenso en las últimas horas y asociado a disnea.

Historia clínica

Mujer de 63 años, sin alergias medicamentosas. No hipertensa. No dislipémica. No diabética. Sin hábitos tóxicos. No tratamiento habitual.

Exploración física: aceptable estado general, cierto grado de nerviosismo y ansiedad. Auscultación cardiopulmonar: normal. Constantes vitales: tensión arterial 150/80.

Electrocardiograma (ECG): ritmo sinusal a 90 latidos por minuto, eje normal, PR normal, ascenso de ST mayor de 2 mm en DII, DIII, AVF, V4, V5 Y V6. Radiografía de tórax: sin hallazgos patológicos. Analítica sanguínea: troponinas: 36 mcg/l.

Enfoque familiar y comunitario: el esposo nos refiere que la hermana de la paciente falleció hace tres días de muerte súbita y desde entonces presenta un estado de ansiedad continuo con el dolor centrotorácico, pero éste dolor se ha intensificado y modificado en las últimas horas no permitiéndole dormir, razón por la cual deciden acudir al servicio de urgencias.

Evolución: a pesar de desconocer la hora exacta del inicio de la clínica la paciente fue fibrinolizada en el servicio de urgencias y se derivó posteriormente al hospital de referencia para realizarse una coronariografía. Permaneció en uci (unidad de cuidados intensivos) de dicho hospital varias semanas por complicaciones graves tras ser fibrinolizada. Cateterismo coronario: coronarias normales.

Juicio clínico: síndrome de Takotsubo.

Diagnóstico diferencial: síndrome coronario agudo.

Conclusiones

Aunque sospechemos ésta patología no es posible llegar a su diagnóstico hasta que no se realice el cateterismo coronario, por lo que ante los cambios observados en el ECG en un servicio de urgencias hay que tratarlo como un síndrome coronario agudo, asumiendo los riesgos que conlleva fibrinolizar a un paciente y más en éste caso, en el que se desconocía que no se iba a beneficiar de ello debido a que su diagnóstico definitivo no era el que sospechábamos inicialmente.

Palabras Clave

Chest pain, Takotsubo cardiomyopathy.

Estudio piloto: nuevos anticoagulantes orales vs anti-vitamina-k: efectividad clínica y percepción de la calidad de vida

Rodas Díaz M¹, Chico Espín J²

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Torrox. Málaga

² Médico de Familia. CS Benamargosa. Málaga

Objetivos

Conocer qué tratamiento anticoagulante tiene mayor efectividad clínica y mejor percepción de calidad de vida comparando anti-vitamina-k y nuevos anticoagulantes orales (naco).

Diseño

Estudio descriptivo observacional (percepción calidad vida) y cohortes retrospectivas (efectividad clínica).

Emplazamiento

Centros de salud del área de gestión sanitaria.

Material y método

Tamaño muestral: 35 pacientes (6.39% del teórico calculado (548)), 17 del grupo anti-vitamina-k y 18 del grupo naco.

Muestreo probabilístico aleatorio simple.

Análisis bases de datos DIRAYA y TAO-NET, encuesta y cuestionario de calidad de vida.

Análisis estadístico: 1ª fase: análisis descriptivo. Variables cualitativas, frecuencia absoluta y relativa; variable cuantitativa, media, mediana y desviación típica. 2ª fase: análisis bivariante. Variable dependiente cualitativa, chi-cuadrado y regresión logística. Variable dependiente cuantitativa, T de Student, anova, regresión lineal. 3ª fase: análisis multivariante mediante regresión logística para variable dependiente cualitativa y regresión lineal para variable dependiente cuantitativa analizado con R y R-Commander.

Resultados

En grupo anti-vitamina-k un evento tromboembólico (5.97%), en grupo naco también un caso (5.64%) ($p=1$). Para hemorragias mayores, un paciente del grupo naco con hemorragia gastrointestinal (5.64%) ($p=1$). Hubo 10 hemorragias menores (58.85%) en anti-vitamina-k, y 11 (61.09%) en los naco ($p=1$). Para percepción de calidad de vida la puntuación media en anti-vitamina-k fue 71 ± 31 puntos (ic95% 56.34-85.9; $p=0.01$), y en naco de 50 ± 13 (ic95% 43.5-55.62; $p=0.01$). Presentaron disfunción hepática 4 pacientes (23.46%) con anti-vitamina-k y 2 (11.09%) en naco ($p=0.40$).

Conclusiones

No existieron diferencias entre aparición de efectos adversos o complicaciones comparando ambos grupos. Existió mejor percepción de calidad de vida en los tratados con naco.

Palabras Clave

Anticoagulants, quality of life, adverse effects.

Piel, lo que no se ve

Sánchez González I¹, Vargas Iglesias S², Aguado De Montes M¹

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Las Palmeritas. Sevilla

² MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Juntal. Sevilla

Ámbito del caso

Atención primaria/hospitalaria.

Motivos de consulta

Ampollas que se rompen y no cicatrizan bien.

Historia clínica

Enfoque individual. Antecedentes personales: fumador 20 cigarrillos/día, 40g etanol fines de semana, esplenectomizado por anemia hemolítica a los 5 años, enfermedad de Minkowski Chuauffard. Enfermedad actual: varón, 46 años, ampollas en manos de lenta cicatrización, 1 año de evolución, hematomas frecuentes. No astenia.

Exploración: BEG, hiperpigmentación en zonas fotoexpuestas, piel facial acartonada, envejecida. Cicatrices hiperqueratósicas en manos, previamente flictenas.

Pruebas complementarias: analítica (2013): GOT 149mu/l, GPT 149ui/l, FA 139ui/l. Ana negativo, anca negativo. FR 5,8ui/ml. Índice de saturación 51%, ferritina 3601µg/l. Analítica (2016): GOT 33mu/l, GPT 29. Ferritina 448µg/l. Coproporfirina en orina 24h: 103µg/24h, uroporfirina en orina 24h: 668µg/24h. Coproporfirina en sangre <5µg/dl, protoporfirina en sangre 24µg/dl. Estudio gen HFE negativo. Hepatitis c IGG Elisa: positivo. Genotipo virus C: 1; carga viral: 104543ui/ml. VIH 1+2 ELISA: negativo. Ecografía abdominal (2014): hígado sin alteraciones. (2016): hepatopatía crónica. Endoscopia oral (2014): varices esofágicas grado 1 incipientes. Fibroscan (2014): 35.3kpa; (2016): 26.4kpa.

Enfoque familiar y comunitario: en consulta programada desde atención primaria, se revisa historia clínica y contextualiza el caso, permitiendo el enfoque y dirigir la solicitud de pruebas diagnósticas hacia un trastorno del metabolismo del Hem. Posteriormente se confirma en hospital, facilitando el abordaje de patologías asociadas.

Juicio clínico: porfiria cutánea tarda asociada a VHC.

Diagnóstico diferencial: hemocromatosis, VIH, dermatitis ampollosa fototóxica.

Tratamiento: sangrías 400cc cada 3 semanas, desferroxaimna ½ comprimido cada 2-3 semanas, cloroquina ½ comprimido cada 72 horas, interferón pegilado + rivabirina durante 1 año.

Evolución: tras doble terapia antirretroviral negativiza carga viral, asintomática, sin secundarismos, controles por digestivo con ecografía abdominal doppler semestral, continúa cloroquina y sangrías en función de hemoglobina, revisión anual por medicina interna.

Conclusiones

El diagnóstico precoz ante una sospecha clínica, así como la investigación de enfermedades de base relacionadas, son parte esencial de la práctica del médico de atención primaria. El papel de la medicina de familia por su posición y seguimiento longitudinal, es lo que permite este tipo de abordaje y enfoque.

Palabras Clave

Porfiria, diagnóstico precoz, seguimiento.

Doctora tengo "tembleque"

Caurcel Gómez R¹, Moreno Puerta A², Fernández Ortiz C³

¹ Dispositivo de Apoyo. AGS Serranía de Ronda. Ronda (Málaga)

² Médico EBAP. AGS Serranía de Ronda. Ronda (Málaga)

³ Enfermera. AGS Serranía de Ronda. Ronda (Málaga)

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de consulta

Temblor nocturno asociado a enrojecimiento facial.

Historia clínica

Paciente de 72 años, viuda, vive sola, independiente para las actividades cotidianas. Antecedentes de: HTA, dislipemia, intervenida de carcinoma recto-sigma hace 9 años, en revisiones libre de enfermedad. Acude a consulta acompañada de sus dos hijas que están muy preocupadas porque desde hace dos semanas presenta episodios, siempre nocturnos, de enrojecimiento facial y temblor generalizado de aproximadamente 30-60 minutos de duración. Una de las hijas, que es auxiliar, ha realizado registro de constantes durante los episodios no objetivando más que tensión arterial elevada en torno a 210/100, aunque lo que más les preocupa es el temblor descontrolado. Han acudido a urgencias del hospital en varias ocasiones y han activado el dispositivo de cuidados críticos y urgencias. Los estudios analíticos, ECG y radiográficos básicos que se le han realizado de forma urgente son normales.

Le han prescrito lormetazepam 1mg nocturno, que posteriormente aumentan a 2 mg y han intensificado el tratamiento antihipertensivo de manera que el tratamiento actual consta de: candesartán 16 mg/24h, carvedilol 6,25mg/12h, doxazosina 4mg/24h, lercanidipino 20mg/24h y torasemida 5 mg/24h.

Tras anamnesis y exploración física minuciosas descubrimos que la paciente presenta también de forma casi constante cefalea holocraneal opresiva sin otros síntomas acompañantes. Decidimos realizar despistaje de feocromocitoma y síndrome carcinoide con: catecolaminas y metanefrinas en orina de 24 horas: lectura de más de cinco veces el valor normal. 5-hidroxi-indolacético en orina acidificada de 24 horas: normal. Ecografía abdominal: masa solida dependiente de suprarrenal derecha, 4,5 cm diámetro.

Ante los hallazgos la paciente es derivada a atención hospitalaria donde se completa estudio con TAC y se realiza adrenalectomía laparoscópica derecha. Anatomía patológica: feocromocitoma de 5 cm sin extensión extraadrenal.

Conclusiones

Aunque la tetrada diagnóstica clásica consiste en cefalea, palpitaciones, diaforesis e hipertensión arterial, el feocromocitoma es un "gran imitador"; los síntomas pueden ser muy variados dependiendo de la catecolamina en exceso. El médico de familia tiene la oportunidad única de realizar un abordaje holístico, evitando tratar signos o síntomas de forma aislada; pena que cada vez se nos limiten más los estudios a realizar desde nuestras consultas e intenten enterrarnos en burocracia.

Palabras Clave

Pheochromocytoma, tremor, intermittent hypertension

Influencia del entorno biopsicosocial en el control glucémico en mujer de 34 años con DM tipo 1

Mora Sosa K¹, Cordova Medina A², Ferriz Bedmar M³

¹ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Linares C. Jaén

² MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Arrayanes. Jaén

³ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San José Linares C. Jaén

Ámbito del caso

Atención primaria. Atención especializada.

Motivos de consulta

Hipoglucemias, crisis de angustias, aumento en el consumo de tabaco.

Historia clínica

Enfoque individual. Antecedentes personales: DM tipo 1, ansiedad-depresión, fumadora de 14 paquete/año. IQX: nefrectomía derecha por litiasis, legrado uterino, esterilización quirúrgica.

Anamnesis: consulta a raíz de problemática laboral; hipoglucemias nocturnas, crisis de angustia, empeoramiento de síntomas de ansiedad, aumento en el consumo de tabaco.

Exploración: sensibilidad táctil de miembros inferiores disminuida. Test de Fagerström reducido: dependencia alta. Test de gad-7: síntomas de ansiedad severos, test PHQ-9: depresión moderada.

Pruebas complementarias: glucosa: 49mg/dl, creatinina: 079mg/dl, FG: 89ml/min, HBA1C:5,8%, colesterol: 175mg/dl, HDL: 63mg/dl, LDL: 98mg/dl.

Enfoque familiar y comunitario: familia: 2 cónyuges y 3 hijos (etapa del ciclo vital familiar IIB extensión), buena relación familiar. Red social: pocas amistades, situación laboral conflictiva.

Diagnóstico: DM tipo 1 con complicaciones metabólicas; hipoglucemias severas inadvertidas, ansiedad-depresión. Diagnóstico diferencial: histeria, neurosis, síncope por hiperventilación, hipotensión ortostática, tirotoxicosis, crisis tónicas-clónicas.

Tratamiento: se ajustó insulina lenta según controles basales, se redujo insulina rápida de la cena. Se inició pauta de ansiolíticos y técnicas de relajación con el objetivo de disminuir las crisis de angustias plan de actuación: realizamos anamnesis, repasamos antecedentes, iniciamos exploración, pruebas complementarias. Derivamos a salud mental con la intención de profundizar psicoterapia dado los resultados de los test de ansiedad y depresión. Se ofreció baja laboral en vista del mal control glucémico, y aumento de crisis de angustia por situación laboral conflictiva. Se indicó autocontroles glucémicos con revisiones semanales. se realizó abordaje biopsicosocial con estudio de problemática laboral. Intervención de tabaquismo con grupo comunicacional del centro de salud.

Evolución: salud mental continúa con psicoterapia, mantiene terapéutica indicada por atención primaria, con citas de seguimiento y evidenciándose mejoría de ansiedad. Con el restablecimiento consecuente de niveles de glucemia y disminución del consumo de tabaco

Conclusiones

Es importante atender cada paciente integralmente, tomando en cuenta todos los elementos que forman parte de su entorno biopsicosocial. Implementándolas herramientas que nos ofrece la consulta de atención primaria como lo son el uso adecuado de los diferentes test, que nos permiten objetivar los síntomas por lo que acuden los pacientes. Obteniendo un mejor resultado.

Palabras Clave

Diabetes mellitus, ansiedad.

Dolor abdominal de no deseado origen

García Lucena G¹, Guerrero García F², Romero Romero A³

¹ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC. Gran Capitán. Granada

² Médico de Familia Adjunto. UGC Gran Capitán. Granada

³ MIR 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC. Gran Capitán. Granada

Ámbito del caso

Urgencias.

Motivos de consulta

Estreñimiento.

Historia clínica

Antecedentes personales: apendicetomía, lactante de 4 meses.

Anamnesis: mujer de 24 años con dolor abdominal progresivo generalizado de 7 días de evolución, estreñimiento concomitante, afebril, no náuseas, ni vómitos.

Exploración: postura antiálgica, abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación de forma generalizada, sin signos de peritonismo, Tacto rectal con dedil limpio. Constantes normales.

Pruebas complementarias: gasometría venosa, hemograma, bioquímica, coagulación, sistemático de orina normal, radiografía de abdomen: dilatación de asas en hemiabdomen superior con ausencia de aire distal, TAC abdominal: útero aumentado de tamaño con embrión en su interior, ecografía transvaginal: feto de 16 semanas de gestación.

Enfoque familiar y comunitario: mujer lactante con niño de 4 meses, con pareja estable, embarazada de forma no deseada de 16 semanas.

Juicio clínico: embarazo.

Diagnóstico diferencial: apendicitis aguda, pancreatitis, íleo paralítico, diverticulitis, abscesos intrabdominales, vólvulos, hernias.

Identificación de problemas: embarazo no deseado, iatrogenia por irradiación al feto.

Tratamiento y plan de actuación: seguimiento por obstetricia.

Evolución: embarazo.

Conclusiones

Al realizar pruebas diagnósticas, principalmente radiológicas, debemos de tener en cuenta que en una mujer en edad fértil existe la posibilidad de embarazo. Además, la lactancia, a pesar de ser considerada como un método anticonceptivo natural, no es fiable.

Palabras Clave

Enfermedad iatrogénica, dolor abdominal, embarazo.

Un caso de anemia

Navarro Luna J¹, González Trujillo A², Claverolorenzo A³

¹ Médico de Familia. CS Palos de la Frontera. Huelva

² Médico de Familia. CS Mazagón. Huelva

³ DUE. CS Palos de la Frontera. Huelva

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de consulta

Menstruaciones cíclicas normales con metrorragia.

Historia clínica

Antecedentes personales: fumadora, bebedora moderada, principalmente los fines de semana. Actividad física moderada. Episodios de anemia ferropénica. Alergia ácaros, gramíneas y epitelio de perro. Asma, quistes ováricos. Hepatitis b en infancia.

Anamnesis: paciente 26 años. Acude por astenia, sensación anormal de frío y disnea de esfuerzo. Episodios anteriores de anemias corregidas con hierro oral.

Exploración: buen estado general. Consciente, orientada. Discreta palidez mucosas. Auscultación cardiorrespiratoria: corazón rítmico a 86 lpm, no roces, ni soplos. Sibilancias dispersas, intensas en bases.

Pruebas complementarias: Hemograma: 2.85x10mill/mm³ hematíes, hemoglobina (10.7 g/dl), hematocrito (32.2%), VCM (78.53 fl), HCM (23.12pg), CHCM (27.15 %), DRW (16.05), leucocitos (6.500 /mm³) con un 65.3% de neutrófilos y 26.4 % de linfocitos. Bioquímica: sideremia (26microg/dl), ferritina (8 ng/ml). Resto normal. Ecografía abdominal: quistes ováricos y discreta infiltración grasa de hígado.

Enfoque familiar y comunitario: familia nuclear normofuncional.

Diagnóstico diferencial: con los distintos tipos de anemia.

Juicio clínico: anemia ferropénica.

Tratamiento y plan actuación: ferroglicina sulfato, vitamina c.

Evolución: favorable. Asintomática.

Conclusiones

Los estados carenciales de hierro constituyen una de las patologías más importantes de las que se van en atención primaria. Hasta un 20% de las mujeres en edad fértil tienen déficit de hierro. La menstruación irregular aumenta el riesgo de anemia: las mujeres con períodos abundantes y prolongados deben estar atentas a sus niveles de hierro. El tratamiento consiste en actuar sobre la causa, prescribiendo suplementos de hierro y recomendando una alimentación rica en el mismo. Éste puede aplicarse durante la menstruación, o cada cierto tiempo, realizando a la paciente controles periódicos mediante analíticas. Es controvertido el tratamiento hormonal sobre los ciclos intentando regularlos y producir menstruaciones menos abundantes, si bien éste se usa en casos de anemia muy intensa, o si se desea además una anticoncepción, con resultado variable.

Palabras Clave

Anemia, hipermenorrea, ferropenia

Migraña acompañada versus AVC (accidente vasculocerebral) isquémico en territorio de ACM (arteria cerebral media) izquierda

Mateos Velo L¹, Membrillo Contioso E², González Trujillo A³

¹ Médico de Familia. CS Madroño. Sevilla

² Médico de Familia. CS Almonte. Huelva

³ Médico de Familia. CS Mazagón. Huelva

Ámbito del caso

Urgencias hospitalarias, medicina interna.

Motivos de consulta

Cefalea retroorbitaria izquierda acompañada de parestesias en hemicara izquierda y pérdida de fuerza brazo derecho.

Historia clínica

Enfoque individual: mujer de 41 años sin RAM conocidas, AP sin interés, tratamiento habitual: anticonceptivos orales. Acude por cefalea retroorbitaria izquierda y parestesias en hemicara izquierda y pérdida de fuerza en brazo derecho, tras la ingesta de Listerine.

Exploración: buen estado, consciente, poco colaboradora. Solo contesta con monosílabos, afasia, obedece a órdenes verbales de forma errática. Pinla. Reflejo plantar flexor bilateral. Auscultación: normal. Miembro inferior normal.

Pruebas complementarias: hemograma, bioquímica, coagulación normales, tóxico en orina negativo. Electrocardiograma normal. TAC de cráneo normal.

Enfoque familiar y comunitario: paciente extranjera con dificultad en el lenguaje, acude acompañada por una amiga.

Juicio clínico: migraña acompañada.

Diagnóstico diferencial o complicaciones: estados migrañosos, auras persistente sin infarto, infarto migrañoso (alteraciones vasculares), cefalea por abuso de medicación. Problemas de la esfera ORL.

Tratamiento: analgesia intravenosa cada cuatro horas.

Evolución: mejoría en observación con analgésica intravenosa, proponen alta, con diagnóstico de migraña acompañada. La familia se niega por persistencia del dolor por lo que ingresa en medicina interna. Donde además de las pruebas antes mencionadas se realiza una RNM donde se observa probables infartos agudos en territorio de ACM izquierda. Ecodoppler tronco supra aórtico: trombosis de arteria carótida interna izquierda. Angiotac carótida: probable disección carótida con luz falsa.

Conclusiones

Realzar la importancia que tiene a nivel de primaria y urgencias hospitalaria, donde las pruebas clínicas están más limitadas, hacer un buen diagnóstico diferencial, no quedándonos con un diagnóstico, hasta la exclusión de otras posibles causas que presenten un cuadro clínico semejante al que el paciente presenta.

Palabras Clave

Migraine, ictus, differential diagnosis.

Intoxicación medicamentosa peligrosa

García Lucena G¹, Guerrero García F², Romero Romero A³

¹ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC. Gran Capitán. Granada

² Médico de Familia Adjunto. UGC Gran Capitán. Granada

³ MIR 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC. Gran Capitán. Granada

Ámbito del caso

Urgencias.

Motivos de consulta

Disminución del nivel de conciencia.

Historia clínica

Antecedentes personales: anorexia nerviosa, trastorno ansioso-depresivo, alcoholismo crónico, fumadora, consumidora esporádica de cannabis, 2 ingresos previos en unidad de agudos.

Anamnesis: mujer de 40 años traída por el 061 por disminución de conciencia. Anamnesis dificultada por el estado de embriaguez del acompañante. Dada de alta hace dos días por intoxicación medicamentosa voluntaria.

Exploración: tensión arterial: 130/80, frecuencia cardíaca: 70, afebril, saturación de oxígeno: 93%, regular estado general, Glasgow: 10, palidez mucocutánea, auscultación cardiorrespiratoria y exploración abdominal normal. Posteriormente, fiebre de 38°, Glasgow: 4.

Pruebas complementarias: gasometría venosa (láctico: 2,8), hemograma (plaquetas: 49.000), bioquímica (creatinina: 4, urea: 130), resto normal. Radiografía de tórax: infiltrado en base derecha. TAC craneal: hemorragia multilobar, herniación subtentorial, desviación de la línea media ventricular.

Enfoque familiar y comunitario: falta de apoyo familiar, rodeada de personas consumidoras de tóxicos.

Juicio clínico: fallo prerrenal, hemorragia cerebral, neumonía 2º a broncoaspiración.

Diagnóstico diferencial: sobredosis, hipoglucemia, hipotiroidismo, infecciones del sistema nervioso central, traumatismo craneoencefálico, accidentes cerebrovasculares.

Identificación de problemas: antecedente de intoxicaciones medicamentosas voluntarias.

Tratamiento y plan de actuación: ingreso en UCI.

Evolución: éxito.

Conclusiones

Ante un paciente con disminución del nivel de conciencia y antecedentes de ingestas medicamentosas y/o abuso de tóxicos, debemos primero descartar las causas orgánicas y no centrarnos solamente en las psiquiátricas.

Palabras Clave

Coma, autolisis, hemorragia cerebral.

Síntomas miccionales en varón de 63 años: diagnóstico diferencial

Rodas Díaz M¹, Martín Gallardo M², Sánchez Fernández E³

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Torrox. Málaga

² Médico de Familia Adjunto. UGC Torrox. Málaga

³ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Torrox. Málaga

Ámbito del caso

Atención primaria, urgencias hospitalarias, urología.

Motivos de consulta

Consulta a su médico por poliuria y nicturia desde hace 2 meses.

Historia clínica

Enfoque individual. Antecedentes personales: no alergias medicamentosas. Hipertensión (valsartan 160mg/hidroclorotiazida 12.5mg, doxazosina 4mg). Amigdalectomizado.

Anamnesis. Aumento de frecuencia miccional diurna y nocturna, urgencia miccional. Chorro flojo, entrecortado. No disuria. No hematuria franca.

Exploración. Tacto bimanual: se palpa masa en vejiga, móvil, no fija.

Pruebas complementarias: analítica creatinina 3.2. Sedimento orina células de vías altas.

Enfoque familiar y comunitario: núcleo familiar normofuncional, buen apoyo social. Casado. Una hija. No antecedentes familiares de interés.

Juicio clínico: patología renoureteral o vesical.

Diagnóstico diferencial: hipertrofia benigna de próstata. Neoplasia de próstata. Neoplasia vesical. Patología renoureteral.

Tratamiento, planes de actuación: ecografía renal y de vías urinarias. Derivación a urología y/o nefrología.

Evolución: se deriva a urología. Se realiza ecografía renal y de vías urinarias donde se evidencia ectasia bilateral predominante en lado izquierdo y lesión excrescente en vejiga. En TAC abdomino-pélvico, lesión neoplásica vesical con infiltración local y afectación adenopática ilíaca izquierda. A las 2 semanas se ingresa para resección transuretral de tumor vesical. Precisa nefrostomía percutánea bilateral por infiltración de trigono vesical e insuficiencia renal (anatomía patológica: carcinoma células transicionales alto grado que infiltra lámina propia y capa muscular). Se administra quimioterapia neoadyuvante. Posteriormente, cistectomía radical, linfadenectomía ilioobturatriz bilateral, ureteroileostomía bilateral con reimplante ureteral en asa ileal (anatomía patológica: carcinoma urotelial con metástasis de ganglios linfáticos de tejido adiposo y ambas cadenas ilioobturatrices). Se administra quimioterapia adyuvante. A las 4 semanas acude a urgencias por astenia, anorexia, dolor y distensión abdominal. Analítica: leucocitosis, PCR 260. Sistemático orina: leucocitos 500, nitritos negativos. Se inicia antibioterapia por posible itu. A las 24 horas pico febril con dolor abdominal difuso. A las 48 horas, intubación orotraqueal y laparotomía urgente por probable abdomen agudo con shock séptico. Durante la intervención episodios de taquicardia supraventricular e hipotensión severa y parada cardiorrespiratoria con fallecimiento del paciente.

Conclusiones

Ante cualquier patología hay que realizar un abordaje multidisciplinar. No hay que tener en cuenta exclusivamente la patología principal sino también las complicaciones derivadas de la misma o de su tratamiento.

Palabras Clave

Bladder cancer, prostate neoplasm, benign prostatic hypertrophy.

Nuevos anticoagulantes orales vs anti-vitamina-k: efectividad clínica y percepción de la calidad de vida

Chico Espín J¹, Rodas Díaz M²

¹ Médico de Familia. CS Benamargosa. Málaga

² MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Torrox. Málaga

Introducción

Los anticoagulantes orales (ACO) son un tratamiento eficaz para prevenir la tromboembolia, reduciendo el riesgo de accidente cerebrovascular (ACV). Los anti-vitamina-k eran los únicos disponibles, pero estaban limitados por su estrecho rango terapéutico (international normalized ratio (INR) entre 2-3), su interacción con medicamentos y alimentos, los controles requeridos y el riesgo hemorrágico, traduciéndose todo esto en una falta de adherencia al tratamiento. Posteriormente aparecieron otros tratamientos, los nuevos anticoagulantes orales (naco) apixabán, dabigatrán y rivaroxabán, más eficaces, seguros y con mayor cumplimiento terapéutico por no necesitar monitorización.

Objetivos

Conocer si hay mayor efectividad clínica (menor aparición de efectos adversos o complicaciones) y mejor percepción de calidad de vida según sigan tratamiento con anti-vitamina-k o naco.

Diseño

Estudio descriptivo observacional (percepción de calidad de vida) y de cohortes retrospectivas (efectividad clínica).

Emplazamiento

Centros de salud del área de gestión sanitaria.

Material y métodos

Criterios de inclusión: pacientes en tratamiento anticoagulante oral mayores de 18 años (registrados en DIRAYA) que hayan firmado el consentimiento informado.

Criterios de exclusión: pacientes con minusvalía psíquica o cognitiva incapacitados para realizar la entrevista clínica y responder a la encuesta y el cuestionario, o que no contestaron al 80% de las preguntas del cuestionario de calidad de vida de pacientes con anticoagulantes orales.

Tamaño muestral: 548 pacientes tratados con ACO en atención primaria (274 con naco y 274 con anti-vitamina-K), entre el 1 de octubre de 2013 y el 30 de septiembre de 2015. Muestreo probabilístico aleatorio simple. Intervención: tras tener los permisos del colegio de ética de la investigación provincial (CEIP) de Málaga e informar al personal sanitario de los centros de salud se solicitarán las listas de pacientes en tratamiento con anti-vitamina-K y naco. Tras realizar muestreo aleatorio simple para obtener el listado de pacientes que formarán parte del estudio se contactará con ellos telefónicamente para saber si desean participar. En caso afirmativo se citarán en consulta programada para entregar el consentimiento informado que deberán firmar y un cuestionario que incluirá una encuesta de calidad de vida para pacientes con anticoagulación oral. Se registrará información sobre antecedentes clínicos personales, complicaciones o efectos adversos del tratamiento mediante la base de datos DIRAYA. Análisis estadístico: programa estadístico R y R-Commander. Limitaciones: pequeño tamaño muestral.

Aplicabilidad

Se han realizado múltiples estudios comparativos entre fármacos anti-vitamina-K y naco, pero ninguno se ajusta a las características de la población en la que se desempeña nuestra labor asistencial: gran heterogeneidad de culturas y nacionalidades que conviven con una población autóctona de ámbito más rural. Con respecto a la percepción de la calidad de vida se pretende utilizar la información obtenida mediante el análisis de los resultados para dar base a una creencia claramente extendida: que la percepción de la calidad de vida es mayor para los pacientes en tratamiento con naco que la percepción de aquellos tratados con anti-vitamina-k.

Aspectos ético-legales

Aprobado por CEIP Málaga. Consentimiento informado firmado por médicos y pacientes.

Palabras Clave

Anticoagulants, quality of life, adverse effects.

Úlcera asintomática en pene

Torres Martín L¹, Moreno Fontiveros M², Coronel Pérez I³

¹ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Estepa. Sevilla

² Médico de Familia. CS Estepa. Sevilla

³ Dermatóloga. Hospital de la Merced. Osuna (Sevilla)

Ámbito del caso

Centro de salud.

Motivos de consulta

Aparición de lesión peneana asintomática y adenopatía inguinal derecha.

Historia clínica

Paciente de 30 años nuevo en nuestro cupo de atención primaria. Nos llaman del hospital para avisarnos de serología luética positiva por lo que nos ponemos en contacto con él.

Antecedentes personales: alergia a penicilina. Homosexual con pareja estable. Hace 7 meses acudió a un urólogo privado por presentar lesión asintomática en pene y adenopatía inguinal derecha, recomendándole analítica e instaurando tratamiento con doxicilina, azitromicina y ofloxacino que el paciente no completa. Hace 2 meses la lesión peneana desapareció (¿chancro?). A la llegada a la consulta se encuentra asintomático salvo linfadenopatía inguinal derecha.

Diagnosticamos al paciente de sífilis latente precoz e iniciamos tratamiento con doxiciclina 100 mg/12 horas durante 14 días. Indicamos la necesidad de informar a sus parejas sexuales en los últimos 12 meses y repetir analítica tras 3 meses de comenzar el tratamiento.

Conclusiones

La sífilis es una infección de transmisión sexual producida por *treponema pallidum*. El período de incubación es de 2 a 4 semanas. La evolución de la enfermedad sigue varias fases. La sífilis latente precoz se caracteriza por ausencia de signos o síntomas de enfermedad y presencia de datos serológicos de infección, con contacto hace menos de un año. La aplicación de penicilina G benzatina en una sola dosis de 2,4 millones de unidades/día asegura la eficacia del tratamiento para la sífilis primaria, secundaria y latente precoz. En caso de alergia se recomienda doxiciclina 100 mg/12 horas 14 días. La realización de test serológicos repetidos a los 3 y 6 meses es de gran importancia para asegurar un tratamiento adecuado. Es fundamental el diagnóstico y tratamiento precoz de los contactos sexuales.

Palabras Clave

Syphilis. Lymphadenopathy. Chancre.

“Cuadro de diarrea y fiebre en un paciente con enfermedad de Crohn”

Moral Cañas M¹, Martínez Del Valle Martínez C², Vicente Prieto M¹

¹ Médico de Familia. CS Huétor Tájar. Granada

² Médico de Familia. CS Doctores. Granada

Ámbito del caso

Atención primaria. Urgencias hospitalarias. Unidades infecciosas. Aparato digestivo.

Motivos de consulta

Dolor abdominal, diarrea y fiebre.

Historia clínica

Antecedentes: enfermedad de Crohn con hemicolectomía derecha y resección del íleon terminal. Enolismo moderado. No realiza dieta. Alergias medicamentosas: 6-mercaptopurina. Tratamiento: prednisona 10 mg/día y natalizumab 300 mg/5 semanas IV. Varón de 53 años que acude a consulta por cuadro de 4 días de evolución de cefalea, dolor abdominal cólico y diarrea no sanguinolenta con incontinencia fecal. Fiebre de 39,5º.

TA 120/65 mmhg; FC 88 lpm; 18 rpm; SatO2 98%. Abdomen ligeramente doloroso en FID, sin peritonismo, RHA conservados y heces normales. Resto normal.

Ante criterios de gravedad: fiebre >38º,>3 días duración, tenesmo rectal, inmunodeprimido. Se decide derivación para atención hospitalaria. Analítica: HTO 37, leucocitos 6100 (73% n y 20% l). Plaquetas normales. Amilasa y perfil hepático normal. Electrolitos, proteínas totales, albúmina, globulinas y función renal dentro de la normalidad. Se solicitan hemocultivos. Colonoscopia: mucosa eritematosa y friable en colon sigmoideo, con ulceraciones lineales. Biopsia: colitis crónica activa con ulceración extensa.

Ámbito socio-familiar: familia nuclear formada por mujer y dos hijos varones, extendida por la abuela materna. Camionero de profesión, actualmente se encuentra en un proceso de incapacidad temporal. Buena funcionalidad familiar, Apgar 9/10.

Juicio clínico: listeria.

Diagnóstico diferencial: diarrea infecciosa no inflamatoria. (*S. Aureus*, *Bacillus cereus*, *C. Perfringens*, *E. Coli* enterotoxígeno y enteropatógeno, *V. Cholerae*, *giardia lamblia*). Acuosas y abundantes, fiebre infrecuente. Diagnóstico mediante coprocultivo. Diarrea infecciosa inflamatoria. Pueden presentar sangre o moco, fiebre. (*Salmonella*, *shigella*, *campylobacter*, *Yersinia enterocolitica*, *E. Coli* enteroinvasivo, *C. Difficile*, listeria). Diarrea no infecciosa: isquemia intestinal, eii, fármacos. Se caracterizan por negatividad de las pruebas microbiológicas. Si refractariedad al tratamiento: rectosigmoidoscopia y biopsia, descartar CMV. Dolor abdominal y masa palpable: TAC. Descartar absceso. Fiebre 2º a tratamiento con infliximab, descartar TBC.

Tratamiento y evolución: 1. Solicitud hemocultivos. 2. Consulta con digestivo para realización de endoscopia. Tratamiento con ampicilina 2g iv/4h o penicilina G 4 millones iv/4h durante 3-6 semanas +gentamicina 3 mg/kg/día IV tres dosis individuales.

Conclusiones

Desde atención primaria asegurar un buen cumplimiento terapéutico, evitar la ingesta de tóxicos e intentar la deshabituación a los mismos, así como prevenir y corregir la desnutrición que acompaña a estas enfermedades es labor fundamental, así como el control de síntomas. En un paciente ya diagnosticado de enfermedad de Crohn, ante fiebre valorar la presencia de una infección. Importante el diagnóstico diferencial.

Palabras Clave

Infección. Fiebre. Crohn

Dolor costal en paciente joven

Díaz Muñoz M¹, Cabello Romero A², Aguilera Vereda N²

¹ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Almorcón. Écija (Sevilla)

² MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Virgen del Valle. Écija. (Sevilla)

Ámbito del caso

Centro de salud+ hospital de referencia.

Motivos de consulta

Dolor costal + dificultad para respirar + febrícula.

Historia clínica

Antecedentes personales: paciente de 23 años sin antecedentes de interés. Hábitos tóxicos: fumador (7 paquetes/año).

Anamnesis: acude al centro de salud por dolor costal de 5 días de evolución de comienzo periaxilar izquierdo que posteriormente se ha irradiado por toda la parrilla costal hasta incluso llegar a zona del diafragma. Refiere dolor sobre todo al toser y al respirar profundamente. Únicamente cede dicho dolor cuando el paciente se incorpora hacia delante. Asegura que días antes de aparecer dicho dolor costal tuvo sensación distérmica en contexto de cuadro catarral. Tratado únicamente con paracetamol.

Exploración: buen estado general. Consciente, orientado y colaborador. Bien hidratado y perfundido. Eupneico en reposo. Temperatura 37.5º. Frecuencia cardíaca 79 lpm. Saturación O2: 96%. Tensión arterial 107/70. Auscultación cardiorrespiratoria: murmullo vesicular conservado con sibilantes dispersos en base pulmón izquierdo. Disminución transmisión vocal en ambos hemitorax. Corazón rítmico a buena frecuencia sin ruidos sobreañadidos. No roce pericárdico. Exploración parrilla costal: dolor a la movilización activa y pasiva del brazo izquierdo. También presenta dolor a la palpación de parrilla costal izquierda.

Pruebas complementarias: electrocardiograma (centro de salud): ritmo sinusal a 75lpm. Presenta elevación de la concavidad superior del segmento Sten II, V3-V6, con descenso de PR en dichas derivaciones (fase II de Spodick). RX tórax (centro de salud) : normal. Analítica (hospital de referencia): hemograma: normal. Bioquímica normal con PCR 98 mg/l. Gasometría venosa normal. Troponinas negativas.

Diagnóstico diferencial: isquemia miocárdica; dolor muscular; síndrome de Dressler; neumonía; tromboembolismo pulmonar.

Juicio clínico: pericarditis aguda.

Tratamiento: ibuprofeno 600mg/8horas durante 15 días. A partir de los 15 días reducir la dosis un 50% y continuar tratamiento durante 15 días más; omeprazol 20mg 1 cada 24 horas.

Conclusiones

En todo paciente joven con dolor torácico asociado a cuadro de distermia debemos sospechar tanto en atención primaria como en urgencias la presencia de pericarditis ya que la causa viral junto con la idiopática constituye la etiología de dicho cuadro en un 80% de los casos. Debemos ser muy cuidadosos en la lectura del electrocardiograma para así poder identificar los signos patognomónicos de dicha patología.

Palabras Clave

Pericarditis, dolor en el pecho, resfriado común

Tosferina en paciente pediátrico bien inmunizado

Torres Martín L¹, Moreno Fontiveros M², Martínez Vera M³

¹ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Estepa. Sevilla

² Médico de Familia. CS Estepa. Sevilla

³ Médico de Familia. CS Gilena. Sevilla

Ámbito del caso

Urgencias.

Motivos de consulta

Varón de 6 años con crisis de tos intensa, en accesos de 3 semanas de evolución.

Historia clínica

Varón 6 años correctamente vacunado. Consulta a servicio de urgencias por tos intensa irritativa disneizante intermitente (periodos íntercrisis asintomático) de 2 semanas de evolución. Las crisis de tos se han hecho más intensas en los últimos 5 días.

Exploración: buen estado general, buena hidratación. Eupneica. Auscultación respiratoria, hemograma y bioquímica general sin hallazgos significativos. Radiografía de tórax normal. Dada la clínica se sospecha tos ferina, por lo que se comienza tratamiento con azitromicina y salbutamol. Se solicita PCR bordetella parapertussis y PCR bordetella pertussis, siendo esta última positiva confirmándose el diagnóstico de tosferina. Se realiza declaración obligatoria de la enfermedad y se activa protocolo a través del servicio de epidemiología.

Conclusiones

La tosferina es una infección respiratoria aguda causada por *Bordetella pertussis*. A pesar de las altas coberturas alcanzadas en muchos países como España, la enfermedad continúa siendo endémica ya que ni las vacunas ni la infección natural confieren inmunidad permanente. La mayor parte de los casos de tosferina en pacientes vacunados son leves y en ausencia de brote epidemiológico conocido no despiertan la sospecha de tos ferina, favoreciendo el contagio a personas susceptibles. La reemergencia de esta enfermedad puede explicarse por varios motivos. Por una parte, el aumento de la población de adolescentes y adultos susceptibles en relación con la disminución de la inmunidad vacunal en el tiempo. El descenso de la incidencia de la infección por la alta cobertura de vacunación provoca la ausencia de efector Booster o de refuerzo que la infección natural induce en el adolescente y el adulto. En segundo lugar, no podemos olvidar que tanto las vacunas de células enteras como las acelulares tienen una efectividad limitada, no tan alta como las de otras vacunas sistemáticas. La eficacia de las vacunas acelulares (DTPA) es variable, y oscila según diversos ensayos clínicos entre el 74% y el 88.7%.

Palabras Clave

Pertussis vaccine. Whooping cough. Pertussis.

A propósito de un caso de tuberculosis

Clavero Lorenzo A¹, González Trujillo A², Navarro Luna J³

¹ DUE. CS Palos de la Frontera. Huelva

² Médico de Familia. CS Mazagón. Huelva

³ Médico de Familia. CS Palos de la Frontera. Huelva

Ámbito del caso

Atención primaria. Atención hospitalaria.

Motivos de consulta

Durante dos semanas refiere tos, expectoración blanquecina, dolor costal derecho de características pleuríticas y sensación febril no termometrada.

Historia clínica

Antecedentes personales: no hábitos tóxicos. No antecedentes de interés.

Anamnesis: paciente de origen rumano que durante 2 semanas refiere tos, expectoración blanquecina, dolor costal derecho de características pleuríticas y sensación febril no termometrada. Se deriva directamente al neumólogo tras la sospecha. Tras realizar radiografía tórax se observa imagen sospechosa y se hace baciloscopia siendo positiva. Se procede al ingreso hospitalario para tratamiento durante 10 días. Finalizado este tiempo se procede al alta y se le explica que tiene que seguir el tratamiento en su domicilio. La paciente vuelve a su país de origen (rumanía).

Exploración: buen estado general. Disminución del murmullo vesicular en base derecha.

Pruebas complementarias: hemograma, gui y elemental de orinas normales. Radiografía de tórax: derrame pleural derecho. Toracocentesis: exudado con ADA 83. Bioquímica hepática normal.

Enfoque familiar y comunitario: familia nuclear normofuncional.

Diagnóstico diferencial: neumonía, tumor, derrame pleural.

Juicio clínico: derrame TBC.

Tratamiento y plan actuación: Rimstar 4 comprimidos durante 2 meses y posteriormente Rifinah durante 4 meses. Estudios de contactos en atención primaria.

Evolución: favorable pero no controlable ya que tras alta hospitalaria volvió a su país.

Conclusiones

La tuberculosis es una de las enfermedades más antiguas (presente desde la prehistoria) que todavía sigue vigente en la actualidad. A lo largo de los siglos se la ha reconocido como una de las enfermedades infecciosas más letales del planeta, culpable de un gran número de fallecimientos. Pese a su letalidad y su gran incidencia, en los últimos 50 años no ha habido grandes avances respecto a su tratamiento. Además, según los datos de la OMS, aproximadamente 500.000 casos de tuberculosis son resistentes a las terapias actuales, 75.000 de ellos localizados en Europa. Todo esto coloca a la tuberculosis en la tercera posición (por detrás de la gripe y la varicela) en el listado de enfermedades de declaración obligatoria por incidencia.

Palabras Clave

Tos, derrame, radiografía.

Dolor abdominal tras cirugía de emergencia

López Montes A, De La Cerda Vaquero M, Guerrero González M

CS La Cala (Mijas Costa)

Ámbito del caso

Centro de salud urbano.

Motivos de consulta

Varón, 71 años, acude por dolor abdominal. De alta por cirugía vascular tras ser intervenido de ruptura de aorta infrarrenal.

Historia clínica

Antecedentes personales: HTA, dislipemia, fumador. Acude a consulta aportando informe médico de alta hospitalaria de cirugía vascular, estando en la india comenzó con malestar y dolor abdominal, adelantó su regreso a España y tras acudir a urgencias hospitalarias lo ingresan para intervención de emergencia por ruptura de aorta, con implante de endoprótesis a nivel de aorta infra-renal distal. El paciente comenta la persistencia de dolor abdominal.

Exploración física: BEG, NH, NC, NP. TA 130/70, FC 78 lpm. Abdomen blando, globuloso, depresible. No masas ni megalias. Dolor a la palpación profunda a nivel de hipogastrio, sin defensa abdominal. Peristaltismo conservado. Timpanismo. No defensa abdominal.

A la mañana siguiente, acude de nuevo por empeoramiento del dolor abdominal asociado con náuseas; tras nueva exploración clínica anodina, se indica acudir a urgencias hospitalarias. Tras 25 días de ingreso, el paciente es dado de alta por el servicio de medicina interna con diagnóstico de síndrome febril, procedimiento endovascular por aneurisma de aorta abdominal complicado. Hematoma retroperitoneal con baja probabilidad de proceso infeccioso como origen del cuadro. Hiponatremia.

A la semana acude de nuevo a consulta por persistir con dolor abdominal, vómitos y cansancio extremo. Ante la palidez cutáneo-mucosa y la importante pérdida de peso, se solicita analítica de urgencia: 14360 LEDUC (63,6%N, 22,9%L), HB 8,4, VCM 90.5, PLAQ 478000. VSG 139. CREAT 1,24, GOT 59, GPT 192, GGT 194, NA 127, K 5.3, PCR 152.8. Se deriva de nuevo a urgencias, presentando rectorragia y shock hipovolémico, objetivándose fístula aorto-entérica, donde vascular interviene de nuevo de manera urgente con diagnóstico de post-operatorio de fístula aorto-entérica y colitis isquémica. Shock hemorrágico. Fracaso multiorgánico. Exitus

Conclusiones

Ante un dolor abdominal, hay múltiples de diagnósticos diferenciales, siendo fundamental una actuación precoz. El papel del médico de familia en el seguimiento y conocimiento de nuestros pacientes es de vital importancia para la pronta detección de anomalías en la evolución y curso clínico de la enfermedad.

Palabras Clave

Abdominal pain, aortic aneurysm, multiple organ failure

Lo que esconde una anemia

García Iglesias Y¹, Cabrera Enríquez S², López Torres G³

¹ Médico de Familia. CS Gran Capitán. Granada

² D.U.E. DCCU La Chana. Granada

³ Médico de Familia. DS Granada. Granada

Ámbito del caso

Atención primaria y hospitalaria.

Motivos de consulta

Resultados analíticos y gran edema sin dolor en pierna izquierda de cuatro días de evolución con signos de empastamiento.

Historia clínica

Mujer de 73 años sin alergias medicamentosas. Sin antecedentes personales ni familiares de interés. Destaca es anemia ferropénica diagnosticada por primera vez en 2010, corregida con hierro ocasionalmente. No pérdidas hemorrágicas, ni síndrome constitucional, se propone colonoscopia que rechaza, test de sangre oculta en heces negativo. Resultados analítica: hemoglobina: 12,8; hematocrito: 26,8; VCM: 67; hierro: 56; ferritina: 13.

Exploración física: auscultación cardiorrespiratoria sin hallazgos, MII edema y aumento de diámetro en gemelo con signo de Homman positivo, pulsos distales presentes, débiles. Niega disnea.

Electrocardiograma: sin hallazgos. Constantes vitales: TA: 120/70mmhg. FC: 88lpm Sat O2:93%. Ante sospecha de trombosis venosa profunda se deriva a urgencias tras 10000 ui de bemiparina. Urgencias: so2:88-90%. Troponina i: 0,037; LDH: 465; PCR: 188; glucemia: 203; dimero d: 4,43. Eco doppler: trombosis venosa profunda de femoral común izquierda que se extiende a cayado de safena y vena iliaca externa. Interconsulta vascular: TAC tórax con contraste: TEP agudo bilateral central con infartos pulmonares. Metástasis hepáticas múltiples. Tinzaparina 14000sbc, reposo absoluto, vendaje elástico compresivo, dosis bajas de fio2 (21% mantiene so2>96%). Interconsulta medicina interna: ingresa para estudio. Bodytac: lesión sólida en cuerpo-cola de páncreas, neoformación primaria que engloba arteria esplénica. Ecocardio: estenosis valvular aórtica ligera, hipertensión pulmonar ligera. Analítica: moderada anemia, CEA, ca.19.9 y ca.125 muy elevados. Precisa insulina por picos de glucemia elevados. Interconsulta digestivo: colonoscopia: hemorroides externas. Eco/endoscopia/biopsia: hernia hiatal gigante, PAAF de páncreas: celularidad maligna sugerente de adenocarcinoma.

Juicio clínico: neo de páncreas con metástasis hepáticas, trombosis venosa profunda, tromboembolismo pulmonar agudo bilateral por síndrome paraneoplásico. Anemia crónica corregida. Diabetes mellitus asociado al proceso (corticoides) enfoque familiar y comunitario: viuda, su hija se ha desplazado a su domicilio. Reside en un entorno urbano. Enfoque psicológico: gran aceptación del proceso.

Evolución: oncología decide tratar dado el buen estado general, aunque el pronóstico a medio plazo no es bueno.

Conclusiones

La paciente no quería conocer el origen de su anemia o fue insuficiente el abordaje que se hizo desde atención primaria. Debemos replantearnos la importancia del estudio de anemias de origen desconocido desde atención primaria.

Palabras Clave

Pulmonary embolism, pancreatic neoplasms, anemia

Características de las personas con diabetes mellitus tipo 2 en un centro de atención primaria

Luna Moreno M¹, Ruíz Del Moral L¹, Muñoz González L², Pérez Castro M², Sánchez Pérez M³, Mancera Romero J³

¹ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Ciudad Jardín. DS Málaga-Guadalhor. Málaga

² MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Ciudad Jardín. DS Málaga-Guadalhorce. Málaga

³ Médico de Familia. CS Ciudad Jardín. DS Málaga-Guadalhorce. Málaga

Objetivos

Describir las características demográficas, clínicas y terapéuticas de las personas con diabetes mellitus tipo 2 (dm2) atendidas en un centro de atención primaria.

Diseño

Estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento

Atención primaria, ámbito urbano.

Material y método

3090 personas diagnosticadas de DM2, se calculó un tamaño muestral de 340. muestreo aleatorio sistemático.

Variables demográficas, de exploración, clínicas y de tratamiento.

Análisis estadístico: para las variables cuantitativas se usaron medias y desviación típica y para los cualitativos porcentajes. Chi cuadrado. Se consideró un nivel de significación estadística inferior a 0,05.

Resultados

Muestra de 340 personas con dm2. 52 % hombres. Edad media de 67 años (de ± 9), 65 en hombres y 69 en mujeres. Evolución media de 10 años (± 7). Fumaban el 21% (más los hombres $p < 0,001$) y se declaraban sedentarios el 11%. IMC 30 (± 5). Pas 132 (± 13). Pad 74 (± 9). Glucemia basal 134 (± 34). A1c 6,9 ($\pm 1,2$). CLDL 102 (± 34).

Tenían HTA 66% y dislipemia 39%. El 21% presentaban alguna complicación macrovascular (cardiopatía isquémica 12%, ictus 6% y enfermedad arterial periférica 3%). El 16% tenía complicaciones microvasculares (nefropatía 9%, retinopatía 4% y neuropatía 3%).

El 79% estaba en tratamiento con metformina, el 20% con IDPP4, 14% con sulfonilureas y 4% con ISGLT2. Utilizaban insulina el 20%. En el 8% no figuraba tratamiento.

Conclusiones

El perfil de las personas con dm2 en nuestro centro es de 67 años de edad, 10 años de evolución, no fumador, activo, con obesidad, buen control glucémico, con hipertensión, pocas complicaciones y en tratamiento con metformina.

Palabras Clave

Diabetes mellitus. Atención primaria de salud.

Alerta: tos persistente

Bascuñana Garrido M¹, Aguado De Montes M¹, Sánchez González I²

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Las Palmeritas. Sevilla

² CS Las Palmeritas. Sevilla

Ámbito del caso

Atención primaria, hospitalaria.

Motivos de consulta

Tos seca persistente.

Historia clínica

Enfoque individual. Antecedentes familiares: hermana gemela ca. Basocelular en nariz. Antecedentes personales: 35 años. No RAMSC. Exfumadora 5 cig/día durante 10 años. IQ: ca. Basocelular en nariz, conización cervical.

Anamnesis: tos seca persistente desde hace 4 meses sin fiebre, ni disnea. No hemoptisis. No responde a tratamiento antitusígeno.

Exploración: BEG, tos seca frecuente. AR: BMV bilateral sin ruidos sobreañadidos.

Pruebas complementarias: radiografía de tórax: masa hiliomediastínica tercio superior hemitórax derecho. Analítica: perfil bioquímico general, hepático, renal, hemograma y coagulación normales. VSG; 97.0mm/h. Marcadores tumorales normales. TAC tórax y abdomen: masa en LSD infiltración mediastínica, ocupando el bronquio principal derecho (BPD). Loes hepáticas. Fibrobroncoscopia y biopsia: obstrucción bpd 90% por masa origen bronquio lobar superior derecho. Pet-tac de tórax y abdomen: masa pulmonar LSD, lesión hipermetabólica en medula ósea pala iliaca derecha. Ga de esqueleto: lesión osteoblástica articulación sacroilíaca derecha.

Enfoque familiar y comunitario: hermana gemela con mismas patologías que la paciente hasta el momento, gran ansiedad familiar hasta descartar cáncer de pulmón. Diagnostico en padre de neoplasia de recto, empeorando la difícil situación emocional familiar.

Juicio clínico: CNMP tipo adenocarcinoma EGFR WT, ALK no tras locado, estadio IV.

Diagnóstico diferencial: enfermedad infecciosa, masa mediastínica otra etiología.

Identificación de problemas: hermana gemela trabaja en chile, se desplaza a España para descartar patología. Paciente solicitó criopreservación de óvulos.

Tratamiento: quimioterapia pemetrexed- cisplatino x 4 ciclos. Inicio ec javelin., interrumpido por progresión. Nintedanib. Corticoides orales, fentanilo, oxicodona+naloxona, fentanilo intranasal.

Planes de actuación: seguimiento por oncología médica y equipo de atención primaria. Seguimiento conjunto por hospitalización domiciliaria cuando la situación clínica lo precisa.

Evolución: inicialmente disnea intensa por atelectasia completa del bpd que precisó de repermeabilización, neumonía por haemophilus postobstructiva. Reincorporación laboral. Progresión de nuevas lesiones pulmonares y hepáticas. Dolor progresivo en miembro inferior derecho, impotencia funcional severa y mal descanso nocturno.

Conclusiones

Alerta ante persistencia de sintomatología aparentemente banal en consultas de AP.

El enfoque familiar por parte del médico de familia es muy importante de cara al diagnóstico y tratamiento precoz en enfermedades genéticas. La vigilancia y prevención de efectos secundarios de tratamiento es una labor fundamental, así como abordaje emocional, familiar y gestión de malas noticias.

Palabras Clave

Tos, cáncer de pulmón, genética.

Osteocondritis de la cabeza del fémur (Legg-Calvé-Perthes)

Clavero Lorenzo A¹, Navarro Luna J², González Trujillo A³

¹ DUE. CS Palos de la Frontera. Huelva

² Médico de Familia. CS Palos de la Frontera. Huelva

³ Médico de Familia. CS Mazagón. Huelva

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de consulta

Cojera con dolor que aparece con la actividad.

Historia clínica

Antecedentes personales: no antecedentes de interés.

Anamnesis: paciente de 7 años que acude a consulta por cojera con dolor que aparece con la actividad. Se pide radiografía donde se observa necrosis de la cabeza del fémur derecho. Se deriva al traumatólogo por juicio clínico compatible con enfermedad de Legg-Calvé-Perthes desde donde se le hace el seguimiento. No se pone tratamiento.

Exploración: limitación rotación interna y abducción del miembro afectado.

Pruebas complementarias: radiografía de cadera bilateral.

Enfoque familiar y comunitario: familia nuclear normofuncional.

Diagnóstico diferencial: sinovitis de cadera. Artritis séptica.

Juicio clínico: síndrome de Legg-Calvé-Perthes.

Tratamiento y plan actuación: reposo relativo.

Evolución: a los dos años y medio aparece leve resorción de la cabeza del fémur. Tiene buena actividad, aunque se queja aún de dolor cuando ésta es excesiva, acompañada a veces con cojera.

Conclusiones

Esta enfermedad generalmente ocurre en varones de 4 a 10 años de edad. Causa desconocida. Sin un suministro suficiente de sangre al área, el hueso muere. La cabeza femoral colapsa y se vuelve plana. El suministro de sangre retorna a lo largo de varios meses y trae consigo nuevas células óseas. Las células nuevas gradualmente reemplazan el hueso muerto a lo largo de 2 a 3 años. El primer síntoma es a menudo la cojera, normalmente indolora. Algunas veces, puede haber dolor leve que aparece y desaparece. Durante un examen físico, el médico buscará pérdida del movimiento de la cadera y cojera característica. Una radiografía de la cadera o pelvis pueden mostrar signos de enfermedad de Legg-Calvé-Perthes. El objetivo del tratamiento es mantener la cabeza femoral dentro del acetábulo. Puede ser necesaria una cirugía si el tratamiento de contención no funciona.

Palabras Clave

Dolor, fémur, necrosis.

Amebiasis intestinal

Arregui Reyes J¹, Ramírez Sánchez A², Gómez Rincón A³

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Los Rosales. Huelva

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Cartaya. Huelva

³ Médico de Familia. CS La Candelaria. Sevilla

Ámbito del caso

Atención primaria, urgencias.

Motivos de consulta

Paciente varón de 46 años que acude al centro de salud con diarrea de un par de días de evolución, sin fiebre, no productos patológicos en las heces, afebril, 4/5 deposiciones diarias. BEG.

Historia clínica

No RAMC

Antecedentes personales: no antecedente personales. Albañil. Tratamiento habitual: no tiene

Exploración: anodina

Juicio clínico: gastroenteritis aguda, se pauta dieta.

2º motivo de consulta: el paciente acude de nuevo una semana después por persistencia de diarrea y discreta pérdida de peso, se solicita coprocultivo siendo negativo para yersinia, shigella y campylobacter. Hemograma con discreta leucocitosis. Se deriva al paciente al servicio de urgencias, donde tras análisis detectan "ameba histolítica". Interrogado el paciente, en este momento refiere que había compartido la comida de unos compañeros suyos de trabajo, de raza negra originarios de Nigeria.

Tratamiento: metronidazol 750 mg v.o 3 veces al día 10 días.

Conclusiones

La amebiasis es una enfermedad intestinal por el parásito entamoeba histolytica. La forma infectante dentro de las dos formas de presentación es la forma quística. El paso al estado de trofozoitos puede provocar la colonización del intestino y de aquí llegar a los vasos sanguíneos pudiendo afectar órganos provocando abscesos amebianos que podrían empeorar la infección. Con respecto a la prevalencia de esta enfermedad, decir que África es la región del mundo más afectada por esta infección y es endémico en algunos países de América Latina. En España ha sido prácticamente erradicada debido a los mayores controles siendo prácticamente los casos a raíz de viajeros e inmigrantes procedentes de zonas endémicas. El reservorio de esta infección es el ser humano con transmisión principalmente fecal-oral. El diagnóstico se confirma con la detección del parásito en heces o en los tejidos del paciente. El tratamiento de elección es el metronidazol.

Palabras Clave

Amebiasis, Digestivo, Atención primaria

Doctor, ¡mi madre dice cosas raras!

Escribano Tovar Á, Matamoros Contreras N, Sayago Gil S

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Merced. Cádiz

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de consulta

Alteración de comportamiento y despistes.

Historia clínica

Mujer de 68 años de edad, que acude a nuestra consulta de atención primaria acompañada de su hijo, por comportamientos inapropiados e incoherentes, con cierta tendencia a la agresividad, y acompañado de pequeños despistes sobre todo en las tareas del hogar.

Nuestra paciente está casada, tiene dos hijos y convive con su marido. Red social con alto apoyo emocional e interacción social positiva, y no presenta antecedentes médico-quirúrgicos de interés.

Se realiza exploración completa, incluyendo exploración neurológica, sin hallazgos de interés. Se entrega al familiar escala de TIN breve, se cita a la paciente en consulta programada para profundizar en la entrevista clínica y realizar tests cognitivos, con analítica general incluyendo hormonas tiroideas, vitamina B12 y serología de *treponema pallidum*.

Durante una segunda intervención, acude con su otro hijo y nos entregan TIN breve de 59 puntos (posible deterioro cognitivo). Realizamos miniexamen cognitivo o mec y test del reloj, ambos con valores normales, y resultados analíticos sin alteraciones. En consulta presenta una actitud desinhibida y apática, no objetivada previamente, por lo que se decide derivación a neurología para descartar posible causa orgánica.

Se realiza TAC craneal, con hallazgos normales y se establece juicio clínico de deterioro cognitivo ligero, pautando tratamiento con antidepresivos

Volvemos a citarnos a la paciente. En estos últimos meses cada vez hace menos cosas, no se cuida y han aumentado los problemas de memoria, así como la agresividad, por lo que nos ponemos de nuevo en contacto con los compañeros de neurología para nueva valoración por una posible demencia frontotemporal, con solicitud de RMN craneal para valorar lóbulo frontal y se instaura tratamiento.

La paciente mejora notablemente y actualmente está en seguimiento estrecho por nuestra parte y por neurología.

Conclusiones

Con este caso clínico queremos resaltar la importancia del médico de atención primaria en el seguimiento continuado y estrecho de nuestros pacientes, así como conocimiento de su ámbito familiar y social. Con esta paciente en concreto, y tras varias consultas programadas con sus familiares, fuimos objetivando el deterioro presentado por la paciente, así como la aparición de síntomas conductuales que no eran habituales en ella.

Palabras Clave

Demencia, memoria, alteración conducta

Disnea súbita: solos ante el peligro

González López M¹, Aguado De Montes M², De Francisco Montero M¹

¹ CS Las Palmeritas. Sevilla

² MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Las Palmeritas. Sevilla

Ámbito del caso

Atención primaria/urgencias/hospitalaria.

Motivos de consulta

Disnea brusca.

Historia clínica

Enfoque individual. Antecedentes personales: fumador 40 cigarrillos/día desde los 20 años. Enfermedad actual: varón, 38 años. Acude por disnea súbita de media hora de evolución. Desde hace una semana refiere además tos vespertina constante y no productiva. Niega fiebre, dolor torácico y hemoptisis.

Exploración: taquicárdico y taquipneico, saturando 93% con alto flujo nasal, FIO₂ 0,6 50l/min. TA 120/80mmhg.no signos de TVP. ACR: disminución del MV de forma generalizada. Tonos rítmicos sin soplos. Derivado desde AP se decide ingreso hospitalario en uci.

Pruebas complementarias: analítica: bioquímica, perfil renal/hepático y coagulación sin alteraciones. 14000 leucocitos (80% pmn), eosinófilos 10%, en ascenso (previo 8%). Antigenuria neumococo y legionella, VRS, influenza a/b, VIH rapid negativos. Hemocultivos negativos. Electrocardiograma: ritmo sinusal 130lpm, extrasístoles auriculares frecuentes, no alteraciones de la conducción intraventricular ni signos de isquemia aguda. Radiografía tórax: patrón intersticial difuso bilateral con ausencia de derrame pleural. Tocar tórax: tejido adenopático de tamaño no significativo mediastínico, hiliar izquierdo y subcarinal. Dilataciones y engrosamientos bronquiales de distribución difusa en ambos pulmones, que condiciona una afectación aguda de vía aérea.

Enfoque familiar y comunitario: Familia nuclear (etapa I). Red social con elevado apoyo emocional. Fumadores, sin otros hábitos tóxicos añadidos, no ingresos hospitalarios previos. El episodio supuso una situación estresante fundamentalmente para la pareja, dada la gravedad de la sintomatología con que debutó el paciente y que requirió estancia en UCI.

Juicio clínico: insuficiencia respiratoria aguda hipoxémica en el contexto de probable neumonía eosinófila aguda.

Diagnóstico diferencial: neumonía grave adquirida en la comunidad, TBC miliar, neumopatía intersticial de aparición aguda.

Tratamiento: antibioterapia: ceftriaxona+azitromicina (suspendemos oseltamivir y levofloxacino) que se retiró tras 7 días por ausencia de aislamiento microbiológico, añadiéndose metilprednisolona.

Evolución: al inicio estacionaria disminuyendo la sato₂ al disminuir los parámetros de alto flujo. Tras corticoterapia disminuye eosinofilia, leucocitosis y reactantes de fase aguda pudiendo ser retirado aporte o₂ nasal. No se solicita fibrobroncoscopia-lba ya que el paciente ha sido tratado.

Conclusiones

Es relevante la actuación inicial del médico de familia en paciente con clínica inespecífica potencialmente grave, las medidas de soporte para mantener la estabilidad hemodinámica y la adecuada derivación hospitalaria. A su vuelta al domicilio será necesario el seguimiento de la enfermedad y su tratamiento, así como la gestión del impacto emocional en el paciente y su familia.

Palabras Clave

Insuficiencia respiratoria aguda, disnea brusca, neumonía.

“Doctor/a, no siento las piernas”

González López M, Bascuñana Garrido M, Blanco Rubio B

CS Las Palmeritas. Sevilla

Ámbito del caso

Urgencias/hospitalaria.

Motivos de consulta

Paraparesia MMII.

Historia clínica

Enfoque individual. Antecedentes familiares: padre fallecido trombosis mesentérica.

Antecedentes personales: fumador. HTA, aneurisma de aorta infrarrenal 4cm diámetro. EPOC, ictus isquémico sensitivo puro lacunar. Estenosis del canal cervical sin mielopatía. Litiasis biliar. En estudio por reciente diagnóstico carcinoma no microcítico de pulmón (CNMP) estadio IV. IQ: úlcera gástrica, carcinoma basocelular. Enfermedad actual: varón, 74 años. Acude por dolor lumbar intenso y brusco de 3h de evolución que se extiende a MMII, de predominio derecho, asociando paraparesia bilateral (no vence contra gravedad) y ausencia de sensibilidad en MID, en MII hasta tercio superior. Ausencia rots, pulsos femorales y radiales débiles, pedios ausentes. No control esfínteres. Aumento de frialdad en MMII a lo largo del día.

Exploración: mal estado general, taquicardico 120lpm. TA 138/99mmhg.

Pruebas complementarias: analítica: bioquímica, perfil renal/hepático y coagulación sin alteraciones. 17680 leucocitos (79% pmn), HB 15,4 g/dl. RMN: discopatías cervicales C4-C5, osteofitos, estenosis focal del canal y moderado grado de compresión medular, sin signos de patología infiltrativas ósea. TAC abdominal: ateromatosis aortoiliaca. Aneurisma fusiforme de aorta abdominal infrarrenal 4,3cm diámetro con trombosis completa y sin repermeabilización de arterias ilíacas. Trombo mural extrínseco con ulceraciones. Trombosis completa del tronco celíaco con posterior repermeabilización a nivel de su trifurcación. Derrame pleural derecho con características exudado, a descartar origen metastásico.

Enfoque familiar y comunitario: Los hechos transcurren de forma rápida informándose a la familia del mal pronóstico de la enfermedad vascular y del resultado del estudio de la lesión pulmonar, que hasta el momento desconocían. Su esposa no encaja la situación ya que no esperaba la noticia ni el empeoramiento tan brusco. Cuenta con una red social con elevado apoyo emocional, que incluye a sus hijos. La familia decide no comunicarle el resultado de la biopsia debido a su temor desde joven a presentar una enfermedad oncológica.

Juicio clínico: síndrome aórtico agudo con isquemia medular y paraparesia isquémica de MMII. Probable isquemia mesentérica. CNMP estadio IV.

Diagnóstico diferencial: compresión medular, isquemia aguda MMII.

Tratamiento: enoxaparina 70mgsc/12h+fluidoterapia IV. Sedación paliativa.

Evolución: cirugía vascular plantea actitud conservadora, si no progresión bypass axilo-bifemoral. Ingreso en medicina interna. Pérdida de pulsos femorales, cianosis proximal y palidez-frialdad extrema distal con empeoramiento del estado general. Éxito.

Conclusiones

Alerta ante síntomas que podamos relacionar con AP de nuestros pacientes y nos permitan un diagnóstico temprano de cuadros eminentemente graves. Labor del médico de familia es el abordaje emocional del enfermo, su entorno y la gestión de malas noticias/duelo.

Palabras Clave

Paraparesia, focalidad neurológica, trombosis.

Fibromialgia y alteración del equilibrio: a propósito de un caso

Martín Pérez E¹, López Torres G², Menéndez Sotillo M³

¹ Médico de Familia. DCCU Granada. Granada

² Médico de Familia. DS Granada-Metropolitano. Granada

³ DUE. CS Zaidín Sur y DCCU. Granada

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de consulta

Caídas accidentales, algunas con pérdida de conocimiento.

Historia clínica

Antecedentes personales: mujer de 55 años. Con antecedentes de: ansiedad y fibromialgia (diagnosticada desde el año 2007). En tratamiento actual con tramadol, diclofenaco, y alprazolam ocasional. Sufrió un accidente isquémico transitorio hace un año, a raíz del cual se le realizan resonancia nuclear magnética sin hallazgos agudos y resonancia magnética con contraste intravenoso donde se localiza un patrón vascular en probable relación a una gliosis isquémica antigua.

Anamnesis: desde hace siete meses acude en reiteradas ocasiones a nuestra consulta, en concreto una o dos veces por mes, por caídas accidentales unas veces con pérdida de conocimiento otras no, pero la paciente nos refiere que no se da cuenta nunca.

Exploración: estas caídas le ocasionan hematomas en miembros y en distintas regiones faciales y craneales sin fracturas. Exploración neurológica y cardíaca dentro de la normalidad. Constantes normales.

Pruebas complementarias: es derivada en numerosas ocasiones al servicio de urgencias siendo valorada por parte del servicio de neurología realizándosele: TAC craneal y RMN urgentes que resultan normales; también eletromiograma y electroencefalograma programados que presentan normalidad. Se apunta por parte de los especialistas a que pueda haber alguna relación con el estado de ánimo de la paciente.

Enfoque familiar y comunitario: Paciente casada, vive con su familia compuesta por dos hijos. Vida normal, activa profesionalmente.

Juicio clínico: fibromialgia, alteración del equilibrio.

Diagnóstico diferencial: accidentes isquémicos transitorios, síncope.

Tratamiento, planes de actuación: Pautamos tratamiento con betahistina, y rehabilitación para tratar el problema de equilibrio. Hacemos también hincapié en la prevención de factores de riesgo cardiovascular, tras el episodio de AIT sufrido.

Pendiente de evolución

Conclusiones

Resulta complicado afrontar el caso de esta paciente que confía en nosotros que acude a la consulta muy preocupada por lo que le está sucediendo, que está harta de que muchos profesionales no consideren la fibromialgia como entidad clínica y se etiquete como mujer neurótica y simuladora. Es un reto para nosotros intentar dar una respuesta a esta paciente del porqué de sus numerosas caídas cuando de momento las pruebas complementarias son normales. Sabemos que hay estudios que asocian la fibromialgia con problemas de equilibrio y mayor frecuencia de caídas.

Palabras Clave

Atención primaria, fibromialgia, equilibrio

No todas las fracturas son iguales

Baena Castro S¹, Aldeanueva Fernández C², García Pigne I³

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Torrox. Málaga

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS. Torre del Mar. Málaga

³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Vélez-Málaga. Málaga

Ámbito del caso

Atención primaria. Urgencias hospitalarias. Traumatología. Neumología. Oncología.

Motivos de consulta

Dolor en brazo derecho tras caída accidental junto con tos y expectoración.

Historia clínica

Enfoque individual. Antecedentes personales: no alergias medicamentosas conocidas. Ausencia de patologías crónicas. No hábitos tóxicos.

Anamnesis: varón de 50 años que acude a urgencias de atención primaria por dolor en brazo derecho tras caída accidental. También refiere tos y expectoración de dos semanas de evolución junto con disnea de esfuerzo. Hemoptisis intermitente desde hace un mes.

Exploración física: regular estado general. Bien hidratado y perfundido. Taquipneico en reposo. Dolor a la palpación del miembro superior derecho junto con impotencia funcional. Se decide traslado al hospital para realizar pruebas complementarias.

Pruebas complementarias: Análisis de sangre: hemoglobina 9.2. Glucosa 155. PCR 24.4. Calcio 9.2. Resto de hemograma, bioquímica y coagulación normales. Radiografía húmero derecho: fractura patológica de húmero proximal sobre lesión ósea de carácter permeativo y aspecto agresivo. Radiografía tórax: patrón micronodular con aumento de densidad a nivel parahiliar derecho. Se deriva a traumatología que decide ingreso para tratamiento. Tomografía axial computerizada torácica: imagen de aspecto condensativo cavitado y algunas zonas con características de masa en lóbulo superior derecho. Abundantes adenopatías pulmonares bilaterales y axilares ipsilaterales. Se deriva a neumología para completar estudio. Broncoscopia: signos de infiltración submucosa de predominio en lóbulo superior derecho con restos de sangrado en todo el árbol bronquial. Biopsia pulmonar: adenocarcinoma poco diferenciado.

Enfoque familiar y comunitario: Núcleo familiar normo-funcional. Red social con alto apoyo emocional e interacción social positiva.

Juicio clínico: Adenocarcinoma de pulmón estadio iv con metástasis pulmonares y óseas (fractura patológica de húmero derecho secundaria).

Diagnóstico diferencial: Neumonía adquirida en la comunidad. Fractura postraumática.

Tratamiento: Se realiza un enclavado endomedular anterógrado del húmero derecho y se toma una biopsia ósea que confirma la metástasis ósea de adenocarcinoma. Se deriva a oncología que inicia tratamiento con quimioterapia y radioterapia paliativa.

Evolución. Buena evolución postoperatoria. Constantes mantenidas y afebril. Precisa analgesia con opioides mayores para control del dolor. Ausencia de disnea significativa. Hemoptisis leve recurrente no cuantificada.

Conclusiones

Ante un paciente con una fractura patológica que se acompaña de clínica aparentemente sin relación, debemos prestar atención a la posibilidad de tratarse de una metástasis ósea y por lo tanto, realizar pruebas complementarias para localizar el tumor primario.

Palabras Clave

Adenocarcinoma. Hemoptysis. Spontaneous fractures.

“Doctora, sigo con la cara hinchada”

Blanco Rubio B, Sánchez González I, Bascuñana Garrido M

CS Las Palmeritas. Sevilla

Ámbito del caso

Atención primaria (AP)/urgencias/atención hospitalaria.

Motivos de consulta

Edema facial.

Historia clínica

Enfoque individual. Antecedentes personales: fumador 20 cigarrillos/día de 20-29 años. Enfermedad actual: varón, 60 años. Acude por edema facial y cervical, presión nuchal y disnea en decúbito. La primera visita se cataloga de alergia, la segunda, se pauta furosemida, la tercera corticosteroides, y en la cuarta se deriva urgencias hospital por empeoramiento.

Exploración: aceptable estado general, eupneico en reposo. Estable hemodinámicamente. Edema y eritema laterocervical derecho de partes blandas, sin adenopatías. Ingurgitación venosa cervical en decúbito. Discreta circulación colateral en tórax. Auscultación respiratoria: disminución de murmullo supraescapular derecho.

Pruebas complementarias: analítica: tres series normales. Electrocardiograma: ritmo sinusal a 70 lpm, normal. Radiografía de tórax: ensanchamiento mediastínico, masa mediastínica derecha que tracciona y reduce volumen de lóbulo superior derecho (LSD) con elevación diafragmática y pinzamiento de seno costofrénico derecho. Se decide derivación a care de neumología.

Pruebas complementarias: espirometría: patrón inespecífico. Marcadores tumorales: elevados. TAC tórax: masa de partes blandas preesternal, infiltración lítica del manubrio esternal y arcos anteriores de primeras costillas. Vena braquioencefalica parcialmente trombosada y cava superior obliterada por lesiones tumorales. Adenopatías paratraqueales e hiliares derechas. Masa que ocupa segmento apical del LSD con fijadores pleurales e infiltración pleural y extrapleural. Engrosamiento pleural focal en cuarta costilla derecha. TAC abdomen: dos lesiones hipodensasquísticas en segmento IV y V de hígado. Lesión lítica en ala sacra derecha. Rotura de muro posterior de primera vertebra sacra. alteraciones compatibles con neoplasia de pulmón t4n2m1b, estadio iv con SVCS. Flebografía venosa: estenosis oclusiva de vena cava superior (VCS). Fibrobroncoscopia biopsia: adenocarcinoma.

Enfoque familiar y comunitario: acompañado de su esposa, se encuentran nerviosos y enfadados porque es la cuarta vez que acuden al médico y demandan solución a su problema. asustados por los resultados de la radiografía y las posibilidades diagnósticas que le explican en urgencias.

Juicio clínico: adenocarcinoma pulmonar, estadio IV con SVCS.

Diagnóstico diferencial: infección local, patología tiroidea, angioedema, insuficiencia cardiaca congestiva, síndrome nefrótico, SVCS.

Tratamiento: endoprótesis VCS, quimioterapia y radioterapia paliativas.

Evolución: se ingresa en oncología dónde implantan endoprótesis que mejora los síntomas. Inicia quimioterapia y radioterapia antiálgica en región sacra con muy mal control del dolor que ocasiona el ingreso en cuidados paliativos. Exitus en 4 meses.

Conclusiones

Aprovechar recursos de fácil acceso en AP como la radiografía de tórax y alerta ante síntomas que puedan dirigir hacia un buen diagnóstico diferencial en pacientes con consultas reiteradas dónde el enfoque inicial ha podido ser difícil y no certero.

Palabras Clave

Edema facial, reacción alérgica, síndrome de la vena cava superior (SVCS)

Síndrome MEN tipo 1: a propósito de un caso clínico

López Montes A¹, Padial Reyes I², De La Cerda Vaquero M¹

¹ CS La Cala. Mijas Costa (Málaga)

² CS Las Lagunas. Mijas (Málaga)

Ámbito del caso

Centro de salud urbano.

Motivos de consulta

Varón, 37 años, acude a consulta por molestias abdominales y deposiciones diarreicas.

Historia clínica

Antecedentes personales: fumador. Bulboadenitis erosiva. Litiasis renal. Intervenido: criptorquidea, adenoma paratiroideo derecho.

Antecedentes familiares: adenocarcinoma de colon (padre), hiperparatiroidismo y adenoma hipofisario (hermana). El paciente acude a la consulta por molestias abdominales de larga data asociándose en las últimas semanas con diarrea hasta 20 deposiciones diarias, por lo que se deriva a digestivo. Tras TAC abomino-pélvico, RMN páncreas, ecoendoscopia con biopsia pancreática y analítica con hormonas (gastrina, vip, somatostatina, pp...)

Se diagnostica de tres lesiones pancreáticas sugestivas de tumor neuroendocrino de páncreas funcionante, se deriva a medicina interna para estudio genético por posible asociación al síndrome Men tipo 1, confirmándose posteriormente: hiperparatiroidismo primario, microadenoma hipofisario izquierdo, hipogonadismo hipogonadotrofo y TNE pancreático. Se deriva al servicio de oncología y endocrinología y tras valoración en comité clínico oncológico se decide tratamiento quirúrgico, realizándose pancreatomectomía distal con complicación posterior de fístula pancreática, retraso vaciamiento gástrico, pancreatitis aguda con colecciones pancreáticas, desnutrición calórica proteica severa y poliartritis idiopática. Valoración enfermera: tras el alta, es fundamental un continuo seguimiento de las glucemias y tensión arterial así como las curas que precisa el paciente, siendo fundamental la actuación de enfermería.

Enfoque familiar y comunitario: el paciente presenta una buena cobertura familiar, su esposa y hermana ejercen una acción fundamental en la recuperación tanto clínica, como psicológica y social. Apoyo psicológico y salud mental: acude a las semanas con importante apatía, desesperación, insomnio, llanto continuo, con ideaciones suicidas que no consigue alejar de su mente; se pauta tratamiento para la ansiedad y depresión y de forma urgente se contacta con salud mental, que valora al paciente y reajusta el tratamiento.

Actualmente, el paciente evoluciona favorablemente tanto física como psicológicamente; pendiente actualmente de la continuación de tratamiento adyuvante.

Conclusiones

Observamos en este caso, la actuación conjunta multidisciplinar, tanto inter-niveles como inter-hospitalario; siendo fundamental para el diagnóstico, la terapéutica y posterior seguimiento del paciente tanto en la esfera clínica como psicológica.

Palabras Clave

Multiple endocrine neoplasia type 1, parathyroid adenoma, hipercalcemia

Consecuencias de una pérdida de conocimiento

García Iglesias Y¹, Cabrera Enríquez S², López Torres G³

¹ Médico de Familia. CS Gran Capitán. Granada

² D.U.E. DCCU La Chana. Granada

³ Médico de Familia. DS Granada. Granada

Ámbito del caso

Urgencias extrahospitalarias y hospitalarias.

Motivos de consulta

Avisan al DCCU por pérdida de conocimiento en varón que estando acostado se levanta para ir al baño, sufriendo traumatismo craneal.

Historia clínica

Varón de 76 años sin alergias medicamentosas.

Antecedentes personales: neumonectomía izquierda por cáncer de pulmón, cardiopatía isquémica con enfermedad de dos vasos y tres Stent, hipertrofia prostática benigna, diabetes mellitus tipo 2, insomnio e intento de autolisis con ingesta de pastillas hace 5 meses. Tratamiento: espiroperona 50mg/día, zolpidem 10mg/día, lormetazepam 2mg/día, tamsulosina 400mg/día, furosemida 40mg/día, simvastatina 10mg/día, aas 100mg, ramipril 5mg/día, carvedilol 2,5mg/día, metformina 850mg/día, trazodona 100mg/día, omeprazol 20mg/día.

Exploración física: a nuestra llegada lo encontramos desconectado del medio, pálido, no diafórico, no responde a llamadas, no colaborador lo que dificulta la exploración, pero sin agresividad manifiesta, repite constantemente “dejadme tranquilo aquí arriba”. Presenta contusión frontal y occipitoparietal. No se deja hacer ECG. Preguntamos a la familia por la posibilidad de nueva ingesta medicamentosa, no descartan la posibilidad lo encuentran muy bajo de ánimo en los días previos.

No fiebre, ni vómitos, ni dolor torácico. Constantes vitales: TA:120/60mmhg; FC:54lpm; so2:99%; Glasgow inicial 10 (o3,v3,m4) que evoluciona a 13 (o4,v4,m5). Se decide traslado a hospital. Urgencias: Glasgow: 15, continúa con habla repetitiva (“no sé, ay dios”), se muestra algo más colaborador, exploración neurológica sin focalidad, pupilas isocóricas y reactivas, no ingurgitación yugular, auscultación cardiorespiratoria: tonos rítmicos sin soplos, disminución de murmullo vesicular en campos periféricos izquierdos. Análisis: sin hallazgos relevantes. TAC craneal: áreas de componente hemorrágicos en espacio subaracnoideo en polo anterior de ambos lóbulos frontales.

Juicio clínico: hemorragia subaracnoidea postraumática, traumatismo craneal leve, síncope, abuso de benzodiacepinas.

Enfoque familiar y comunitario: vive con su mujer y su hija, ambas con retraso mental leve. Se contacta con su médico para control estrecho de la situación familiar.

Evolución: pasa a observación con evolución favorable. TAC de control: persiste componente hemorrágico subaracnoideo sin cambios significativos en su cantidad. Alta con recomendaciones de traumatismo craneal.

Conclusiones

Debemos limitar el uso de benzodiacepinas e hipnóticos en la población general pero sobre todo en personas mayores. En caso de prescribirlos extremar precauciones para evitar caídas y sus consecuencias.

Palabras Clave

Subarachnoid hemorrhage, Benzodiazepines, Syncope

Resultado inesperado en un paciente poco expresivo

Pérez Rivera R¹, García Flores A², Luciani Huacac L³

¹ Médico de Familia. CS Deorcera. Jaén

² Médico de Familia. Consultorio Génave. Jaén

³ Médico de Familia. Consultorio La Puerta de Segura. Jaén

Ámbito del caso

Atención primaria y atención especializada.

Motivos de consulta

Paciente de 73 años que acude a consulta varias veces por dolor en región inguinal derecha, no le da mucha importancia y no refiere otros síntomas acompañantes aunque consulta en varias ocasiones.

Historia clínica

Antecedentes personales: hipertenso, dislipémico. En tratamiento con enalapril y simvastatina.

La exploración abdominal es normal, no se precian hernias ni orificios herniarios inguinales.

Solicitamos radiografía abdominal y de cadera en los que no se observan hallazgos de interés. Analítica normal. Combur test: normal. Pautamos metamizol con mejoría parcial. Días posteriores acude por dolor en flanco e hipocondrio derecho, acompañado de náuseas y vómitos. Pautamos buscapina y primperan intramuscular y derivamos a urgencias del hospital por no remitir. Le realizan analítica que es normal y en ecografía abdominal aparece: hígado graso grado ii, colecistitis crónica litiasica. Litiasis renal derecha sin signos de obstrucción. Lo valoran en consulta de cirugía general donde le solicitan TAC abdominal y cita preferente con urología.

En urología desestiman tratamiento por no tener repercusión clínica. La TAC confirma litiasis renal no obstructiva y colelitiasis sin signos de gravedad y sugieren intervención quirúrgica.

Enfoque familiar y comunitario: el paciente vive solo, está soltero pero tiene muy buena relación con sus hermanos y sobrinos, con gran apoyo social.

Juicio clínico: colelitiasis crónica

Diagnóstico diferencial: pancreatitis, cólico renal, neumonía

Tratamiento: se aconseja dieta de protección biliar, buscapina, omeprazol y se pone en lista de espera quirúrgica para colecistectomía.

Conclusiones

Aunque en muchas ocasiones los pacientes son hiperfrecuentadores y consultan por problemas banales detrás puede haber una patología importante, siempre debemos intentar realizar adecuadamente una historia clínica completa.

Palabras Clave

Colelitiasis, vía biliar, dolor hipocondrio derecho

Diplopía como debut de un síndrome depresivo

Fernández Viñes J¹, Gines Ramírez E², Martín Pérez E²

¹ Médico Dispositivo de Apoyo. CS Atarfe. Granada

² Médico DCCU. CS La Chana. Granada

Ámbito del caso

Atención primaria. Urgencias extrahospitalaria y salud mental.

Motivos de consulta

Paciente atendida en urgencias extrahospitalarias por síncope y posterior diplopía. Cervicalgia desde hace 3 días que no cede con la medicación.

Historia clínica

Mujer de 22 años sin alergias medicamentosas. No antecedentes personales de interés, endotropía acomodativa tratada por oftalmología en la infancia. No hábitos tóxicos. Vista en urgencias hace 3 días por cervicalgia con mareo y vómitos. Ese día, durante el trabajo, ha notado mareo con pérdida del conocimiento. Tras la recuperación experimenta visión borrosa y diplopía con cervicalgia intensa.

Exploración neurológica: anodina. Gran ansiedad con llanto incontrolable. Exploración física: visión doble en la visión central y normal en la periférica. Dolor cervical intenso y en las apófisis espinosas de la columna cervical. Constantes vitales: tensión arterial (TA): 80/50 milímetros de mercurio (mmhg). Frecuencia cardiaca (FC): 60 lpm. En el hospital: TA: 125/76mmhg; FC: 120 lpm. Valoración oftalmológica: sin hallazgos. Valoración neurología y neurocirugía: descartan patología de su especialidad.

Pruebas complementarias: escoliosis antiálgica. TAC craneal normal. Anemia microcítica en la analítica.

Enfoque familiar y comunitario: convive con su madre y una hermana de 8 años. Mala relación con la madre. Pareja estable, con buena relación, desde hace 4 años. Numerosos acontecimientos vitales desde la infancia.

Juicio clínico: síndrome depresivo.

Diagnóstico diferencial: tumoración cerebral, miastenia gravis, migraña oftalmoplejías, síndrome Eaton-Lambert

Tratamiento: mirtazapina 15 mg por la noche.

Plan de actuación: seguimiento en atención primaria por su equipo médico-enfermero y equipo de salud mental comunitaria.

Evolución: evolución favorable tras el alta hospitalaria. Gran aceptación del seguimiento médico-enfermero.

Conclusiones

Al enfrentarnos con un paciente con diplopía debemos descartar todas las causas orgánicas que nos la pueden originar. Es fundamental, y sobre todo en atención primaria, realizar una anamnesis exhaustiva, incluyendo factores psico-sociales que nos puedan orientar hacia una causa psicógena de la misma. El apoyo dado con las visitas de seguimiento provoca una mejoría clínica más rápida y una menor necesidad de tratamiento farmacológico.

Palabras Clave

Diplopia, depression, conversion disorders.

Un caso de celiaquía atípica

Membrillo Contioso E², Mateos Velo L¹, Palomo Cobos C³

¹ Médico de Familia. CS Almonte. Huelva

² Médico de Familia. CS Madroño. Sevilla

³ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Valverde del Camino. Huelva

Ámbito del caso

Atención primaria y hospitalaria. Multidisciplinar.

Motivos de consulta

Niña de 11 años con deposiciones frecuentes (5-7 veces/día) no diarreicas y sin productos patológicos.

Historia clínica

Antecedentes personales: RAM ibuprofeno. Vacunación correcta.

Anamnesis: niña de 11 años con deposiciones frecuentes (5-7 veces/día), no diarreicas, sin productos patológicos. En el período de lactante deposiciones patológicas coincidiendo con la introducción del gluten, por lo que se le retiró de la dieta hasta los 2 años. Desde entonces asintomática hasta hace varios meses, que comienza con deposiciones frecuentes, mejorando al retirar gluten de la dieta. No pérdida de peso. No AF de patología digestiva.

Exploración: peso 33.5kg. Talla 150cm. BEG, normocoloreada, normohidratada. ACP y abdomen sin hallazgos patológicos.

Pruebas complementarias: Hemograma: fórmula leucocitaria normal. HB 14.7 g/dl. Plaquetas 231000/l. Bioquímica: sin alteraciones. Anticuerpos antitransglutaminasa y anti-gliadina: negativos. Screening alimentos: negativo. IGE e IGA normales. Calprotectina fecal: 16.8 microg/g (normal). Ecografía abdominal: sin hallazgos patológicos. Estudio genético: tipos DQ2 y DQ8.

Juicio clínico: diarrea motora. Intolerancia al gluten-celíaca.

Diagnóstico diferencial: sensibilidad al gluten no celíaca y síndrome de intestino irritable.

Tratamiento: dieta sin gluten, reevaluación con reintroducción de gluten y nuevo estudio.

Conclusiones

La prevalencia de la celiaquía se estima en 1/300. Son muchos los pacientes no diagnosticados, debido a la mayor presentación de formas atípicas y en edades más avanzadas. La susceptibilidad vendría determinada por el heterodímero HLA-DQ alfa/beta, codificado por los alelos DQA1*0501 y DQB1*0201, que se presenta en el 93% de los pacientes, el 64% de los familiares de primer grado y en el 20% de la población general. Suele existir un intervalo de meses entre la introducción del gluten y el inicio de los síntomas (período de latencia). Cuanto más precoz es la introducción más corto es este período. Esta relación parece estar ligada a la duración de la lactancia materna más que al momento de la introducción del gluten, ya que la lactancia materna prolongada está asociada con una disminución del riesgo y/o retraso en el inicio de la celiaquía. La incidencia de la forma clásica de presentación en niños está descendiendo.

Palabras Clave

Celiac disease, chronic diarrhea, intolerance to gluten.

Tuberculosis activa: enfermedad emergente

Clavero Lorenzo A¹, Navarro Luna J², González Trujillo A³

¹ DUE. CS Palos de la Frontera. Huelva

² Médico de Familia. CS Palos de la Frontera. Huelva

³ Médico de Familia. CS Mazagón. Huelva

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de consulta

Mujer de 31 años que acude a consulta por disnea, dolor torácico, más en vértices, febrícula y malestar general.

Historia clínica

Antecedentes personales: no alergias medicamentosas conocidas. No antecedentes de interés.

Anamnesis: acude por disnea, malestar general y febrícula. Ha estado 7 días en tratamiento con formoterol /fluticasona 10/250 (1 inhalación cada 12h), levofloxacino 500 (1/12h) y antitérmicos que le ha mandado otro médico pero no ha experimentado mejoría.

Exploración: buen estado general. Consciente, orientado. Auscultación respiratoria con crepitantes generalizados. Febrícula (37°C).

Pruebas complementarias: Mantoux: positivo a 48h (8mm) y 72h (12mm). Radiografía de tórax: infiltrado cavitado en ambos lóbulos superiores así como múltiples opacidades micronodulares y engrosamiento peribronquial en base derecha compatible con tuberculosis pulmonar y diseminación broncogénica. Silueta cardíaca de tamaño normal.

Enfoque familiar y comunitario: familia nuclear normofuncional.

Diagnóstico diferencial: con neumonía, neoplasia pulmonar, enfermedad reumática.

Juicio clínico: tuberculosis pulmonar con diseminación broncogénica

Tratamiento y plan actuación: se deriva a neumología de hospital para aislamiento, baciloscopia (que fue positiva) y cultivo de Löwestein de esputo y orina (positivo el de esputo y negativo el de orina). Se comienza tratamiento con isoniazida (200 mg)+ rifampicina (480 mg)+pirazinamida (1200 mg) durante 2 meses, después con rifampicina (600 mg)+ isoniazida (300 mg) durante 4 meses.

Actuación comunitaria: se hace el estudio de convivientes sobre 7 personas; madre, dos hermanos, dos cuñadas, tío y un amigo de la familia. A todos se les hace Mantoux, siendo negativo en las dos cuñadas y una hermana. Positivo en la madre, el tío, amigo de la familia y un hermano. A estos se le realiza radiografía de tórax con resultado negativo, poniéndoseles una profilaxis con isoniácida durante 6 meses

Evolución: la paciente evolucionó de forma favorable. Negativizándose su baciloscopia en 20 días y siguiendo el tratamiento en su domicilio hasta su alta en 6 meses.

Conclusiones

La tuberculosis es una enfermedad infecciosa y una de las principales causas de mortalidad a nivel mundial.

Palabras Clave

Disnea. Febrícula. Malestar

Síndrome de vena cava superior: un diagnóstico a tener en cuenta

Vázquez González N¹, Pozuelo Rodríguez A², Vázquez Alarcón R³

¹ Médico de Urgencias. Hospital Quirón. Málaga

² Médico de Familia. FREMAP. Ciudad Real

³ Médico de Familia. CS Vera. Almería

Ámbito del caso

Atención primaria, urgencias y especializada.

Motivos de consulta

Ingurgitación yugular.

Historia clínica

Antecedentes personales: fumador de 20 cigarros/día.

Anamnesis: varón, 40 años, consulta por cuadro de 6 días de evolución consistente en tos seca, ingurgitación yugular y circulación colateral en región anterior del tórax. Tras realizar radiografía de tórax, derivamos al servicio de urgencias para valoración.

Exploración: destaca hipoventilación en tercio superior de hemitórax derecho. Araña vascular en región anterior del tórax. Resto sin interés.

Pruebas complementarias: analítica sanguínea: normal. Radiografía de tórax: masa en lóbulo superior derecho. TAC tórax: masa de densidad partes blandas compatible con conglomerado adenopático que ocupa varias regiones (hiliar, cavotraqueal, paratraqueal, prevascular y subcarinal). A nivel hiliar derecho rodea y estenosa el bronquio del LSD (lóbulo superior derecho) y sus bronquios segmentarios y a nivel mediastínico estenosa la vena braquiocefálica izquierda y la vena cava superior. Resto normal. Broncoscopia: en árbol bronquial derecho pérdida de pliegues con signos de infiltración de la mucosa desde la entrada de LSD con carina de división engrosada. Paaf de ganglio linfático, citología de broncoaspirado y citología de cepillado bronquial: positiva para células malignas. Biopsia bronquial: carcinoma de células pequeñas.

Enfoque familiar y comunitario: fontanero, casado, 2 hijos pequeños, red sociofamiliar bien establecida.

Juicio clínico: síndrome vena cava superior secundario a cáncer de pulmón.

Diagnóstico diferencial: faringitis, tos alérgica, masa mediastínica.

Identificación de problemas: patología relativamente rara en personas previamente sanas.

Tratamiento, planes de actuación: se inicia tratamiento con corticoides, quimioterapia y radioterapia paliativa.

Evolución: el paciente evoluciona desfavorablemente presentado disnea intensa sin respuesta al tratamiento y fallece a los 4 meses.

Conclusiones

Si bien es una patología difícil de diagnosticar en atención primaria, es conveniente tenerla presente ya que se trata de una patología muy importante desde el punto de vista de la etiología y que puede pasar inadvertida debido a su gran variedad de manifestaciones clínicas.

Palabras Clave

Superior vena cava syndrome, lung neoplasms, lymphatic diseases.

El reto de diagnosticar. Cuando los pacientes callan

Fernández Viñes J¹, Gines Ramírez E², Martín Pérez E²

¹ Médico Dispositivo de Apoyo. CS Atarfe. Granada

² Médico DCCU. CS La Chana. Granada

Ámbito del caso

Atención primaria. Urgencias extrahospitalarias y salud mental.

Motivos de consulta

Dolor torácico.

Historia clínica

Hombre de 34 años sin alergias medicamentosas conocidas. Antecedentes de enfermedad de Gilbert y trastorno de ansiedad. Tratamiento habitual ketazolam 15 miligramos (mg). Presenta dolor en hemitórax izquierdo, opresivo, que irradia hacia la espalda, no se incrementa con los movimientos, no cortejo vegetativo, de una hora de evolución.

Exploración neurológica: sin hallazgos. Intranquilidad que va aumentando progresivamente. Exploración física: molestias en epigastrio. Resto anodino. Constantes vitales: tensión arterial (TA): 162/100 milímetro de mercurio (mmhg). Frecuencia cardiaca (FC): 110 latidos por minuto (lpm). Saturación de oxígeno: 99%. Electrocardiograma (centro de salud): ritmo sinusal. QRS estrecho. Elevación ST en V1-V3. Empeoramiento del dolor y aparición de cortejo vegetativo a pesar del tratamiento con nitroglicerina. Se deriva en ambulancia medicalizada a urgencias hospitalarias. Valoración hospitalaria: analítica normal. Marcadores cardiacos normales. Gasometría venosa normal.

Pruebas complementarias: electrocardiograma: solo presenta elevación de ST en V2, resto igual. RX simple de abdomen: presencia de cuerpos extraños metálicos a nivel intestinal. Se reinterroga al paciente que confirma que se ha tragado 2 imanes y múltiples tornillos. Ingres a cargo de cirugía. Valoración enfermera: índice de Barthel: 100.0 (independencia).

Diagnóstico nanda: ansiedad. Controla la respuesta de ansiedad.

Enfoque familiar y comunitario: paciente que vive solo. Buena relación familiar. Ha pasado mala etapa y está harto de vivir, sin ideación autolítica elaborada.

Juicio clínico: ingesta de cuerpos extraños. Trastorno de ansiedad

Diagnóstico diferencial: dolor torácico

Evolución: presentó una evolución favorable, con expulsión de todos los cuerpos extraños sin necesidad de intervención quirúrgica.

Tratamiento: mirtazapina 30 mg por la noche. Plan de actuación: remitir para seguimiento a su unidad de salud mental comunitaria.

Conclusiones

El acto de llegar a un diagnóstico es un proceso complejo que se puede ver dificultado por la poca o nula colaboración de algunos pacientes. En estos casos es fundamental, aparte de dedicar tiempo a hacer una buena anamnesis, reexplorar y reinterrogar a los pacientes para llegar a un diagnóstico correcto.

Palabras Clave

Chest pain, foreign objects, anxiety disorders

Una simple infección de orina

Cámara Bravo I¹, Castaño Fuentes M², Pérez Sánchez J³

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Rincón de la Victoria. Málaga

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Cala del Moral. Málaga

³ Médico de Familia. CS Rincón de la Victoria. Málaga

Ámbito del caso

Urgencias.

Motivos de consulta

Dolor fosa renal izquierda, vómitos persistentes.

Historia clínica

Enfoque individual: antecedentes personales: alergias: Dexketoprofeno (edema de glotis), no fumadora. Psoriasis.

Anamnesis: mujer 47 años, acude a urgencias por dolor en fosa renal izquierda irradiado a fosa iliaca, vómitos y malestar general. Controla dolor parcialmente con analgesia. Episodio de cólico nefrítico. Varios meses continúan episodios similares hasta que valora urología. Febrero realizan urograma intravenoso objetivándose uropatía obstructiva grado III/IV secundario a litiasis. Tras ésto deciden nefrostomía percutánea (4-marzo) con buen funcionamiento, sin complicaciones. Dos días después acude a urgencias por hematuria por catéter y dolor en fosa renal. Realizan análisis de sangre sin alteraciones y orina con 3+ hematíes y 1+ leucocitos. 17-marzo sesión de litotricia sin incidencias. A la semana vuelve a urgencias por dolor abdominal y nauseas sin fiebre, pautan analgesia y relajante muscular y derivan preferente a urología. 14 abril vuelve a urgencias por malestar general sin fiebre y dolor en región lumbar izquierda, sin orinas alteradas.

Exploración: abdomen blando, depresible, sin masas ni megalias, ni signos de irritación peritoneal, ruidos hidroaéreos conservados. En zona de nefrostomía enrojecimiento e inflamación con mínima secreción. se pauta antibiótico.

Pruebas complementarias: análisis sangre: polimorfonucleares (81%). Resto normal. PCR 3. Radiografía abdomen: litiasis uréter proximal izquierdo. Urograma intravenoso: uropatía obstructiva grado III/IV secundaria a litiasis. Riñón derecho normal. Sistemas pielocaliciales y uréteres sin otras alteraciones. Ecografía (tras nefrostomía): ectasia grado I/IV de grupo calicial superior y medio izquierdo. RMN: normal. Ovarios con quistes simples sin evidencias de nódulos sólidos.

Diagnóstico diferencial: lumbalgias o lumbociatalgias modificándose con movimientos. Dentro del ámbito renal: dolor en fosa asociado a fiebre haría pensar en pielonefritis aguda antes de realizar pruebas complementarias mientras que cólico renal: dolor e irradiación sin fiebre. Dolor en fosa ilíaca: descartar causa ovárica o colónica.

Evolución: ecografía lesión quística compleja en ovario izquierdo (6x5x5cm). La paciente comienza con crisis de ansiedad y episodio depresivo. Ginecología lo describe como quiste de 61mm, contenido sólido y solicitan RMN y análisis con marcadores. Resultados de RMN favorables y análisis con marcadores negativos.

Juicio clínico: nefrolitiasis + hidronefrosis. Nefrostomía.

Tratamiento: diclofenaco, metamizol, diazepam, ciprofloxacino.

Conclusiones

Litiasis renal: aparición de cálculos en aparato urinario superior. Su forma más frecuente es cólico nefrítico, cuando un cálculo se desprende o rompe y se deposita en sistema colector del riñón, aumentando presión intraluminal, activando terminaciones nerviosas de mucosa y provocando dolor. Este caso nos tiene que alertar de que en pacientes en los que son episodios repetidos, una ecografía a tiempo puede salvarnos de técnicas invasivas posteriores y sus complicaciones asociadas, como el caso de nuestra paciente.

Palabras Clave

Litiasis, kidney, nephrostomy

Caida y edema palpebral

Ortega Molina J¹, Morán Rocha T², Castillo Barrera J³

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Los Rosales. Huelva

² CS Bollullos del Condado. Huelva

³ Hospital Infanta Elena.

Ámbito del caso

Mixto, en atención primaria y urgencias hospitalarias.

Motivos de consulta

Paciente de 54 años que consulta por primera a su médico de atención primaria por caída accidental el día previo con golpe en región glútea y espalda. Dos días después, vuelve a consultar por edema periorbitario izquierdo. Posteriormente acude a urgencias hospitalarias por empeoramiento.

Historia clínica

Antecedentes personales: síndrome ansioso-depresivo. Enfermedad actual: mujer de 54 años que es valorada por su médico de atención primaria tras caída con golpe en espalda. A las 48 horas presenta edema periorbitario izquierdo, motivo por el cual acude al servicio de urgencias de su centro de salud, 12 horas después acude al servicio de urgencias hospitalarias, presentando proceso inflamatorio también a nivel de párpado derecho.

Exploración: buen estado general, sin signos de dificultad respiratoria. Normotensa. Saturación de oxígeno de 98%. Cara y cuello: inflamación periorbitaria bilateral. Crepitación a palpación. Tórax: crepitación generalizada a la palpación con dolor a palpación de 6º y 7º arcos costales derechos. Auscultación respiratoria: roncus y crepitantes secos. Resto normal.

Pruebas complementarias: radiología simple (tórax, parrilla costal y cuello): compatible con enfisema subcutáneo, sin imagen clara de neumotórax salvo en proyección de parrilla costal. Fractura de 6º y 7º arcos costales derechos. TAC de tórax: neumotórax derecho y neumomediastino. Gran enfisema subcutáneo que diseca los planos musculares. Fractura de 6º y 7º arcos costales, siendo ésta última la responsable del neumotórax.

Evolución: se practica drenaje de tórax. Ingresa en planta de cirugía durante una semana. En último control radiográfico a los 7 días de ingreso presenta pulmón reexpandido.

Juicio clínico y diagnóstico diferencial: neumotórax traumático derecho. Enfisema subcutáneo. Celulitis periorbitaria. Angioedema.

Conclusiones

La aplicabilidad de este caso radica en la importancia de realizar una adecuada historia clínica, así como una buena exploración física como herramienta fundamental para sospechar patología grave.

Palabras Clave

Wounds and injuries, edema, pneumothorax

Celulitis que no mejora. Ampliemos el diagnostico diferencial

Álvaro Calero A¹, Gómez Rincón A², Artola Garrido B³

¹ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC La Candelaria. Sevilla

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC La Candelaria. Sevilla

³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Utrera Norte. Sevilla

Ámbito del caso

Atención primaria. Urgencias.

Motivos de consulta

Lesión en primer dedo mano derecha.

Historia clínica

Antecedentes personales: HTA en tratamiento domiciliario con enalapril 20 mg / 24 h.

Anamnesis: paciente de 50 años que acude a la consulta de su médico de familia por picadura de insecto sobreinfectada en 1º dedo de la mano derecha, acompañada de malestar general asociado febrícula y dolor musculo esquelético tras haber pasado fin de semana en el campo.

A la exploración herida de 0.25 x 0.25 cm de diámetro con costra central con eritema y aumento de la temperatura a nivel local. Se instaura tratamiento con amoxicilina-clavulánico 875/125 mg 1 comprimido cada 8 horas y mupirocina tópica.

A los 7 días acude a urgencias de hospital por empeoramiento de la lesión y persistencia de clínica tras completar tratamiento prescrito. Se objetiva lesión con costra necrótica de 0.25 x 0.25 cm de diámetro con flictenas de contenido purulento en su interior, eritema y aumento de la temperatura a nivel local, muy dolorosa a la palpación.

Pruebas complementarias: analítica sin hallazgos, cultivo de herida: *Rickettsia typhi*.

Juicio clínico: tifus murino o endémico.

Tratamiento: doxicilina 100 mg / 12 horas durante 15 días.

Evolución: tras el tratamiento se produjo resolución completa del cuadro con cicatrización de la herida.

Conclusiones

La mención del tifus murino o tifus endémico evoca, en España, 2 ideas: a) se trata de una enfermedad «antigua», y b) es una infección «exótica». Sin embargo, se trata de un proceso relativamente frecuente, como infección autóctona o como enfermedad importada por viajeros, por lo que conviene conocer su existencia con la finalidad de poder diagnosticarla y tratarla. El tifus murino es una forma del tifus exantemático transmitido por bacterias (*R. Typhi* y *R. Felis*) de las pulgas de las ratas y roedores. Los síntomas, entre otros son las cefaleas, la fiebre, escalofríos, dolores articulares o artralgias, náuseas, vómitos, tos, dolores abdominales y en la columna vertebral. El diagnóstico etiológico se basa en la serología y el cultivo. Respecto al tratamiento, el fármaco de elección es la doxiciclina.

Palabras Clave

Cellulitis, typhus.

Análisis de los niveles lipídicos, la dislipidemia diabética e hipertensión en la población diabética de un centro de salud urbano

Mesa Rodríguez P¹, Morera Pérez P², Vargas Iglesias S¹, Rodríguez Lora E³, Amodeo Arahal M⁴, Avellaneda Cortes J⁵

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Salud El Juncal. Sevilla

² MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Luis. Sevilla

³ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Montequinto. Sevilla

⁴ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Porvenir. Sevilla

⁵ Médico de Familia. CS El Juncal. Sevilla

Objetivos

Analizar los niveles de lípidos de los pacientes diabéticos. Evaluar en qué porcentaje se da la dislipidemia diabética. Analizar la asociación entre los niveles lipídicos y la hipertensión en la diabetes.

Diseño

Estudio descriptivo transversal. Marco temporal : año 2014.

Emplazamiento

Atención primaria centro de salud urbano.

Material y método

Hemos analizado a una población de 289 diabéticos, de los cuales 221 tenían registrado en su HSD los valores lipídicos.

Resultados

La media de LDL de mi población es de 104,3 mg/dl con IC al 95% entre 98,7-110. El 20,4% (45 pacientes) presentan niveles de TG elevados y HDL bajo. El 73,5% de los pacientes que tenían niveles de triglicéridos bajos tenían niveles de HDL normales. Y el 56,3% de los pacientes con TG elevados tienen asociado HDL bajo. Podemos decir con una $p < 0.01$ que existe asociación entre tener unos TG > 150 mg/dl y unos niveles bajos de HDL. El 75% de los pacientes con dislipidemia diabética eran HTA.

Conclusiones

Podemos concluir que más de la mitad de los pacientes con triglicéridos elevados tiene asociados niveles de HDL bajos. En nuestra población de diabéticos el 20,4% de los pacientes diabéticos presentaban dislipidemia diabética. Debemos mejorar los controles de LDL de nuestros diabéticos a < 100 mg/dl en especial en los pacientes con otros factores de riesgo cardiovascular. La asociación entre HTA y diabetes está más que demostrada y se engloba dentro del síndrome metabólico, en nuestra población el 75% de los pacientes con TG elevados y HDL bajo, eran además de diabéticos hipertensos.

Palabras Clave

Diabetes, síndrome metabólico, dislipidemia.

Diagnosticando una tiroiditis subaguda

Naranjo Muñoz C, Moreno Rodríguez A, Valenzuela Cortés M

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Loreto-Puntales. Cádiz

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de consulta

Odinofagia de un mes de evolución.

Historia clínica

Antecedentes personales: no RAMC. Migraña. No IQX ni tratamiento habitual.

Anamnesis: varón de 39 años, profesor, que acude a consulta de atención primaria por odinofagia de un mes de evolución, iniciándose tratamiento con aines. Tres semanas después, continúa con molestias faríngeas, afectándole a su actividad laboral, por lo que acude a otorrinolaringólogo privado, descartando patología. Solicitamos analítica y reforzamos tratamiento pero acude nuevamente por empeoramiento clínico acompañado de molestias cervicales, sobretudo en región tiroidea que irradia a ambos oídos. Se amplía analítica con VSG y hormonas tiroideas.

Exploración: cavidad oral: leve hiperemia, resto normal. Destaca aumento del tamaño tiroideo, calor local y molestias a la palpación. No adenopatías.

Pruebas complementarias: fibrobroncoscopia normal. Analítica completa: destaca VSG 31, PCR 2.9, THS, hormonas tiroideas y anticuerpos antitiroideos normales.

Enfoque familiar y comunitario: familia nuclear en etapa I (nido sin usar), fase centrípeta del ciclo vital familiar. Red social con alto apoyo emocional. No acontecimientos vitales estresantes.

Juicio clínico: tiroiditis subaguda (Ó de Quervain)

Diagnóstico diferencial: faringitis, odontalgia, otitis, contractura cervical, tiroiditis, neoplasia

Identificación de problemas: dificultad para llegar al diagnóstico por la banalidad de síntomas. Afectación de su actividad laboral.

Plan de actuación: se reforzó el tratamiento con pauta descendente de corticoides orales durante cuatro semanas.

Evolución: el paciente presentó gran mejoría clínica, con resolución completa del cuadro al mes.

Conclusiones

La tiroiditis subaguda (O de Quervain) es relativamente frecuente, con una incidencia de 12,1 casos por 100.000 personas/año. Más común en adultos de mediana edad, sobretudo mujeres. Normalmente comienza con odinofagia, siendo el dolor de cuello y la inflamación local los datos que orientan al diagnóstico. Generalmente autolimitada y precedidas semanas antes de infección respiratoria. El tratamiento es sintomático, con antiinflamatorios y corticoides si fuera preciso. Es característica la elevación de VSG y PCR. TSH y hormonas tiroideas pueden estar alteradas y un 50% pueden presentar hipertiroidismo. Con anticuerpos antitiroideos negativos. La aplicabilidad del caso para la medicina familiar se basa en la importancia de un seguimiento estrecho en pacientes que no evolucionan favorablemente, donde la anamnesis y exploración juegan un papel fundamental en la identificación de enfermedades.

Palabras Clave

Primary health care, Neck pain, Thyroiditis, subacute

Dolor abdominal como manifestación de teratoma ovárico bilateral

González Trujillo A¹, Membrillo Contioso E², Díaz Saborido A³

¹ Médico de Familia. CS Mazagon. Huelva

² Especialista en MFYC. CS Almonte. Huelva

³ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Valverde del Camino. Huelva

Ámbito del caso

Atención primaria y urgencias. Multidisciplinar.

Motivos de consulta

Paciente de 17 años derivada desde AP a urgencias hospitalarias por dolor abdominal.

Historia clínica

Antecedentes personales: no RAM conocidas. No AP de interés.

Anamnesis: acude por dolor abdominal en fid de una hora de evolución. No fiebre. No vómitos. No cambios en el hábito intestinal.

Exploración: regular estado general, afectada por el dolor. Normocoloreada, normohidratada. ACP sin hallazgos patológicos. Abdomen distendido, con defensa, doloroso a la palpación en hemiabdomen derecho, más localizado en fid. Blumberg y psoas positivos.

Pruebas complementarias: Analítica sanguínea y sedimento urinario sin alteraciones. Test de gestación negativo. Ecografía abdominal: toda la amplitud de la pantalla ocupada por una lesión quística bicameral de 128 x 105mm y 149 x 107mm, con contenido heterogéneo. TAC abdominal: abdomen ocupado por dos lesiones contiguas de paredes finas, bien definidas, de densidad partes blandas y áreas de densidad grasa así como calcificaciones groseras de 16.5 y 13.2 cm. Otra lesión focal en anejo izquierdo, anterior al recto, de 48 x 36mm, bien definida, con zona de densidad de partes blandas y otra zona de densidad grasa, así como una calcificación grosera. Hallazgos sugestivos de teratomas bilaterales.

Juicio clínico: teratomas ováricos bilaterales.

Diagnóstico diferencial: cistoadenoma ovárico, apendicitis, embarazo ectópico.

Plan de actuación: se solicitan marcadores tumorales y se realiza propuesta de intervención.

Conclusiones

Los tumores ováricos se presentan como una masa abdominal, causando síntomas compresivos. Dada la localización intraabdominal del ovario, los síntomas pueden ser tardíos y retrasar el diagnóstico. Los teratomas quísticos son los tumores de células germinales más frecuentes en el ovario. Se presenta en mujeres jóvenes en edad fértil, siendo el 60% de los casos asintomáticos y bilaterales en un 10%. Para el diagnóstico la prueba más utilizada es la ecografía. Sin embargo, no más de la mitad presentan los hallazgos típicos, siendo necesario completar diagnóstico con TAC o RM. La actitud terapéutica actualmente es la quistectomía y seguimiento anual. Cabe destacar la importancia de sospechar este tipo de tumores, en edades cercanas a la pubertad, dado que pueden permanecer asintomáticos alcanzando un gran tamaño antes de ser diagnosticados.

Palabras Clave

Teratoma, ovary, ultrasonography.

Aneurisma de aorta en urgencias

Rodríguez Ruciero Á, Gómiz C, Velasco J

Hospital De Riotinto. Huelva

Ámbito del caso

Ámbito hospitalario.

Motivos de consulta

Dolor torácico lancinante en hemitórax izquierdo acompañado de palidez, frialdad y debilidad de miembros inferiores acompañado de hipotensión.

Historia clínica

Historia clínica. Varón de 70 años alérgico a carbocisteína. No hipertenso. No diabético. No dislipemia. Crisis convulsivas descritas en la juventud. Infección por virus hepatitis 2 con escaso grado de fibrosis. Distrofia de Fuchs con descompensación endotelial en ojo izquierdo. Cólicos nefríticos. Niega hábitos tóxicos. Intervenido de apendicitis, hernia inguinal y catarata bilateral. Medicación crónica: luminal por las noches.

Exploración física: mal estado general, alerta, colaborador, eupneico, tolera decúbito. Dolor a la presión en hemitórax izquierdo. Mal perfundido. Pálido. Disminución del pulso radial, femoral y tibial derecho. Auscultación cardiopulmonar anodina. Abdomen anodino. MMII sin alteraciones.

Electrocardiograma: ritmo sinusal a 60 latidos por minuto. Pr normal. No desnivelaciones del ST. Analítica sanguínea: hemograma, bioquímica (incluidas enzimas cardíacas) y coagulación sin alteraciones significativas. Angio tomografía axial computarizada (TAC): aneurisma de aorta ascendente de 5 centímetros (cm) cayado 4cm, aorta descendente 4cm y aorta abdominal hasta salida de arteria mesentérica superior 35 milímetros (ml) con trombosis parcial de la luz. Úlcera arterioesclerótica penetrante focal en cara posteromedial de la aorta descendente craneal (cerca de su unión con el cayado).

Juicio clínico: aneurisma de aorta ascendente hasta mesentérica superior.

Enfoque familiar: sin interés. Enfoque psicológico: el paciente acepta la enfermedad y entiende la situación. No precisa apoyo psicológico.

Plan de actuación: derivación a cirugía vascular de hospital de referencia.

Evolución: desde su llegada a urgencias el paciente se queja continuamente de dolor intenso por lo que se pone medicación y se consigue estabilizar para traslado.

Conclusiones

El manejo de un caso como el descrito normalmente genera un estado de ansiedad en el médico que lo atiende que se debe saber gestionar para poder controlar la situación a la que se enfrenta. Ante casos como éste se debe tener seguridad en sí mismo y tomar decisiones de forma rápida manejando la incertidumbre que eso genera.

Palabras Clave

Aortic aneurysm, physician assistants, aorta.

Hipertransaminasemia: diagnóstico diferencial y abordaje en atención primaria

Aguilera Vereda N¹, Díaz Muñoz M², Narváez Martín A³

¹ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Virgen del Valle. Écija. (Sevilla)

² MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Almorón. Écija (Sevilla)

³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Ricardo Martínez. Marchena (Sevilla)

Ámbito del caso

Centro de salud virgen del valle (Écija) + hospital de referencia (hospital de la Merced, Osuna)

Motivos de consulta

Hipertransaminasemia asintomática en paciente joven que acude a su control rutinario.

Historia clínica

Antecedentes personales: paciente de 38 años sin alergias medicamentosas. No antecedentes familiares de interés. No enfermedades médica conocidas. Niega hábito enólico. Niega hábito tabáquico.

Anamnesis: acude al centro de salud para realizar analítica de control. En el estudio aparecen elevadas enzimas hepáticas a pesar de negar hábito enólico y niega consumo de fármacos. Durante cuatro años no logran normalizarse las cifras de transaminasas sin presentar ninguna otra alteración ni clínica, por lo que se decide derivar al servicio de digestivo de su hospital de referencia.

Exploración: buen estado general. Consciente, orientado y colaborador. Bien hidratado y perfundido. Normocoloreado. Eupneico en reposo. Temperatura 36.2º. Frecuencia cardiaca 65 lpm. Tensión arterial 120/70. Auscultación cardiorrespiratoria: murmullo vesicular conservado. Corazón rítmico a buena frecuencia sin ruidos sobreañadidos.

Abdomen blando, depresible no doloroso a la palpación. No presencia de megalias. No defensa ni peritonismo.

Pruebas complementarias: analítica (centro de salud): hemoglobina 17.1 g/dl; hematocrito 48%; leucocitos 6290 (72% neutrófilos); plaquetas 270000; CK, glucosa, función renal e iones normales. Bilirrubina total 0,95 mg/dl; GOT: 48,8 u/l GPT: 146.6 u/l; fa 60 u/l; GGT 95 u/l; LDH 523 u/l; proteínas totales, ácido úrico, hierro y transferrina normales. PCR normal. Serología VHB y VHC: negativa. Ecografía: esteatosis hepática difusa con áreas de aspecto graso perivesicular y varios pólipos vesiculares sin otros hallazgos. Analítica (hospital de referencia): ceruloplasmina y alfa 1 antitripsina: normales. AC antinucleares normales y proteinograma normal. Índice de saturación: 47% (15-40). Ferritina sérica: 732.6 ng/ml (normal 15-300). Estudio genético: heterocigoto para la mutación de C282Y y H63D.

Diagnóstico diferencial: hepatitis alcohólica/grasa (índice de GOT/GPT>2). Hepatitis autoinmune. Celiaquía. Farmacología: paracetamol, ACO. Virus: VEB; citomegalovirus, virus de hepatitis. Enfermedades hepáticas: cirrosis biliar primaria, hemocromatosis, enfermedad de Wilson.

Juicio clínico: hemocromatosis.

Tratamiento: flebotomías periódicas: hasta la normalización del a ferritina o saturación de la transferrina. Diversos estudios han demostrado una disminución en la necesidad de sangrías periódicas tras tratamiento con IBPS.

Plan de actuación: revisiones periódicas por parte de su médico de familia.

Conclusiones

Ante un paciente con hipertransaminasemia, debemos de descartar principalmente las causas más frecuentes como son el alcoholismo y la toma de fármacos. En el caso de hipertransaminasemia refractaria, debemos de dejar de dar por sentado que los pacientes continúan con hábito enólico y debemos realizar un estudio más amplio antes de que se produzca daño hepático descartando causas autoinmunes o virus.

Palabras Clave

Hemocromatosis, hipertransaminasemia

Bloqueo auriculo ventricular de segundo grado en paciente con glaucoma

Mesa Rodríguez P¹, Sánchez Pina B², Avellaneda Cortes J³

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Juncal. Sevilla

² MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Juncal. Sevilla

³ Médico de Familia. CS Juncal. Sevilla

Ámbito del caso

Atención primaria. Urgencias hospitalarias.

Motivos de consulta

Mareos y cuadro presincojal.

Historia clínica

Antecedentes: Alergias a medicamentos: codeína. No hábitos tóxicos. FRCV: HTA, diabetes, no dislipemia. Glaucoma crónico. Tratamiento: barnidipino 10 mg/día, metformina 850mg medio al día, brinzolamida 10mg /timolol 5 mg dos gotas cada 12 horas. Enfermedad actual. Paciente de 70 años que acude a su centro de salud a revisión donde realizamos electrocardiograma de control encontrando bradicardia a 35 ipm, por lo que se traslada a urgencias hospitalarias. Reinterrogando al paciente refiere tres días antes del proceso, episodio presincojal con cortejo vegetativo con molestias torácicas atípicas (como si no pudiera tragar) y que el achacaba a molestias cervicales. No disnea, ortopnea, ni disnea paroxística nocturna.

Exploración: BEG, COC, eupneico y afebril. PA 125/77 mmhg. ACR: rítmico a 35 lpm, sin soplos, buen MMVV, sin ruidos sobreañadidos. No edemas ni signos de TVP en miembros.

Pruebas complementarias: ECG 1: BAV con fases de conducción 2:1 predominante. Aplanamiento de onda T en cara inferior, rectificación en cara lateral. Analítica: - bioquímica: creatinina 1.01 mg/dl, iones normales, TNT normales. - HG: HB 13.1 g/dl, resto de series normales. RX de tórax: ICT normal, senos costo y cardiofrénicos normales. Parénquimas normales.

Evolución en observación. Tras retirada de colirio de timolol, tras contactar con oftalmólogo y cambiar por colirio de brinzolamida tras Co a las 24-48 horas desaparece bloqueo AV de segundo grado con conducción 2:1 ECG: RS a 70 ipm, eje 0º, QRS estrecho, con rectificación de ST en precordiales y cara inferior. No alteraciones de marcadores cardíacos analíticos.

Juicio clínico: disfunción sinusal sintomática posiblemente secundaria a colirio de timolol.

Tratamiento definitivo: implante de marcapasos definitivo ddd.

Conclusiones

Los cuadros presincojales deben llevar siempre asociada una exhaustiva exploración cardiológica, de lo contrario podemos pasar por alto patologías que pueden ser muy perjudiciales. El timolol en colirio es capaz de producir como efecto secundario bradicardias severas, en este caso tipo bloqueo av. Que como médicos de familia debemos de tener presentes. Saber que cualquier bloqueo av de segundo grado con conducción 2:1 sintomático es indicación de marcapasos. Hemos de pensar en el uso de drogas como diagnóstico diferencial.

Palabras Clave

Timolol, bradicardia, glaucoma.

Fracaso respiratorio agudo en paciente asmático

Ramírez Narváez M¹, Alconchel Cesar A², Palacios Rodríguez F³

¹ UGC Bahía de Cádiz La Janda. DCCU San Fernando. Cádiz

² Médico de Familia. CS Espera. Cádiz

³ Enfermero. CS Alcalá de los Gazules. Cádiz

Ámbito del caso

Urgencias extrahospitalarias.

Motivos de consulta

Insuficiencia respiratoria aguda y cianosis.

Historia clínica

Varón de 17 años, sin alergias a medicamentos, sin hábitos tóxicos. Antecedentes familiares: hermano asmático. Antecedentes personales: asma. Medicación crónica: salbutamol inhalado a demanda, que utiliza casi a diario.

Anamnesis: paciente que acude a urgencias extrahospitalarias por insuficiencia respiratoria aguda muy severa que le incapacita para hablar y caminar y cianosis, posteriormente pérdida de conciencia y convulsión.

Exploración física: piel cianótica y sudorosa, vía aérea permeable, apnea, murmullo vesicular abolido, tonos cardíacos puros y rítmicos sin soplos, abdomen normal, pupilas normales no reactivas a luz ni acomodación, Glasgow 3. Constantes vitales: SPO2 30, 70 l.p.m., tas/tad 150/80, glucemia capilar 220, temperatura 37º.

Pruebas complementarias: electrocardiograma normal, analítica con PH 6.69, pco2 253, RX tórax normal.

Juicio clínico: asma bronquial no controlada persistente grave con crisis de broncoespasmo severo con insuficiencia respiratoria aguda muy grave.

Tratamiento: midazolam 15 mg i.v, adrenalina 0.5 mg - 0.5 mg i.m., salbutamol 1 ampolla i.v., adrenalina i.v. Y en perfusión, metil-prednisolona 125 mg i.v., hidrocortisona 200 mg i.v., control de la vía aérea con mascarilla laríngea. Traslado al hospital por DCCU. Ingresa en uci con intubación y ventilación mecánica invasiva con tratamiento broncodilatador. Posteriormente ingresa en planta de neumología donde continúa con tratamiento broncodilatador y corticoideo.

Evolución: favorable, sin ninguna secuela, continúa en seguimiento en ccee de neumología donde pautan tratamiento agresivo de base y retiran el salbutamol inhalado.

Conclusiones

El asma es una de las enfermedades crónicas más frecuentes en el mundo. Los fallecimientos por asma son poco comunes y su frecuencia ha descendido notablemente. Algunos de los principales factores de riesgo de fallecimiento por asma son el tratamiento inadecuado de la enfermedad con el uso frecuente de broncodilatadores inhalados y las hospitalizaciones previas en casos de asma casi fatal. En nuestro caso la evolución del paciente fue favorable, aunque debemos reflexionar sobre la administración de un tratamiento crónico adecuado.

Palabras Clave

Asthma, respiratory insufficiency, therapeutics.

Sensación de cuerpo extraño, extraño y móvil

Beteta Almagro M¹, Díaz Casado De Amezua M², Bosch Racero M¹

¹ CS Arroyo de la Miel. Málaga

² Consultorio Rural de Alta Resolución de Benalmádena Pueblo. Málaga

Ámbito del caso

Consulta de consultorio rural de atención primaria de Benalmádena pueblo, distrito costa del sol de Málaga.

Motivos de consulta

Paciente varón de 34 años de edad que consulta por lesión cutánea dorso-lumbar de 15 días de evolución, pruriginosa y con sensación de "cuerpo extraño que se mueve dentro de la lesión".

Historia clínica

Varón de 34 años, sin alergias medicamentosas conocidas, sin antecedentes personales de interés, que tras regresar de un viaje a malasia, ha notado lesión pruriginosa en la espalda que ha aumentado de tamaño, y con sensación de "movimientos dentro de la lesión". Reconoce que ha estado practicando surf en el viaje, así como pernoctando en casas de medio rural cercanas a arena de playa, en ocasiones se tumbaba sobre la arena directamente sin toalla.

A la exploración física destaca lesión eritemato-papulosa sobreelevada, de morfología serpiginosa de aproximadamente 6-8 cm. De longitud, con lesiones de rascado perilesional a nivel de región dorsolumbar izquierda (imagen de lesión). No otra sintomatología. Analítica de sangre y de orina dentro de la normalidad.

Conclusiones

El diagnóstico de larva Migrans cutánea se basa en la clínica de hallazgos dermatológicos e historia reciente de viaje a zonas endémicas (áfrica, latiamérica y algunas zonas de Asia). El curso de la enfermedad es autolimitado, la larva no puede completar su ciclo vital y muere después de varias semanas. Pruebas complementarias no aportarían nada en este caso, tan sólo puede apreciarse en algunos casos eosinofilia, característica de infecciones por parásitos. El tratamiento más indicado sería tiabendazol tópico al 10-15% 3 dosis al día durante una semana, aunque el cuadro es autolimitado. Desde nuestro punto de vista debemos informar a personas que emprendan viajes a estas regiones sobre situaciones de riesgo de infección y cómo prevenirlas (uso de calzado adecuado, usar toallas o tumbonas para tumbarse en la arena...)

Palabras Clave

Larva migrans, parasite infection, endemic disease

Control dolor en pacientes oncológicos paliativos con parches versatis

Ramos Villarán E

MFYC. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva

Ámbito del caso

Manejo del dolor en atención primaria, en paciente con carcinoma de células de Merkel con parche transdérmico de lidocaína al 5% en atención primaria, evitando efectos adversos y no deseados con opioides.

Motivos de consulta

Paciente pluripatológico con diagnóstico de carcinoma de células de Merkel que acude por dolor locorregional y neuropático, sin posibilidad de prescripción de opioides por los efectos adversos y no deseados de los mismos.

Historia clínica

Varón de 78 años con antecedentes personales de HTA, cardiopatía isquemia, saos, EPOC e intolerancia a opioides; diagnosticado de carcinoma de células de Merkel con recaída locorregional en cuero cabelludo (región temporo-occipital). Acude a consulta por presentar dolor locorregional y de características neuropáticas con activación de puntos gatillos a la exploración. En el momento de la consulta el paciente se encuentra en tratamiento local con radioterapia y consulta por dolor locorregional incoercible a tratamiento con analgésicos de primer escalón y siendo intolerante a tratamiento médico con opioides de segundo y tercer escalón. Se procede a prescribir tratamiento con parches transdérmico de lidocaína al 5% en dosis de 1 parche cada 12 horas durante 2-4 semanas. La lidocaína en parches transdérmico tiene su indicación para el tratamiento de la neuralgia postherpética, pero recientes estudios publicados en la revista "the new england journal of medicine" ha demostrado su eficacia en el uso de dolor neuropático y locorregional de origen oncológico.

Conclusiones

Tras prescripción de parches de lidocaína 5% transdérmico en dosis de 1 parche cada 12 horas durante 2-4 semanas, se demostró una disminución del dolor locorregional en la escala analógica visual aplicada al paciente de hasta 5 puntos, sin obtenerse efectos secundarios, en menos de 1 semana de tratamiento. Además, se evitaron efectos secundarios y no deseados del tratamiento con opioides en este paciente pluripatológico en el que estaban contraindicados.

Palabras Clave

Oncología. Versatis. Dolor.

Eficacia de los grupos de deshabituación en el abandono del tabaco en una zona básica de salud

Gines Ramírez E¹, Fernández Viñes J², García Iglesias Y³, Quesada Sánchez T⁴, Granados Solier M¹, Cabrera Enríquez S⁵

¹ Médico de Familia. DCCU. CS La Chana. Granada

² Médico de Familia CS Atarfe. Granada

³ Médico de Familia CS Gran Capitán. Granada

⁴ Enfermera. Hospital Santa Ana de Motril. Granada

⁵ Enfermera. DCCU Chana. Granada

Objetivos

El tabaco es la principal causa evitable de muerte en países desarrollados. Nuestro objetivo es que los fumadores abandonen su hábito, para ello formamos 2 grupos de deshabituación tabáquica y se valorara 1) distribución por sexos, 2) grado de motivación, 3 eficacia de terapia grupal y tratamientos utilizados.

Diseño

Estudio epidemiológico analítico cuasi experimental: ensayo comunitario de intervención.

Emplazamiento

Atención primaria.

Material y método

24 fumadores de zona básica de salud.

Criterios de selección: fumadores que solicitan formar parte de grupos de deshabituación tabáquica.

Variable exposición: 2 grupos de deshabituación de 12 participantes cada uno, se realizaron 6 sesiones semanales para dejar de fumar y otra séptima al mes. Durante los meses de seguimiento, se trataron conjuntamente con terapia grupal; e individualmente, con reducción gradual de cigarrillos, terapia sustitutiva de nicotina o tratamiento farmacológico.

Variable efecto: dejar de fumar.

Análisis estadístico: variables cualitativas: porcentajes. Test Fisher/Chi-cuadrado.

Resultados

El 80% tenían moderada motivación para dejar de fumar. Un 50% de participantes dejó de fumar. El 80% de los pacientes con alta motivación, dejó de fumar. De los pacientes que dejaron de fumar, 75% lo consiguieron con sesiones grupales más fármacos.

Conclusiones

La mayoría de los participantes tenían una motivación moderada para dejar de fumar. La mitad de los participantes dejaron de fumar y en su mayoría con la terapia grupal más farmacológica. Los participantes con una motivación más alta para dejar de fumar, tuvieron éxito. La terapia grupal para la deshabituación tabáquica, por médicos y enfermeros de atención primaria, formados en tabaquismo, puede ser una actividad comunitaria beneficiosa para los fumadores.

Palabras Clave

Support groups, smoking cessation

Disnea en anciano: a propósito de un caso clínico

Martín Pérez E¹, López Torres G², Menéndez Sotillo M³

¹ Médico de Familia. DCCU Granada. Granada

² Médico de Familia. DS Granada-Metropolitano. Granada

³ DUE. CS Zaidín Sur y DCCU. Granada

Ámbito del caso

Atención primaria y hospitalaria.

Motivos de consulta

Disnea.

Historia clínica

Antecedentes personales: paciente mujer de 79 años, con antecedentes personales de hipertensión arterial e insuficiencia cardíaca en tratamiento actual con irbesartan, lercanidipino, bisoprolol.

Anamnesis: diagnosticada a final de octubre de 2015 tras sufrir una caída de fractura helicoidal de peroné derecho. Tratada mediante la aplicación de férula, reposo y enoxaparina y tratamiento analgésico a demanda. Tras un mes de evolución es evaluada por traumatología retirándosele la férula, se le indica otro mes más de reposo y continuar con el mismo tratamiento. A final de noviembre acude a revisión por cardiología, indica que está estable sin disnea. En la exploración detecta mínimos crepitantes basales, se suspende bisoprolol y se pauta furosemida. Un mes más tarde (enero 2016) la paciente comienza rehabilitación, a los pocos días de comenzarla acude a nuestra consulta de primaria refiriendo tener sensación de disnea y edemas miembros inferiores.

Exploración: tensión arterial: 145 mmHg, saturación de oxígeno: 91%. Auscultación cardiorrespiratoria: rítmica 110lpm, crepitantes bibasales, miembros inferiores: edemas con fovea ++/+++ hasta rodillas, con signos de Homman positivo, pulsos periféricos disminuidos. Electrocardiograma: taquicardia sinusal a 110lpm, no signos de isquemia. Se decide traslado hospitalario asistido por equipo de urgencias extrahospitalarias.

Pruebas complementarias: eco Doppler: trombosis venosa profunda en ambos miembros inferiores; TAC tórax: tromboembolismo pulmonar masivo.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: Tromboembolismo pulmonar, trombosis venosa profunda miembros inferiores. Diagnóstico diferencial: insuficiencia cardíaca descompensada, trombosis.

Tratamiento, planes de actuación: Anticoagulación entre seis meses y un año con acenocuramol.

Evolución: En la revisión en mayo presenta disnea de moderados-severos esfuerzos y en la gammagrafía pulmonar hay importante mejoría con respecto al estudio previo de enero 2016, persisten defectos de perfusión en segmento apical posterior y anterior de lóbulo superior derecho y en anterior de lóbulo superior izquierdo.

Conclusiones

La prevalencia de TEP se sitúa entre el 2% y 10% en pacientes traumatizados, pudiendo alcanzar una mortalidad por esta causa que alcanza el 15%-50%. Cuando un paciente acude en diversas ocasiones a nuestra consulta de primaria estando un periodo prolongado en reposo (en este caso fueron dos meses) por fractura de miembro inferior, aunque este con enoxaparina, debemos de explorarlo y solicitar las pruebas que creamos oportunas pensando en el riesgo de trombosis.

Palabras Clave

Atención primaria, disnea, tromboembolismo

“Vuelva usted mañana”, o la importancia del seguimiento en atención primaria

Segura Garrido C, Valdivieso Rodríguez R, Ruiz Andrés C

Médico de Familia. CS Huétor Tájar

Ámbito del caso

Atención primaria y hospitalaria.

Motivos de consulta

Afta oral en lengua de días de evolución que no mejora y causa leves molestias.

Historia clínica

Paciente de 33 años sin antecedentes de interés y sin alergias. Fumador habitual de 4 paquetes/año. Consulta por afta oral en lengua, se propone tratamiento con colutorio y se indica regresar si no hay mejoría. Veinte días después visita de nuevo por persistencia de la lesión. Es valorada por odontología que trata y cita para revisión a los 10 días por presencia de factores de riesgo. Al reevaluar, la lesión ha aumentado de tamaño y se ha ulcerado, por lo que se remite de urgencia para valoración por maxilofacial.

Exploración física: lesión ulcerada en borde lateral izquierdo de lengua de unos 2 x 1.5 centímetros de diámetro. Exploración cervical negativa.

Pruebas complementarias: analítica de urgencias sin alteraciones. Radiografía de tórax normal. Electrocardiograma: ritmo sinusal a 75lpm sin alteraciones de interés. Tomografía cervical: no se identifica lesión por pequeño tamaño y artefactos, ganglios de hasta 14 milímetros en ambas cadenas yugulares internas sin signos de malignidad, ocupación de ambos senos maxilares por material inflamatorio. Anatomía patológica: carcinoma epidermoide.

Enfoque familiar: la familia se muestra bastante abatida por el impacto negativo de este proceso en el seno familiar pero, aun así, se muestran agradecidos a los equipos médicos que han atendido al paciente dado que entienden que el diagnóstico precoz es clave para una buena evolución. Juicio clínico: carcinoma epidermoide en borde lateral lingual izquierdo.

Tratamiento: tumorectomía con márgenes oncológicos en borde lateral lingual izquierdo con vaciamiento cervical homolateral y reconstrucción lingual.

Evolución: hasta la actualidad el paciente no ha presentado recaída de enfermedad oncológica.

Conclusiones

Se infravalora la potencia de la herramienta de la que gozamos en atención primaria de poder realizar seguimientos a voluntad y con el plazo que deseamos pacientes que veamos más vulnerables o en los que dudamos del diagnóstico. Es una oportunidad para optimizar nuestro trabajo que nos sirve, no sólo para descartar gravedad o complicaciones, sino también para tranquilizar el desasosiego del paciente.

Palabras Clave

Mouth cancer, early detection of cancer, smoking

Caídas accidentales de origen dentario en paciente toxicómano

Bejarano Ávila G¹, Reyes Gilabert E¹, Sánchez García M²

¹ Odontóloga. UGC Bucodental. DS Aljarafe Sevilla-Norte. Sevilla

² Médico de Familia. UGC DS Aljarafe Sevilla Norte. Sevilla

Ámbito del caso

Mixto, atención primaria y hospitalaria.

Motivos de consulta

Paciente de 53 años traído por familiar a odontología para exodoncia.

Historia clínica

Enfoque individual. Antecedentes personales: no alergias medicamentosas. Fumador. Etilismo. Toxicómano con metadona. Hepatopatía alcohólica.

Anamnesis: según familiar últimamente presenta odontalgia, intensos dolores de cabeza, convulsiones, caídas repetidas, se encuentra desorientado y sufre alucinaciones, sólo habla de sus padres (ya fallecidos); y les preocupa el deterioro de las funciones superiores.

Exploración oral: boca séptica; periodontitis con movilidad dentaria generalizada, no sangrante debido al tabaco; supuración a nivel un canino maxilar superior derecho (13).

Pruebas complementarias: ortopantomografía: gran pérdida ósea a nivel del 23 debida a la periodontitis que provoca una comunicación orosinusal. Es derivado a su médico de familia (MDF).

Exploración médica: cefaleas permanentes en la región frontal, déficit neurológico focal, hemiparesia leve, crisis comicial y vómitos. Buena coloración cutánea. Auscultación normal. Presión arterial de 133/80 mmhg.

Pruebas médicas complementarias: Analítica: leucocitos 12160, plaquetas 90000. Bioquímica urea 39mg/dl, creatinina 0,9 mg/dl, PCR 179,49 mg/l, etac. Es derivado de urgencia a neurocirugía ante la sospecha de infección intracraneal realizándole TAC con imágenes hipodensas (líquidas) redondeadas, rodeadas de cápsulas, frontales derechas de tamaño variable y edema vasogénico periférico que produce herniación subfalcina y desviación de la línea media compatible con abscesos. RM permaneciendo el edema vasogénico y cápsulas.

Enfoque familiar y comunitario: Soltero sin hijos. Padres fallecidos. En riesgo de exclusión social.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: Absceso frontal derecho de foco odontogénico; diagnóstico diferencial con metástasis, tumor, hemorragia subaracnoidea u otro absceso cerebral de otro foco próximo.

Tratamiento, planes de actuación: El paciente fue intervenido de forma urgente realizándose evacuación del absceso.

Evolución: Favorable tras cirugía. Se instauró tratamiento antibiótico y se obtuvo aislamiento microbilógico. Se realizaron extracciones dentarias.

Conclusiones

Los abscesos cerebrales son raros siendo más prevalentes en inmunodeprimidos. Las manifestaciones clínicas son muy inespecíficas y su diagnóstico precoz por el odontólogo o mdf es importante porque determina la mortalidad del proceso. Finalmente consideramos que son necesarios programas de educación en salud bucodental y mayor control de las infecciones odontogénicas desde atención primaria.

Palabras Clave

Brain abscess, Accidental falls, Focal infection, dental.

Control de hiperdrosis hemicorporal en paciente oncológico (PANCOAST) con indometacina

Ramos Villarán E

MFYC. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva

Ámbito del caso

Control de hiperdrosis hemicorporal en paciente con cáncer pulmonar tipo PANCOAST y con diagnóstico de síndrome de Horner con indometacina 25 mg.

Motivos de consulta

Paciente con diagnóstico de cáncer pulmonar tipo PANCOAST con hiperhidrosis hemicorporal izquierda no controlable a pesar de tratamiento farmacológico convencional, radioterapia y quimioterapia.

Historia clínica

Varón de 56 años de edad con AP de tabaquismo de 40 años de evolución con diagnóstico de cáncer pulmonar en vértice pulmonar derecho y en tratamiento analgésico de primer y segundo escalón, radioterapia y quimioterapia. Acude a consulta de atención primaria por hiperhidrosis hemicorporal izquierda incoercible junto a eritema de la zona axilar y paravertebral izquierda debido a la humedificación homolateral por la sudoración profusa y de mayor predominio vespertino. Se prescribe indometacina 25 mg cada 8 horas, valorando previamente la ausencia de contraindicaciones para su prescripción, tomando referencia bibliográfica de estudio publicado en revista "the oncologist journal". Tras una semana de tratamiento y en control realizado el paciente refiere mejoría notable mejorando la calidad de vida del mismo y desapareciendo las lesiones cutáneas potenciadas por la hiperhidrosis.

Conclusiones

La indometacina a dosis de 25 mg cada 8 horas es efectiva en el tratamiento de la hiperhidrosis en paciente con diagnóstico de cáncer pulmonar tipo PANCOAST y con síndrome de Horner asociado.

Palabras Clave

Indometacina. Hiperhidrosis. Pancoast.

¡Promocionando salud , previniendo enfermedades!

Yaguez Mateos L¹, Lora Coronado M², Yaguez Jiménez L²

¹ UCI Hospital de Montilla. Córdoba

² Urgencias Hospital de Jaén. Jaén

Ámbito del caso

Urgencias y uci

Motivos de consulta

Tos y expectoración

Historia clínica

Varón de 43 años, no AMC, HTA, SD. Depresivo, hábito enólico, fumador, obeso, vive solo en medio rural, trabaja en un salón de juegos y tiene un perro. Consulta en atención primaria por cuadro de tos y expectoración acompañado de fiebre y se pauta tratamiento con antitérmicos. Tras 4 días de tratamiento el paciente acude de nuevo por empeoramiento del estado general y disnea a mínimos esfuerzos, refiere continuar con fiebre, tos y expectoración muco purulenta; por lo que es derivado al hospital para valoración de pruebas complementarias.

A la llegada a urgencias el paciente se encuentra disneico, con crepitantes bilaterales. Hemograma con 90.7% neutrófilos, bioquímica con PCR 278 y coagulación dentro de rango de normalidad, gasometría arterial con PH 7.46, PO₂ 45, PCO₂ 38 HCO₃ 26.9 EB 3.1 sato₂ 83.5. RX de tórax: condensación multilobar en hemitórax derecho y base izquierda. Iniciamos tratamiento con oxigenoterapia y antibioterapia empírica (con ceftriaxona, levofloxacino, oseltamivir) en aislamiento respiratorio, por neumonía grave atípica, previamente se extraen hemocultivos, cultivo de esputo y antígeno de legionella y neumococo, pendiente de confirmación de sospecha diagnóstica de neumonía H1N1 u otras etiologías atípicas, ya que nuestro hospital no dispone de microbiólogo 24h.

A pesar de tratamiento el paciente comienza con distrés respiratorio, fiebre e hipotensión por lo que se avisa e ingresa en uci. La anamnesis minuciosa es el arma esencial que, complementada por el examen físico, permite plantear hipótesis razonables confirmadas con las pruebas complementarias

Conclusiones

La obesidad es un factor de riesgo importante que ocasiona un aumento de la morbimortalidad, empeora el pronóstico, aumenta las complicaciones y prolonga la estancia hospitalaria, tiene un impacto clínico y económico, al demandar una mayor utilización de recursos humanos y materiales. Los distintos planes de salud elaborados por un número cada vez mayor de instituciones sanitarias españolas contemplan, como elemento fundamental, el desarrollo de actividades preventivas y de promoción de la salud y las integran con las asistenciales en el trabajo cotidiano del equipo de atención primaria.

Palabras Clave

Obesity , dyspnea , pneumonia N1H1

Importancia de la anamnesis y la exploración física en el manejo del paciente con dolor abdominal en ámbito extrahospitalario

Gines Ramírez E¹, Fernández Viñes J², García Iglesias Y³

¹ Médico DCCU. CS La Chana. Granada

² Médico de Familia CS Atarfe. Granada

³ Médico de Familia CS Gran Capitán. Granada

Ámbito del caso

Urgencias extrahospitalarias y hospitalarias.

Motivos de consulta

Dolor abdominal.

Historia clínica

Paciente de 79 años, independiente para actividades vida diaria con antecedentes personales: HTA, FA, IC, EPOC, poliartrosis y anemia ferropénica. Tratamiento habitual: enalapril, furosemida, acenocumarol, bisoprolol, fluticasona/salmeterol inhalador. Consulta por dolor abdominal de 3 días de evolución, de inicio brusco y alta intensidad, mejoría parcial con emisión de gases; junto con anorexia, astenia, náuseas sin vómitos, sensación febril no termometrada, hábito estreñido hasta hace 1 año que mejoró con modificación de hábitos dietéticos con pérdida ponderal de 10 kg.

Exploración física: consciente y orientada, normohidratada, normocoloreada y normoperfundida, no focalidad neurológica. Febril, auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen: globuloso, blando, depresible, dolor moderado generalizado con leve resistencia, no masas, ni megalias. Murphy y Blumberg negativos. Rovsing positivo. Ruidos intestinales presentes y aumentados. Tacto rectal: ampolla rectal sin fecaloma con heces blandas. Constantes físicas: TA 109/58, 113lpm, Tª 38,3º, Sat O2 92%

Enfoque familiar: tiene varios hijos y acude acompañada de su hija con quien tiene buena relación.

Diagnóstico diferencial: gastroenteritis aguda, apendicitis aguda, enfermedad inflamatoria intestinal, enfermedad pancreática, peritonitis, enfermedad ulcerosa complicada, diverticulitis aguda, patología ovárica o epi, cistitis, cáncer colorrectal, infarto mesentérico u obstrucción intestino delgado.

Plan de actuación: se coge vía venosa periférica con suero fisiológico, se perfunde 1gparacetamol. Se deriva en ambulancia de traslado al urgencias hospitalarias para estudio con pruebas complementarias: Analítica (hemograma, bioquímica, coagulación): leucocitosis con neutrofilia, aumento de PCR, resto normal (incluidos troponina, amilasa). ECG: FA a 108lpm, no signos de isquemia agudos. Radiografía abdomen: luminograma intestinal aumentado, heces en ampolla rectal. TAC abdomen: diverticulosis colónica, con pequeñas burbujas aéreas extraluminales, sugestivas de microperforaciones, a nivel infraumbilical izquierdo adyacente a área diverticular inflamada. Pequeña cantidad de líquido libre intraabdominal.

Juicio clínico: diverticulosis colónica con diverticulitis aguda grado 1 de Hinchey.

Tratamiento: ingreso en cirugía para tratamiento conservador con antibioterapia.

Evolución: alta hospitalaria en 9 días con dieta rica en fibra, hidratación, analgesia condicional y cita en consulta de coloproctología para endoscopia digestiva baja en 6-8 semanas.

Conclusiones

La historia clínica junto con la exploración física es fundamental a nivel extrahospitalario, dado que nos permite detectar situaciones urgentes que deberían ser valoradas a nivel hospitalario para estudio complementario.

Palabras Clave

Diverticulitis, colonic, diverticulosis

Ginecomastia en paciente con adenoma prostático

Torres Martín L¹, Moreno Fontiveros M², Cabello Romero A³

¹ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Estepa. Sevilla

² Médico de Familia. CS Estepa. Sevilla

³ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital de la Merced. Osuna (Sevilla)

Ámbito del caso

Atención hospitalaria.

Motivos de consulta

Paciente derivado a endocrinología desde atención primaria para estudio por ginecomastia, disfunción eréctil e hiperprolactinemia.

Historia clínica

Paciente de 63 años con antecedentes personales de hipertensión arterial, dislipemia, diabetes mellitus tipo 2 e hiperuricemia. En tratamiento con olmesartán, higrotona, simvastatina, metformina y alopurinol. En seguimiento por urología por adenoma de próstata desde hace 2 años, en tratamiento con dutasteride. Intervenido quirúrgicamente de fisura anal y melanoma retroauricular izquierdo. Sin antecedentes familiares de interés. Consulta a su médico de familia por la aparición de ginecomastia dolorosa y disfunción eréctil.

Exploración física en la que destacaba aumento evidente de ambas mamas, dolorosas a la palpación, y aumento de tamaño prostático, de consistencia elástica. Se le realiza analítica con perfil hormonal, siendo derivado a endocrinología por hiperprolactinemia (1716 uu/ml. Normal en hombres 98-456 uu/ml) y testosterona baja (6.7 nmol/l. Normal en hombres 9.9-27.8 nmol/l). Se le realiza mamografía y resonancia magnética de silla turca que son normales.

Tras normalidad de las pruebas, se retira tratamiento con dutasteride y se inicia tratamiento con antidopaminérgicos (cabergolina 0.5 ½ comprimido 2 veces en semana) para tratar la hiperprolactinemia y ver respuesta clínica de la testosterona.

Tras 4 meses de tratamiento, se normalizó las cifras de prolactina y de testosterona, mejoró la disfunción eréctil y presentó disminución de las mamas. Se retiró cabergolina progresivamente. Se diagnostica como secundarismo a dutasteride.

Diagnóstico diferencial con adenoma hipofisario y microprolactinoma.

Conclusiones

La dutasterida reduce los niveles circulantes de dihidrotestosterona (DHT), inhibiendo las isoenzimas tipo 1 y tipo 2 de la 5 alfa-reductasa, que son las responsables de la conversión de la testosterona a 5 alfa-DHT, lo cual fue causante de toda la clínica que presentaba el paciente, y que pudo demostrarse por la normalización de todos los parámetros tras la retirada del mismo. En este caso podemos apreciar la importancia de tener en cuenta los efectos secundarios de los medicamentos, labor importante para el médico de familia.

Palabras Clave

Hyperprolactinemia. Erectile dysfunction. Dutasteride.

Osteocondroma: una causa de dolor de tobillo

Navarro Luna J¹, Clavero Lorenzo A², González Trujillo A³

¹ Médico de Familia. CS Palos de la Frontera. Huelva

² DUE. CS Palos de la Frontera. Huelva

³ Médico de Familia. CS Mazagón. Huelva

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de consulta

Niño de 15 años que acude por nódulo en tobillo izquierdo.

Historia clínica

Antecedentes personales: no antecedentes de interés.

Anamnesis: acude por lesión en tobillo izquierdo de meses de evolución. Asintomático al comienzo del cuadro. Posteriormente, comienza con dolor leve local.

Exploración: buen estado general. Tumoración sólida en cara posterior de pierna a nivel suprasindesmal. Piel no adherida a estructuras profundas. No aumento de temperatura ni rubor. Movilidad conservada.

Pruebas complementarias: Radiografía tobillo: tumoración cara posterolateral de tibia distal de bordes definidos con adelgazamiento de peroné. RNM tobillo: exóstosis metafisaria en margen posterolateral de tibia distal, indicativo de osteocondroma como primera opción diagnóstica. Ligeró edema óseo en margen lateral del mismo. Deformidad y adelgazamiento del tercio distal del peroné.

Enfoque familiar y comunitario: familia nuclear normofuncional.

Diagnóstico diferencial: osteosarcoma paraostal, exostosis cartilaginosa múltiple.

Juicio clínico: osteocondroma.

Tratamiento y plan actuación: intervención quirúrgica programada.

Evolución: favorable. Asintomático.

Conclusiones

Nos encontramos ante un caso de osteocondroma o exostosis cartilaginosa. Tumor óseo más frecuente (10-15%). Es un tumor propio de individuos jóvenes (70% dos primeras décadas) con predominio en varones (3/12). Puede ser solitario o múltiple, formando parte del síndrome de exostosis múltiple hereditaria. En nuestro paciente sólo se encontró una lesión. No había habido ningún familiar con cuadro similar. Suele ser un hallazgo accidental, normalmente asintomático, cuya localización más frecuente es la rodilla, aunque puede aparecer en otras localizaciones (distal del fémur, proximal tibia, distal del radio). El diagnóstico se realiza por imagen radiográfica, que suele ser patognomónica. . Otros métodos: ecografía, TAC y RM (sospecha de malignización). El tratamiento definitivo consiste en la extirpación quirúrgica (resección simple o ampliada). Cuando en atención primaria nos encontramos un caso como éste, debemos realizar diagnóstico diferencial (exostosis cartilaginosa múltiple y osteosarcoma parostal). Pronóstico favorable en niños. Recidiva: 1,8% debido al potencial de crecimiento.

Palabras Clave

Osteocondroma, exostosis, tumor.

Unidad de continuidad asistencial ¿nuevo cajón de sastre?

Herrera Campos E¹, López Díaz J², Pérez Cornejo Y³

¹ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC. Adoratrices. Huelva

² MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC. Molino de la Vega. Huelva

³ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC. Gibraltón. Huelva

Objetivos

Determinar de todas las derivaciones de pacientes en la unidad de continuidad asistencial (UCA), qué cantidad de estos cumple los criterios de ingreso definidos en el programa de la unidad y cuántos no. Identificar las principales problemáticas de los pacientes ingresados en UCA para organizar mejor los recursos sanitarios.

Diseño

Estudio observacional, transversal y retrospectivo.

Emplazamiento

Planta de UCA.

Material y método

110 pacientes hospitalizados (63 mujeres y 47 hombres) sobre los que se realizó entrevista estructurada mediante cuestionario de recogida de datos.

Criterios de selección: pacientes ingresados en la planta de UCA, sin deterioro cognitivo.

Criterios de exclusión: negativa a participar, deterioro cognitivo, barrera idiomática. Se realizó muestreo aleatorio simple.

Análisis estadístico: variables cualitativas: género, edad, estado civil, parentesco cuidador principal, pluripatología, soporte familiar, grado acompañamiento, traslados y procedencia.

Resultados

El 65.5% >80 años y un 3.6% <50 años y el 60% son viudos/as. El 60.9% tienen como cuidador principal a su hijo/a. El 79.1% son pluripatológicos pero un 20.9% no. Un 11.8% necesitaron traslado durante su ingreso. La mayoría proceden de planta mi (34.5%) o de urgencias (32.7%). Un 38.2% sin buenos recursos económicos y el 20.1% sin acompañamiento 24h y un 12.7% no tiene buen soporte familiar.

Conclusiones

Un porcentaje considerable de pacientes no cumple criterios de ingreso en UCA, principalmente no pluripatológicos (20.9%) o con manejo menos conservador (11.8% requirieron traslado). Queda patente la necesidad de ajustar las derivaciones de estos pacientes al programa de ingreso en UCA. Denunciamos la lamentable situación de abandono que sufre este colectivo vulnerable.

Palabras Clave

Hospital admission, referral, vulnerable population

¡Ayúdeme!

Lora Coronado M¹, Yaguez Mateos L², Yaguez Jiménez L¹

¹ Urgencias Hospital de Jaén. Jaén UCI

² Hospital de Montilla. Córdoba

Ámbito del caso

Urgencias extrahospitalarias, urgencias hospitalarias y unidad de cuidados intensivos.

Motivos de consulta

Crisis convulsiva.

Historia clínica

Mujer de 40 años de edad con bajos recursos económicos que es encontrada en la calle con crisis tónicas- clónicas generalizados con relajación de esfínteres. A nuestra llegada normocoloreado, normohidratado, TA 95/54, Sat O2 92%, Tª 37.1ºC, FR 12 rpm, sin signos desnutricionales, exploración neurológica, auscultación cardíaca –respiratoria normal, exploración abdominal y extremidades inferiores sin hallazgos. Pero vuelve a sufrir crisis convulsiva que cede parcialmente con valium IV por lo que se deriva a hospital de referencia. se le realizó un ECG con monitorización continua en el que presentaba un ritmo de taquicardia sinusal a 150 lpm, glucemia 189mg/dl.

Análítica sin alteraciones significativas. En su estancia en observación comienza con crisis convulsiva mantenida por lo que ingresa en UCI. Hipótesis diagnósticas: estatus epiléptico idiopático, por intoxicación exógena, trastorno metabólico, infección del SNC, enfermedad cerebrovascular, TCE previo, tumor cerebral primario o metastásico, cambio o incumplimiento de tratamiento en epiléptico ya conocido.

Juicio clínico: estatus epiléptico, tras interrogar a familiares tras localizarlos con dificultad y ayuda de guardia civil, explican sus dificultades económicas y no cumplimiento de tratamiento y consumo ocasional de tóxicos de la paciente.

Conclusiones

El estatus epiléptico es una emergencia neurológica que requiere una atención inmediata y coordinada. El pronóstico dependerá de la causa, edad, tipo de estatus y duración del mismo, la mortalidad intrínseca es del 1-7% aunque la mortalidad global puede llegar al 20%, por ello, el reconocimiento y el tratamiento debe ser lo más precoz posible. Es un problema la falta de adherencia a los tratamientos médicos de larga duración como este caso, con repercusiones en cuestiones de salud y calidad de vida del paciente con consecuencias clínicas o médicas, económicas y psicosociales que tienen que ver también con la calidad de la atención, el uso racional de los recursos y servicios sanitarios.

Palabras Clave

Epilepsy, status, treatment

Doctora, tengo bultos en las piernas.

Matamoros Contreras N¹, Escribano Tovar Á², Sayago Gil S²

¹ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Merced. Cádiz

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Merced. Cádiz

Ámbito del caso

Consulta de atención primaria.

Motivos de consulta

Dolor y tumoraciones nodulares en MMII.

Historia clínica

Mujer de 18 años, fumadora de un paquete de cigarrillos diario y apendicectomizada. Como tratamiento habitual, anticonceptivos orales. Acude por dolor en ambos MMII y aparición de tumoraciones de manera progresiva desde hacía unos diez días en zona pretibial, además de dolor a la movilización del tobillo sin traumatismo previo. No fiebre. No síntomas respiratorios ni gastrointestinales.

A la exploración la paciente presentaba buen estado general, buena coloración de piel y mucosas, y en MMII nódulos a nivel pretibial, eritematosos, indurados, con aumento de temperatura local y dolorosos a la palpación, en ambos MMII. Resto de la exploración sin hallazgos.

Solicitamos analítica completa, con ligera elevación de PCR y fibrinógeno, y radiografía de tórax normal. Nos comenta que hace unos 15-20 días había pasado una salmonelosis.

Juicio clínico: eritema nodoso.

Se pautó tratamiento con aines y reposo relativo.

Conclusiones

El eritema nodoso es la variedad clínico-patológica más frecuente de paniculitis aguda. Se considera una lesión benigna desde el punto de vista dermatológico, ya que evoluciona en varias semanas hacia la curación. Aunque con frecuencia es idiopático, se han descrito más de 150 entidades asociadas al desarrollo de eritema nodoso: infecciones, estreptococo betahemolítico, tuberculosis, enterobacterias (yersinia, salmonella, campylobacter), enfermedades inflamatorias, sarcoidosis, enfermedad inflamatoria intestinal, enfermedad de Behçet, enfermedades del tejido conectivo, neoplasias, fármacos, anticonceptivos orales,... la importancia de esto no está solo en reconocer el eritema nodoso si no en diagnosticar el posible proceso extracutáneo o sistémico que pueda estar asociado y tratar de manera específica. En el caso de la paciente, tenemos en principio dos posibles etiologías, la salmonelosis previa y la toma de anticonceptivos orales.

Palabras Clave

Erythema nodosum, salmonella, infections.

De nuevo no puedo moverme, ¿por qué?

Yaguez Jiménez L¹, Yaguez Mateos L², Lora Coronado M¹

¹ Urgencias Hospital de Jaén. Jaén

² UCI Hospital de Montilla. Córdoba

Ámbito del caso

Atención primaria y urgencias hospitalarias.

Motivos de consulta

Lumbalgia.

Historia clínica

Mujer de 34 años, separada, con 5 hijos, actualmente convive con nueva pareja minusválida, de bajos recursos económicos, varias consultas en psiquiatría por crisis de ansiedad, ingreso en medicina interna por trastorno electrolítico secundario a TACA tipo restrictivo prugativo, episodios de agorafobia y episodios de pérdida de conciencia en relación a emociones intensas o stress. Acude a consulta de atención primaria por nuevo episodio de parestesia en miembro inferiores, dolor lumbar, refiriendo incontinencia urinaria por lo que se decide derivación a urgencias. Poco colabora, aspecto físico poco cuidado, indica imposibilidad de movilización miembro inferior derecho, dolor a la palpación de musculatura paravertebral lumbar, Lasegue positivo, Bragard negativo, reflejos normales, se realiza sondaje con retención urinaria de 800cc, resto de exploración física dentro de la normalidad. Analítica dentro de la normalidad y radiografías de región lumbo-sacra, miembro inferior derecho.

Tras valoración por traumatología, por la no mejoría clínica tras analgesia, RMN dorsolumbar: con cordón medular de morfología e intensidad normal, hernias de Schmorl a distintos niveles deraquis dorsal, resto cuerpos vertebrales, espacios discales normales si hernias ni protusiones discales .se solicita valoración por psiquiatría.

Hipótesis diagnósticas: lumbalgias mecánicas, alteraciones posturales, fracturas en casos de traumatismos o osteoporosis, hernias discales, neuropatías, estenosis de canal, SD. De cola de caballo, tumores o metástasis vertebrales entre otras.

Juicio clínico: trastorno somatomorfo con sintomatología de mielopatía, sin evidencia en afectación medular en pruebas complementarias.

Conclusiones

Los trastornos somatomorfos son un conjunto de patologías cuyo diagnóstico se realiza por la presencia de síntomas corporales que sugieren un trastorno físico sin causa orgánica demostrable o mecanismo fisiológico conocido que los explique completamente y por la presunción razonable de que dichos síntomas están asociados a factores psicológicos o estrés. El trastorno por somatización, se debe conocer y tener en cuenta en la consulta del médico de familia porque muchos de los síntomas somáticos que presenta un paciente puede ser la expresión de dificultades emocionales que resumen complejas interacciones psicológicas, vitales, familiares y sociales que pueden poner en peligro la relación médico-paciente.

Palabras Clave

Anxiety, myelitis, psychiatry

“Tengo andrade”. Enfermedades raras en atención primaria

Sánchez González J

Médico de Familia. CS Valverde del Camino. Huelva

Ámbito del caso

Caso multidisciplinar.

Motivos de consulta

Sensación de acorchamiento en ambos pies y calambres de predominio nocturno, similar clínica, pero más atenuada, en ambas manos.

Historia clínica

Enfoque individual: varón de 42 años. No alergias medicamentosas. Exfumador, no hábitos tóxicos. Diabetes mellitus I (DM I) desde los 9 años con polineuropatía. Amputación infracondílea de miembro inferior izquierdo (MII) por pie diabético-mal perforante plantar. Fractura indolora 3^{er} dedo mano izquierda. Historia de quemaduras no percibidas. Glaucoma. Retinopatía diabética. Amigdalectomía y orquidopexia izquierda. Disfunción eréctil y problemas de retención urinaria. Tendencia habitual al estreñimiento.

Historia actual: en 2011 comienza con sensación de acorchamiento y calambres en pies, y de forma más leve en manos, con diagnóstico inicial de polineuropatía diabética avanzada a pesar de adecuado control glucémico (glicadas en torno 7%).

Exploración: a destacar: arreflexia y apalestesia en pie derecho y ambas manos, hipoestesia hasta rodillas en ambos miembros inferiores (MMII).

Pruebas complementarias: analíticas, ECG, radiografías, ecocardiografía, gammagrafía de perfusión miocárdica, Holter cardiaco, TAC, endoscopia, densitometría ósea sin relevancia. Electroneurografía: polineuropatía mixta sensitivo-motora axonal y desmielinizante moderada con mayor afectación de MMII. Estudio genético: mutación trasntirretina (TTR) val-30-met heterocigótica. Biopsia MII: presencia de amiloide de forma extensa y parcheada.

Enfoque familiar y comunitario: padres y tres hermanos sin clínica ni estudio genético. Hija sana.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial: polineuropatía mixta diabética-amiloidótica familiar. La polineuropatía amiloidótica familiar o enfermedad de Andrade es plurisintomática por lo que es importante el diagnóstico diferencial con procesos neurológicos (mal perforante plantar, polineuropatía de origen desconocido,...) y extraneurológicos (colon irritable, colitis sintomática,...)

Tratamiento y plan de actuación: se inicia tratamiento con tafamidis en 2014. Se incluye en programa de trasplante hepático. Trasplante hepático febrero de 2016.

Evolución: buena evolución tanto del trasplante como de su DM I.

Conclusiones

Es importante conocer las enfermedades prevalentes en un entorno determinado para poder realizar un correcto diagnóstico diferencial desde atención primaria. Es fundamental la información que como médicos de atención primaria podemos dar a los pacientes sobre las enfermedades genéticas, así como la realización del consejo genético para la detección precoz de estas y el posible tratamiento.

Palabras Clave

Familial amyloid neuropathy, familial amyloid polyneuropathy type i, liver transplantation.

¿Neoplasia oculta en trombosis venosa profunda idiopática?

Narváez Martín A¹, Ríos Carrasco M², Aguilera Vereda N³

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Ricardo Martínez. Marchena (Sevilla)

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Cartaya. Huelva

³ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Virgen del Valle. Écija. (Sevilla)

Ámbito del caso

Área de gestión sanitaria de osuna (Sevilla). Centro de salud Ricardo Martínez Sánchez (Marchena) + hospital de referencia (hospital virgen de la merced, osuna).

Motivos de consulta

Mujer de 48 años que acude a urgencias por desarrollo en las últimas 24 horas de una importante tumefacción y aumento de volumen del miembro inferior derecho. Antecedentes de trombosis venosa profunda (TVP) y tromboembolismo pulmonar bilateral sin etiología definida en los 2 meses previos.

Historia clínica

Antecedentes personales: no alergias medicamentosas. Hipertensión arterial. Obesidad mórbida. Asma extrínseca. Síndrome de apnea-hipoventilación obstructiva del sueño. Medicación crónica: enalapril/hidroclorotiazida 20 mg/12.5 mg al día, acenocumarol según pauta por hematología, con buenos controles.

Exploración: aumento del volumen del miembro inferior derecho, junto a tumefacción y dolor intenso a la palpación.

Pruebas complementarias: analítica de urgencias: hemograma y bioquímica dentro de la normalidad. PCR 12.99 mg/l. Coagulación INR 2.1. D-dímeros 2.09 uh/dl en episodio actual (11.31 en el episodio previo). Ecografía doppler: confirmación de TVP. TAC abdominal con contraste: pequeño quiste ovárico derecho y calcificación anexial derecha puntiforme, de aspecto inespecífico. En cortes inferiores de tórax se aprecian trombosis de las ramas arteriales segmentarias bibasales (descritas en episodio previo). Analítica reglada: dentro de la normalidad. Marcadores tumorales, destacan: CA19.9 90.2 u/ml, CA125 56.12 u/ml, CA15.3 26.1 u/ml. Ecografía ginecológica: mioma intramural anterior. Resto normal. RNM de pelvis: masa de comportamiento agresivo a nivel de endometrio que se relacionan con un proceso de neoformación endometrial que podría corresponder a un estadio t1cn1m0. Anatomía patológica de biopsia endometrial: carcinoma endometroide.

Juicio clínico: carcinoma endometroide T1CN1M0.

Plan de actuación: histerectomía total con anexectomía bilateral. Tratamiento quimioterápico.

Conclusiones

Aproximadamente entre un 10-15% de las TVP idiopáticas presentan una neoplasia oculta, por lo que sería necesario filiar su posible causa realizando las pruebas complementarias oportunas como las analíticas con hemograma, función hepática y antígeno prostático en varones. En caso de ampliar el estudio los marcadores tumorales son la prueba de cribado más eficaz debido a su alto valor predictivo negativo. Las pruebas de imagen como ecografía abdominal y TAC se podrían usar para su localización.

Palabras Clave

Thrombosis, neoplasia, occult.

El paciente de las 1000 visitas

Narváez Martín A¹, Caballero Martínez I², Ríos Carrasco M³

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Marchena. Sevilla

² FEA Neumología. Hospital de Osuna. Sevilla

³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Cartaya. Huelva

Ámbito del caso

Área de gestión sanitaria de osuna (Sevilla). Centro de salud Ricardo Martínez Sánchez y hospital de referencia (hospital virgen de la merced, osuna).

Motivos de consulta

Varón de 73 años derivado desde atención primaria a consultas de neumología debido a infecciones de tracto respiratorio de repetición, junto a rinosinusitis y tos persistente.

Historia clínica

Antecedentes personales: no alergias medicamentosas. Hipertensión arterial. No diabético ni dislipémico. No hábito tabáquico. Accidente isquémico transitorio. Hernia de hiato. Medicación crónica: omeprazol 40 mg/día. Valsartán 160 mg/día.

Exploración física: anodina. Saturación de oxígeno 95%.

Pruebas complementarias: analítica reglada: dentro de los parámetros de la normalidad. Inmunoglobulinas: déficit e IGG de 332 mg/dl, de iga 62,9 mg/dl, IGM < 4.4 mg/dl. Analítica de inmunoglobulinas: hipogammaglobulinemia (niveles disminuidos de IGG a expensas de IGG1, IGG2, IGM y en menos medida de iga, siendo normales IGG3 e IGG4). Niveles disminuidos de células b siendo normal el resto de subpoblaciones linfocitarias. Presencia de 12,88% (>105) de células bcd21 low. Espirometría: patrón restrictivo leve, con test broncodilatador negativo. Tac tórax con contraste oral e iv: imagen pseudonodular en segmento anterior del lóbulo superior derecho, podría deberse a la sumación de pequeñas estructuras vasculares que confluyen, de consistencia en vidrio deslustrado.

Juicio clínico: inmunodeficiencia común variable. Hipogammaglobulinemia (niveles disminuidos de IGG1, IGG2 e IGM).

Plan de actuación: reposición de gammaglobulina de manera mensual.

Conclusiones

La inmunodeficiencia común variable se trata de un trastorno que afecta al individuo dotándole de niveles bajos de inmunoglobulinas en suero, aumentando así la susceptibilidad a infecciones. Se trata de la deficiencia primaria de anticuerpos más frecuente. Es necesario sospecharlo ante niños y adultos con infecciones recurrentes que involucren pulmones (pudiéndose manifestar como bronquiectasias), bronquios, vías respiratorias superiores, senos paranasales y oídos, también puede afectar al aparato digestivo con dolores abdominales, náuseas, vómitos, diarreas y pérdida de peso. El diagnóstico se realiza mediante los hallazgos analíticos de hipogammaglobulinemia de al menos 2 desviaciones estándar debajo de lo que corresponde para la edad del individuo.

Palabras Clave

Common, immunodeficiency, hypogammaglobulinemia.

Disnea en paciente pluripatológica

Trueba Carreón J¹, Navarro Macías F², García Jiménez M³

¹ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Infanta Elena. CS Gibralfaró. Huelva

² MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Infanta Elena. CS Los Rosales Huelva

³ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Infanta Elena. CS Gibralfaró. Huelva

Ámbito del caso

Urgencias hospitalarias.

Motivos de consulta

Disnea.

Historia clínica

Mujer, 80 años. No alergias medicamentosas. Hipertensa, diabetes tipo 2, ictus isquémico en 2005, hemiparesia residual derecha, síndrome de intestino irritable, anemia ferropénica. Situación basal: disnea grado II de la Nyha, vida restringida a domicilio. Tratamiento habitual: ácido acetil salicílico (AAS), insulina, metformina, hierro, olmesartan/amlodipino/hidroclorotiazida, omeprazol, simvastatina.

Anamnesis: tras levantarse comienza con sensación disneica, palpitaciones y molestias torácicas.

Exploración: taquipneica tras incorporarse en camilla, buena perfusión periférica, buena coloración. Auscultación normal y miembros inferiores normales. Abdomen anodino.

Pruebas complementarias: electrocardiograma normal. Bioquímica: creatinina 1.25, resto normal. Enzimas cardíacas normales. Hemograma: hemoglobina (HB) 7.7 (microcítica, hipocrómica), hematocrito (HCTO) 25%. Radiografía tórax normal.

Plan de actuación: estudio de anemia, pruebas cruzadas previa transfusión sanguínea, ingreso en medicina interna para estudio.

Evolución: hierro 21. Ácido fólico, transferrina, índice de saturación de transferrina y ferritina normales. Vitamina B12 113. Ácido úrico 9.1. Coagulación normal. Tras transfusión, HB 9.7, HCTO 31.5%. Endoscopia oral: hernia hiatal, gastritis crónica atrófica antral. Colonoscopia: neoformación ulcerada en colon transverso, no estenosante. TAC abdominal: neoplasia de colon transverso sin metástasis. Anatomía patológica: adenocarcinoma. Pasa a cargo de cirugía. Juicio clínico: anemia ferropénica por pérdidas digestivas, neoplasia de colon.

Diagnóstico diferencial: anemia ferropénica es la más frecuente. Disminución o ausencia de depósitos de hierro, baja concentración de hierro sérico, baja saturación de transferrina y baja concentración de la HB o HTACO. Presenta, debilidad, cansancio, sensación disneica, fragilidad de uñas y cabello, síndrome de las piernas inquietas (déficit de hierro es causa común de este síndrome). Etiología: aumento de utilización, déficit de absorción, pérdidas sanguíneas: en países desarrollados: fisiológica (pérdidas menstruales) o patológica primera causa. Patológica, hemorragia digestiva (sangrado digestivo crónico es lo más frecuente: hemorragia medicamentosa (AAS, aines), hernia hiatal, diverticulosis, hemorroides). Mayores de 60 años descartar neoplasia. Pérdidas genito-urinarias, respiratorias, hemólisis intravascular. Diagnóstico: niveles de ferritina bajos (<40mg/dl). Al ser reactante de fase aguda, aumenta en hepatopatías, infecciones, cuadros inflamatorios y oncológicos. Posible tener un déficit de hierro con un valor normal de ferritina.

Conclusiones

Ante una anemia debemos realizar un correcto diagnóstico diferencial para descartar patologías graves, como neoplasias.

Palabras Clave

Dyspnea, anemia, neoplasms

Vicisitudes del paciente oncológico paliativo: intervención multidisciplinar para apaciguar cuerpo y mente

Segura Garrido C, Ruiz Andrés C, Valdivieso Rodríguez R

Médico de Familia. CS Huétor Tájar

Ámbito del caso

Atención en urgencias hospitalarias.

Motivos de consulta

Paciente oncológico terminal sin seguimiento por paliativos que acude a urgencias hospitalarias por disnea de reposo y dolor lumbar.

Historia clínica

Paciente de 71 años sin alergias medicamentosas. Antecedentes personales: hipertensión arterial, dislipemia, carcinoma pulmonar de células pequeñas con metástasis en pulmones, columna lumbar y cerebro en seguimiento por oncología que desestimó tratamiento curativo. El paciente no conoce el alcance de la enfermedad. Ex fumador de 30 paquetes-año, no otros hábitos tóxicos. Acudió a urgencias por clínica de disnea de aparición progresiva hasta hacerse de reposo con gran limitación para su vida cotidiana. Refiere como síntoma secundario dolor lumbar de larga data.

Exploración física: auscultación cardiorrespiratoria sin hallar alteraciones respiratorias. Dolor a la palpación directa sobre apófisis espinosas en columna lumbar. Resto de exploración normal. Constantes: tensión arterial 135/75 mmHg, afebril, saturación de oxígeno 91%.

Pruebas complementarias: analítica de urgencias: destaca leve hipoxemia sin hipercapnia en gasometría arterial, resto anodino. Radiografía de tórax con múltiples imágenes nodulares.

Enfoque familiar: se realiza entrevista con la familia para hablar sobre la conspiración del silencio. Se realiza una breve intervención sobre este tema intentando aportar información a la familia, que sopesa los argumentos dados.

Juicio clínico: disnea y dolor en paciente oncológico paliativo.

Tratamiento: en urgencias se pauta cloruro mórfico intravenoso, se ajusta tratamiento para domicilio incluyendo pauta de morfina oral con rescates.

Evolución: a los pocos minutos de la primera dosis de morfina disminuye esfuerzo respiratorio y hay mejoría del dolor con gran repercusión en el estado general. El paciente pregunta múltiples veces durante su estancia en urgencias el porqué de su clínica.

Conclusiones

El paciente oncológico, y más aún el paliativo, requiere una sensibilidad especial hacia sus problemas físicos y psicológicos ya que pueden presentar síntomas que no responden bien a terapias habituales. Debemos perder el miedo a establecer prioridades terapéuticas personalizadas y a usar fármacos como, por ejemplo, los opioides. Además, debemos estar atentos a posibles necesidades de comunicación o desahogo, que son igualmente importantes, y que pueden presentarse también en sus familiares, con el agravante de que si no se atajan pueden retroalimentarse por el silencio.

Palabras Clave

Palliative care, dyspnea, morphine.

A propósito de un caso: síndrome mielodisplásico areb-1

González Trujillo A¹, Clavero Lorenzo A², Navarro Luna J³

¹ Médico de Familia. CS Mazagón. Huelva

² DUE. CS Palos de la Frontera. Huelva

³ Médico de Familia. CS Palos de la Frontera. Huelva

Ámbito del caso

Atención primaria y hospitalaria.

Motivos de consulta

Mujer 49 años. Control analítico plaquetopenia 48.000.

Historia clínica

Antecedentes personales: alérgica codeína. HTA. Dislipemia. Trastorno depresivo. Intervenida fractura tobillo, cesárea, varices, mioma uterino. Apendicectomizada. Tratamiento: simvastatina, duloxetine, imidapril, hierro oral, ácido fólico, omeprazol.

Anamnesis: en analítica rutinaria plaquetopenia 48.000 (descenso progresivo), anemia ferropénica. Último mes, metrorragia (valoración ginecológica: mioma intramural. Tratamiento hormonal). Cansancio.

Exploración: buen estado general. Palidez mucocutánea. Afebril. Eupneica reposo. Auscultación cardiorrespiratoria normal. Resto normal.

Pruebas complementarias: Hemograma: HB 9.2g/dl, hematocrito 29.3%. Plaquetas 18.000. Bioquímica, coagulación: normales. Serología VIH, VHC, VHB, CMV, sífilis: negativa. Aspirado médula: amegacariocítica con signos de displasia compatible con síndromes mielodislásicos tipo citopenia refractaria con displasia multilineal (CRDM de OMS). Blastos 4.75%. Hibridación in situ: detección de copia a nivel cromosoma 20q12. Citometría: fenotipo compatible con síndrome mielodisplásico tipo areb-1. Blastos 5.3%. Citogenética médula: pérdida 20q asociada alteración estructural 17p. Inactivación cromosoma x-test humara: cd34+ y monocitos policlonal. Serie granulocítica y eritroide clonal, con presencia preferentemente activo el alelo 238pb. Biopsia médula: cilindro hiper celular, ausencia megacariocitos.

Enfoque familiar y comunitario: familia nuclear normofuncional. Hermano haplo idéntico.

Diagnóstico diferencial: deficiencias hierro, cobre, vitamina B12, ácido fólico; citopenias tóxicas (ambientales o medicamentosas) y autoinmunes; enfermedad crónica hepática o renal; anemia procesos crónicos; infecciones víricas (VIH, VHC, VHB, CMV, parvovirus b19); leucemia linfocitos grandes granulares; enfermedades hematológicas congénitas.

Juicio clínico: síndrome mielodisplásico tipo areb-1.

Tratamiento y plan actuación: domiciliario. Prednisona. Quimioterapia. Pendiente trasplante alogénico.

Evolución: presenta dependencia transfusional plaquetas semanalmente, concentrados hematíes mensuales. Presentó lesiones cutáneas eritematosas, pruriginosas, generalizadas, biopsiadas por dermatología: síndrome Sweet.

Conclusiones

Neoplasia mieloide maligna. Niveles uno o más tipos células bajos en sangre, anormales en médula ósea. Células blásticas en médula aumentadas (< 10%). Sin bastones Auer. Probabilidad que se convierta en leucemia mieloide aguda es aproximadamente 25%. Pronóstico desfavorable. Mayoría mueren en dos años. Caracterizados por presencia simultánea datos clínicos y biológicos de mielodisplasia y proliferación. La integración de aspectos clínicos con hallazgos morfológicos de médula ósea es indispensable para su diagnóstico. Las alteraciones citogenético-moleculares tienen gran valor tanto desde el punto de vista del diagnóstico y diagnóstico diferencial como para establecer pronóstico.

Palabras Clave

Anemia, myelodysplastic, síndrome

Enfermedad de Fahr, a propósito de un caso

Barrero Martín M¹, Luna Fernández A², Buller Viqueira E³

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Dr. Cayetano Roldán. San Fernando (Cádiz)

² Médico de Familia. CS Dr. Cayetano Roldán. San Fernando (Cádiz)

³ Médico de Familia. CS Vejer de la Frontera. Cádiz

Ámbito del caso

Atención primaria, urgencias y especialidades hospitalarias.

Motivos de consulta

Comportamiento extraño.

Historia clínica

Enfoque individual. Mujer de 52 años, único antecedente somático hipotiroidismo. Antecedente psiquiátrico: posible cuadro conversivo hace un año reactivo a situación familiar, atendida en urgencias de psiquiatría si seguimiento posterior. La paciente es acompañada por sus familiares a los servicios de urgencias por cuadro de agitación psicomotriz, conductas disruptivas (romper objetos, vociferante...), seguido de presíncope. En urgencias presenta cuadro de mutismo, se descarta organicidad sin realización de TAC craneal e ingresa en unidad de agudos. Se presenta poco colaboradora, actitud desafiante, desinhibida, ansiedad manifiesta, rasgos disfuncionales de la personalidad, discurso confuso, prolijo, juicio de la realidad distorsionado.

Hemograma, bioquímica, hormonas, incluida TSH y PTH; sistemático de orina, eco tiroidea, EEG sin alteraciones. TAC y RNM cráneo: depósitos de calcio bilaterales y simétricos en ganglios basales y núcleo dentado del cerebelo compatibles con enfermedad de Fahr.

Enfoque familiar y comunitario. La segunda de seis hermanos. Separada hace 17 años. Tiene dos hijos de 24 y 21 años con los que convive. es profesora de instituto, activa laboralmente. Acude a congregación religiosa cristiana.

Juicio clínico. Posible enfermedad de Fahr, ya que neurología comentó que la localización de las calcificaciones no explica el cuadro que presentó la paciente, correspondería con clínica parkinsoniana.

Diagnóstico diferencial con síndrome de Fahr, desconexión del entorno, cuadro dissociativo, desmielinización tóxica metabólica.

Tratamiento. Actualmente solo toma litio carbonato, ha suprimido olanzapina. En seguimiento por atención primaria, con controles de litemia, desde donde se contacta con salud mental para modificaciones de medicación.

Evolución. Paciente que presentó cuadro de excitación psicomotriz, características clásticas, desinhibición, con conductas soeces y exhibicionistas; autolimitado con atención médica. Al año, cuadro similar con mayor afectación y rebeldía al tratamiento médico, por el cual se realizaron pruebas de imágenes y estudio multidisciplinar: psiquiatría, neurología y endocrinología. Desde el episodio de ingreso la paciente se encuentra asintomática.

Conclusiones

Realizamos revisión de este caso atendido en nuestra consulta, por ser una patología infrecuente con mal pronóstico y sin tratamiento curativo en la actualidad. Con cierta complejidad para el diagnóstico y siendo, en general, poco conocida por los profesionales sanitarios.

Palabras Clave

Síndrome fahr

Papá... Me duele la cabeza. Astrocitoma pilocítico en niño de 4 años

Delgado Rodríguez M, Giraldo Abadín F, Anillo Gallardo R

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Dr Joaquín Pece. Cádiz

Ámbito del caso

Atención primaria y urgencias hospitalarias pediátricas.

Motivos de consulta

Cefaleas.

Historia clínica

Anamnesis: niño de 4 años que acude a su pediatra por cefaleas de 24 horas de evolución acompañado de vómitos, en los últimos meses ha consultado en varias ocasiones por cefaleas aunque siempre habían cedido completamente.

Antecedentes personales: no alergias, vacunado correctamente.

Exploración: ACP normal. Neurológico: pares craneales normales aunque con ligera ptosis del párpado derecho. Fuerza y sensibilidad conservadas. Marcha normal pero se observa lateralización cervical hacia la derecha en la misma. Ante la exploración anómala se decide derivar a urgencias.

Pruebas complementarias: TAC craneal: hidrocefalia triventricular por probable loe quística de cerebelo. Se ingresa en neurocirugía. RMN cerebral: en fosa posterior se observa una tumoración intraaxial sólido-quístico localizada en vermis cerebeloso de 5.25x4.72x4.76, parece comprometer el vermis superior. El tumor comprime y desplaza en sentido anterior al cuarto ventrículo. Herniación amígdalas secundaria con hidrocefalia obstructiva y signos de actividad (exudación transependimaria de LCR).

Tratamiento: el paciente fue intervenido procediéndose a la exéresis completa de la lesión. El estudio anatomopatológico confirma que se trata de un astrocitoma pilocítico.

Enfoque familiar y comunitario: como médicos de familia tenemos que realizar una buena exploración, en este caso neurológica, ya sea en la consulta de atención primaria o en urgencias para establecer un diagnóstico correcto. En muchos hospitales regionales no existe la puerta de urgencias pediátricas como tal, por lo que el médico debe estar cualificado para atender esta especialidad y realizar un correcto despistaje.

Juicio clínico: astrocitoma pilocítico de cerebelo, hidrocefalia obstructiva secundaria.

Diagnóstico diferencial: glioblastoma multiforme, oligodendroglioma, meduloblastoma.

Evolución: favorable tras la intervención, conocido la naturaleza de la lesión no ha necesitado más tratamiento.

Conclusiones

Conclusiones el astrocitoma pilocítico es un glioma de grado I que se presenta típicamente en niños y adultos jóvenes. Se localiza principalmente alrededor del tercer y cuarto ventrículos, hipotálamo y vermis o hemisferios cerebelosos. Es habitualmente un tumor bien delimitado, y al contrario que otros gliomas no son indicativos de malignidad. La cirugía puede ser curativa si se consigue una resección completa. La radioterapia adyuvante puede ser necesaria en los pacientes de más edad o con resecciones incompletas.

Palabras Clave

Childhood brain tumors

Dolor de cabeza en paciente embarazada. Hipertensión y preeclampsia

Delgado Rodríguez M¹, Giraldo Abadín F¹, Guijo Roldán C²

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Dr Joaquín Pece. Cádiz

² Médico de Familia. CS Dr Joaquín Pece. Cádiz

Ámbito del caso

Atención primaria y urgencias hospitalarias.

Motivos de consulta

Cefaleas.

Historia clínica

Anamnesis: mujer de 42 años, gestante de 34 semanas que acude a su médico por referir cefaleas que le provocan visión borrosa en las últimas 24 horas de evolución que no cede con paracetamol. El dolor es holocraneal acompañado de náuseas, no vómitos, no otra sintomatología asociada.

Antecedentes personales: no alergias. HTA crónica bien controlada con aldomet.

Exploración: auscultación cardio-pulmonar normal. TA 150/90. No edemas en miembros. Exploración neurológica normal. Se solicita tira de orina urgente.

Pruebas complementarias: tira de orina con proteínas+++. Se decide derivación urgente al hospital para valoración por ginecología con sospecha de preeclampsia. Ecografía: latido cardíaco fetal presente; diámetro biparietal, circunferencia abdominal y longitud fémur con valores normales para la edad gestacional; placenta posterior. Analítica: hemograma, bioquímica y coagulación valores normales. Se recoge orina de 24h con proteinuria de 300mg. Registro cardiotocográfico: latido cardíaco fetal con buena frecuencia y variabilidad, ausencia de contracciones uterinas.

Enfoque familiar y comunitario: como médicos de familia tenemos que estar atentos a los síntomas de una embarazada aunque esté en seguimiento por su ginecólogo, ya que el diagnóstico tardío en este caso haría sufrir riesgos tanto para la madre como para el feto.

Juicio clínico: preeclampsia leve.

Diagnóstico diferencial: hipertensión gestacional, síndrome Hellp, eclampsia.

Tratamiento: se inició bolo de labetalol a la llegada para disminuir la TA con buena respuesta. Ante la edad gestacional, la persistencia de la clínica (aunque más leve que a la llegada) y la recogida de orina de 24h, se decide inducción del parto vía vaginal.

Evolución: favorable, tanto para la mujer y el neonato prematuro

Conclusiones

La causa exacta de la preeclampsia no se conoce, se piensa que está relacionado con trastornos vasculares o autoinmunitarios. Esta afección se presenta en alrededor de 3 a 7% de todos los embarazos. Cursa con hipertensión y proteinuria, dependiendo de las cifras se clasificará como leve o grave. No tiene tratamiento, solo cede cuando la madre da a luz. Se realiza control de la tensión arterial hasta que el feto esté maduro para poder inducir el parto, en caso muy urgente se realizará cesárea.

Palabras Clave

Pregnancy, high blood pressure

Doctor, tengo las heces negras. Melenas y helicobacter pylori

Delgado Rodríguez M¹, Anillo Gallardo R¹, Guijo Roldán C²

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Dr Joaquín Pece. Cádiz

² Médico de Familia. CS Dr Joaquín Pece. Cádiz

Ámbito del caso

Urgencias hospitalarias.

Motivos de consulta

Heces oscuras.

Historia clínica

Anamnesis: varón de 39 años que acude por heces más oscuras hasta volverse de aspecto alquitranado de 3 días de evolución. Refiere haber tomado aines en la última semana por dolores de espalda, consultó a su médico al inicio del cuadro pautándose IBPS pese a lo cual persistió el cuadro. No dolor abdominal ni otra sintomatología asociada.

Antecedentes personales: no alergias. No enfermedades de interés.

Exploración: ACP normal, abdomen anodino, tacto rectal con restos de heces de aspecto melénico.

Pruebas complementarias: TA 120/80. Analítica: HB 9.7gr/dl, resto de valores normales. Endoscopia oral: se aprecia en bulbo úlcera de fondo fibrinado en cara posterior, resto sin alteraciones. Test de ureasa positivo.

Enfoque familiar y comunitario: como médicos de familia debemos realizar un buen diagnóstico para optimizar el tratamiento y evitar la aparición de complicaciones, como en este caso la hemorragia. Las úlceras pépticas se tratan según la clasificación Forrest, siendo los casos de alto riesgo (IA-IIB) tratados con endoscopia (hemoclips o inyectados esclerosantes) y los de bajo riesgo (IIC-III) con tratamiento oral con IBP. La hemorragia digestiva es la complicación más frecuente, presentándose en el 25% de los pacientes ulcerosos y manifestándose habitualmente como hematemesis, melenas o hematoquecia. Otras complicaciones son la perforación, penetración y estenosis.

Juicio clínico: hemorragia digestiva alta secundaria a úlcera duodenal. Forrest III. Infección por Helicobacter Pylori.

Diagnóstico diferencial: úlcera gástrica, hemorragia digestiva alta.

Tratamiento: se pauta perfusión de omeprazol intravenosa, una vez estabilizado el cuadro se procede al alta con tratamiento erradicador de H. Pylori durante 10 días con omeprazol 40mg, amoxicilina 1gr, metronidazol 500mg y claritromicina 500mg, manteniendo el tratamiento con omeprazol durante 4 semanas.

Evolución: favorable, con posterior erradicación de H.Pylori.

Conclusiones

La causa más común de este daño es la infección por la bacteria H.Pylori. El 65% de la población están infectados pero la mayoría no desarrollan úlcera ya que existen factores coadyuvantes para la aparición de la misma, como aines, tabaco y antecedentes personales. Se debe utilizar triple terapia antibiótica como mínimo debido al gran número de resistencias. Solo se erradicará en mayores de 65 años, pacientes con úlceras demostradas o infección documentada.

Palabras Clave

Peptic ulcer, hemorrhage

Abordaje de la prevención de la incapacidad en el anciano en un servicio de urgencias

López Llerena A¹, Rosa González M¹, Gómez Gómez-Mascaraque E², Madrigal Valdes J³, Ardila Soto A³, Mora Bastante E³

¹ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital El Escorial. Madrid

² MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital El Escorial. Madrid

³ Médico Especialista MFYC. Adjunto Urgencias. Hospital El Escorial. Madrid

Introducción

La atención sanitaria debe ajustarse a los cambios demográficos y sociales, debidos al envejecimiento de la población y al crecimiento de enfermedades que generan incapacidad física y dependencia socio-sanitaria. Una de las variables que mejor miden la calidad de vida de la población mayor es la funcionalidad. La dependencia se clasifica según el grado actividades básicas e instrumentales de la vida diaria que una persona es capaz de llevar a cabo por sí misma. Los diferentes grados se fijan en función de la autonomía de las personas y de la intensidad del cuidado que requieren. Todos los profesionales implicados la atención de personas mayores debemos buscar estrategias de intervención que permitan una detección y actuación precoz frente a la incapacidad, pues son determinantes para el mantenimiento de una mayor calidad de vida. Pero, ¿sería factible realizar en urgencias intervenciones de carácter preventivo para identificar precozmente posibles déficits funcionales? Este estudio pretende analizar las características epidemiológicas de nuestros pacientes mayores y valorar establecer una intervención desde “diagnósticos de riesgo” con aquellos que presenten mayor autonomía, porque la situación en la que cabría mayor efectividad sería en la identificación de población anciana en estadios precoces de incapacidad.

Objetivos

Objetivo principal: analizar el grado de dependencia de nuestros pacientes mayores y establecer un adecuado abordaje para fomentar su salud y bienestar desde urgencias. Objetivos específicos: implementar medidas de valoración y prevención de la dependencia en personas mayores. Promover el envejecimiento activo y saludable mediante la intervención en estilos de vida. Prevenir el deterioro funcional y fomentar la autonomía de las personas mayores.

Diseño

Estudio descriptivo observacional.

Emplazamiento

Atención hospitalaria.

Material y métodos

Sujetos: pacientes de ambos sexos >74 años que presenten que acudieron a urgencias en periodo de 2 meses.

Criterios de exclusión: pacientes institucionalizados, con deterioro cognitivo, inmovilizados en domicilio y/o con dificultades idiomáticas.

Mediciones e intervenciones: medidas de Resultados edad > 74 años, hospitalización, condiciones socio-familiares, comorbilidad, polifarmacia, actividad física, caídas, funcionalidad o manejo de actividades de la vida diaria. Índice de Barthel y escala de Lawton-Brody.

Limitaciones: problemas de participación, por lo que la muestra podría ser escasa y no se podrían generalizar resultados.

Aplicabilidad

La valoración funcional es uno de los mejores indicadores del estado de salud y un buen predictor de morbi-mortalidad en ancianos. Desde esta perspectiva, la morbilidad deja de tener la importancia que hasta ahora se le había dado desde el punto de vista médico, y cobran especial interés los conceptos de nivel de dependencia y autocuidados desde un punto de vista socio-sanitario, donde el papel del médico de familia es fundamental. Este estudio permitiría valorar la factibilidad de realizar estas intervenciones preventivas, considerando el contexto actual organizativo del trabajo en un servicio de urgencias y lo más importante, evaluar en un futuro el impacto que tendrían sobre reducciones en el grado de dependencia, calidad de vida de ancianos y cuidadores y ahorro que puede representar para el sistema sanitario y los cuidados no formales.

Aspectos ético-legales

No plantea conflictos éticos ni de ningún interés. Consentimiento verbal.

Palabras Clave

Dependencia, anciano, incapacidad

Dolor costal en paciente con mesotelioma maligno. La necesidad de explorar

Delgado Rodríguez M, Giraldo Abadín F, Olivares Loro A

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Dr Joaquín Pece. Cádiz

Ámbito del caso

Atención primaria y CCEE medicina interna alta resolución (consulta de atención rápida).

Motivos de consulta

Dolor costal izquierdo.

Historia clínica

Anamnesis: varón de 72 años que acude a su médico por dolor costal izquierdo desde hace un mes, al que no dio mucha importancia, que no se modifica con los movimientos ni la respiración, no asociado a fiebre, disnea, tos o expectoración.

Antecedentes personales: alergia a nolotil, no factores de riesgo cardiovasculares y nunca hábitos tóxicos. Insuficiencia venosa crónica. Vida activa, trabajó en fábrica de armamentos en contacto indirecto con amianto.

Exploración: ACR: hipoventilación en tercio inferior de tórax izquierdo.

Pruebas complementarias: RX tórax: pérdida de volumen en lóbulo inferior izquierdo con derrame pleural. Se deriva a CCEE de medicina interna para ampliar estudio. TAC tórax: importante derrame pleural izquierdo con atelectasia parcial que predomina en LII y lingula, no signos de malignidad. Signo de chilaiditis como variante de normalidad. Toracocentesis: citología líquido pleural con infiltrado linfocitario intenso y ausencia de células neoplásicas, cultivo del líquido negativo. Intento de biopsia fallido por cuadro vagal del paciente.

Se ingresa en cirugía torácica para toracoscopia donde se observan múltiples lesiones nodulares en la pleura sugestivas de malignidad, se realizó extracción líquido pleural hemático y posterior pleurodesis con talco. El estudio de anatomía patológica confirma el diagnóstico de mesotelioma maligno epiteloide. Se decide seguimiento por oncología médica y radioterápica.

Enfoque familiar y comunitario: como médicos de familia debemos realizar siempre una exploración correcta, aunque el paciente no se preocupe mucho por sus síntomas pueden esconder signos anómalos. En este caso la hipofonesis del hemitórax nos lleva a pedir una prueba de imagen y diagnosticar un derrame pleural sin causa justificable.

Juicio clínico: mesotelioma maligno epiteloide.

Diagnóstico diferencial: dolor costal muscular, derrame pleural por traumatismo o tromboembolismo, cáncer pulmón.

Tratamiento: actualmente con tratamiento quimioterápico.

Evolución: aumento del dolor con mal control.

Conclusiones

En el mesotelioma, las células cancerosas invaden el mesotelio, cubierta protectora que cubre la mayor parte de los órganos internos. En un 80% de los casos su etiología es la exposición a polvo de asbestos. Constituye aproximadamente el 3% de las neoplasias malignas de pleura. La presentación clínica más frecuente es dolor torácico difuso.

Palabras Clave

Malignant mesothelioma, asbestos

Efectos secundarios, complicaciones y satisfacción de uso DIU mirena en un centro de salud. Estudio piloto

Valenzuela López M¹, Cabrera Díaz A², Castillo Rienda A², López Pena C², Mota Romero E², Herrera Ramos F²

¹ Médico de Familia. CS Salvador Caballero. Granada

² CS Salvador Caballero. Granada

Objetivos

Evaluar los efectos secundarios asociados al DIU-Mirena. Conocer la satisfacción de las mujeres con esta planificación familiar iniciada desde atención primaria (AP).

Diseño

Estudio descriptivo transversal. Pilotaje de estudio multicéntrico.

Emplazamiento

Centro de salud urbano (CS).

Material y método

Todas las mujeres a las que se ha puesto diu-Mirena en CS desde 2013-2015.

Variables: sociodemográficas, complicaciones, indicación, revisión, satisfacción.

Resultados

Se pusieron 167 DIUS, 20% son DIU-Mirena. Edad media 39 años, 91% multíparas. La indicación fue: 27% recambio, 27% metrorragia, 18% dismenorrea y 24% por deseo de la mujer. Anticoncepción previa: 36% preservativo, 18% diu-mirena, 14% DIU cobre, 14% anticonceptivos, 14% nada, 4% implanon. El 100% acudió a revisión con eco normoinserito.

Se llamó telefónicamente a las mujeres encontrando: 59% está bien a los 6 meses de uso, 23% con sangrado irregular y en el 18% había efectos secundarios asociados a los gestágenos. En el 86% las molestias afectaban poco/nada a su vida cotidiana. El 55% se encuentra en amenorrea/oligomenorrea y el 14% spotting. El 87% no ha tenido ninguna complicación. Ha habido un caso de embarazo. El 100% que utilizó este método por metrorragia/dismenorrea tiene mejoría clínica. El 91% se encuentra muy contenta/contenta y 91% repetiría. El 9% tuvo que consultar posteriormente con su médico y 0% acudió a urgencias hospitalarias. El 100% valoran como muy bueno el trato recibido en CS.

Conclusiones

Conocer los principales efectos secundarios percibidos por las mujeres que usan DIU Mirena puede mejorar el manejo de los mismos. La satisfacción con la atención recibida en AP es muy buena

Palabras Clave

DIU Mirena, satisfacción, complicaciones

Ensayo clínico aleatorio para evaluar la efectividad de una intervención educativa mínima sobre adhesión a inhaladores en pacientes con EPOC desarrollada en ámbito rural

Díaz Saborido A¹, Salguero De La Haya S², Mateos Velo L³, Rodríguez Pujazón M⁴, Palomo Cobos C¹, Membrillo Contioso E⁵

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Valverde del Camino. Huelva

² MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Benito. Jerez De La Frontera (Cádiz)

³ Médico de Familia. CS El Madroño. Sevilla

⁴ Médico de Familia. CS Valverde del Camino. Huelva

⁵ Médico de Familia. CS Almonte. Huelva

Introducción:

La EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica) es una enfermedad prevenible y tratable. Problema de gran magnitud ante su alta prevalencia y con perspectiva de aumento de su incidencia. Tiene un importante índice de infradiagnóstico e infratratamiento. Su abordaje terapéutico es multidisciplinar. En su prevención y tratamiento, la eliminación del hábito tabáquico es la medida más eficaz y coste-efectiva tanto para su prevención, como para su evolución y morbilidad. Siendo los broncodilatadores de larga duración, vía inhalatoria, un importante pilar en su tratamiento farmacológico. Se estima que la adherencia terapéutica a los inhaladores prescritos no supera el 50%. Junto al mal manejo del dispositivo, aumenta la morbilidad, la atención de la salud y el uso de recursos. La promoción de la adherencia óptima medicamentosa es esencial para optimizar los beneficios. Hay diferentes herramientas para valorar la adherencia terapéutica, siendo reciente la validación del test de adhesión a inhaladores, y de fácil aplicación en la práctica clínica.

Objetivos

Principal: determinar la efectividad, en términos de adhesión terapéutica a inhaladores, de un programa educativo en EPOC basado en una intervención reducida. Secundarios: evaluar el impacto que otros factores registrados pueden tener en el grado de control de los pacientes: Aspectos sociodemográficos (nivel de estudios, tabaquismo, apoyo familiar). Adhesión a tratamiento con inhaladores (TAI test de adhesión a inhaladores). Medir el impacto que la EPOC tiene en bienestar y calidad de vida (COPD cuestionario de control de síntomas de EPOC).

Diseño

Estudio prospectivo, aleatorizado y controlado. Se dividirán en: Grupo de intervención, que recibirán la intervención mínima educativa. Grupo de práctica clínica habitual, que no recibirá ningún tipo de educación específica y que constituirá el grupo control.

Emplazamiento

Paciente de ambos sexos con EPOC leve a grave según criterios Gold 2015 en tratamiento con inhaladores. Mayores de 35 años y menores de 89, atendidos en el centro de salud rural Valverde del camino (Huelva).

Material y métodos

Considerando una diferencia clínicamente relevante del 20% en adherencia terapéutica entre los grupos, con una potencia del 80% y una confianza del 95%, se precisan 36 pacientes en cada grupo. Los pacientes asignados aleatoriamente a los dos grupos, se seguirán durante seis meses y se visitarán en tres ocasiones. El grupo de intervención recibirá información básica sobre su enfermedad, así como adiestramiento y revisión de la técnica de inhalación del dispositivo que tenga prescrito. La recogida de datos se realizará obteniéndose a través de las historias clínicas de la aplicación DIRAYA así como de la entrevista personal con el paciente con la cumplimentación de cuestionarios, siempre por un mismo observador, el investigador principal.

Aplicabilidad

Este estudio pretende evaluar en un considerado número de pacientes la eficacia de una intervención mínima educativa haciendo partícipes a los pacientes en adherencia a inhaladores; valorando con ello estrategias educativas más apropiadas y factibles de llevar a cabo en atención primaria en medio rural.

Aspectos ético-legales

Ley de autonomía del paciente 41/2002, de 14 noviembre. Ley orgánica 15/1999, de protección de datos de carácter personal, y ley 14/1986, general de sanidad. Real decreto 63/1995, 20 enero. Código deontológico OMS 25 septiembre 1999.

Palabras Clave

Chronic obstructive pulmonary disease. Adherence. Inhaled therapy.

Abordaje multidisciplinar del paciente joven psicótico. A propósito de un caso

Gracia Díez C¹, Torrado Morcillo B², Jiménez Tapia T³

¹ CS La Orden

² CS Adoratrices. Huelva

³ CS La Orden. Huelva

Ámbito del caso

Urgencias hospital Juan Ramón Jiménez.

Motivos de consulta

El paciente acude acompañado de sus padres a urgencias derivado por su médico de atención primaria porque desde hace 48 años presenta inquietud psicomotriz, ideas delirantes y agresividad.

Historia clínica

Varón de 29 años sin alergias medicamentosas conocidas. Fumador de 30 cigarrillos/día, bebedor importante y consumidor habitual de cocaína, marihuana y heroína. No factores de riesgo cardiovascular.

Antecedentes personales: asma bronquial e hipoacusia derecha tras accidente de tráfico. Antecedentes psiquiátricos: en seguimiento en consultas de salud mental desde 2012 por trastorno de conducta y en tratamiento habitual con citalopram 20 mg, topiramato 25mg y paliperidona 6 mg. Tras permanecer en prisión 2 años y medio.

Exploración y pruebas complementarias: El paciente se encuentra consciente y orientado en tiempo y espacio. Presenta verborrea y discurso saltigrado. Ideas de perjuicio hacia su familia. Dudosas alteraciones senso perceptivas. Inquietud psicomotriz. Heteroagresividad. Tóxicos en orina: positivo para benzodiazepinas, cocaína y metadona.

Juicio clínico: síndrome de abstinencia a tóxicos. Consumo perjudicial de tóxicos.

Enfoque familiar: actualmente el paciente reside con sus padres y uno de sus hermanos. La zona residencial es de nivel socio-económico bajo, con alta conflictividad. La relación familiar es deficiente y conflictiva. Todos sus hermanos son distribuidores y consumidores habituales de drogas.

Plan de actuación: se comenta con el paciente y la familia que debe continuar el seguimiento y tratamiento en centro especializado para drogodependencia y en unidad de salud mental. El paciente se compromete a realizar el tratamiento prescrito.

Evolución: el paciente evoluciona favorablemente con juicio de realidad conservado. Tranquilo psicomotrizmente. Discurso fluido y espontáneo. se ajustó tratamiento psicofarmacológico añadiendo xepion 15mg im/30 días, mejorando así la adherencia terapéutica.

Diagnóstico diferencial: trastorno psicótico, esquizofrenia paranoide, trastorno por consumo perjudicial de tóxicos.

Conclusiones

La actuación conjunta entre salud mental y atención primaria es clave para el control de éste tipo de pacientes. Desde atención primaria se puede realizar un seguimiento periódico frecuente y control del consumo de drogas, del mismo modo, ir ajustando el tratamiento en función de los síntomas que presente y asesoramiento familiar dada la conflictividad que este paciente presenta en el ámbito familiar.

Palabras Clave

Schizophrenia, personality disorders, paranoia

Neoplasia de pulmón en paciente con monoparesia

Reyes Sánchez T¹, Catalán Casado D², Morera Pérez P³

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Pablo. Sevilla

² MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Porvenir. Sevilla

³ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Luis. Sevilla
Morera Pérez P³

Ámbito del caso

Urgencias hospitalarias.

Motivos de consulta

Pérdida de fuerza en miembro inferior izquierdo.

Historia clínica

Antecedentes personales: no reacciones alérgicas, exfumador, hipertenso, diabetes tipo 2.

Historia clínica: paciente de 66 años derivado desde consultas de rehabilitación por pérdida de fuerza en miembro inferior de tres meses de evolución que ha ido en progresión.

Exploración: aceptable estado general, bien hidratado y perfundido, eupneico en reposo, estable hemodinámicamente. Auscultación cardiorrespiratoria: tonos rítmicos a buena frecuencia, no soplos ni extratonos. Buen murmullo vesicular, no ruidos parológicos. Exploración neurológica: pares craneales normales, miembros superiores normales, balance articular en miembro inferior izquierdo normal, balance muscular psoas 3/5, cuádriceps 0/5, isquiotibial 0/5, tobillo 0/5, femoropoplíteo 0/5. Miembro inferior derecho normal.

Pruebas complementarias: hemograma, bioquímica y coagulación normal. TAC cráneo: aparecen 5 lesiones ocupantes de espacio en hemisferio derecho, uno a nivel infratentorial, dos en región frontobasal y dos en convexidad frontoparietal. Abundante edema circundante.

Enfoque familiar y comunitario: familia nuclear etapa II del ciclo vital familiar (normofuncional). Red social con alto apoyo emocional e interacción social positiva. Factores estresantes padres ancianos pluripatológicos. No reacciones alérgicas medicamentosas, exfumador y exbebedor.

Juicio clínico: metástasis cerebrales de neoplasia primaria a filiar.

Diagnóstico diferencial: monoparesia, trombosis venosa, ictus.

Tratamiento: ingreso en medicina interna donde se realiza estudio de extensión con TAC de tórax y abdomen e implantación de tratamiento.

Evolución: paciente en seguimiento por consultas de oncología.

Conclusiones

En este caso podemos destacar lo importante de realizar una correcta anamnesis y exploración física. Este paciente llevaba tres meses de evolución de su patología y había consultado en varias ocasiones en diferentes servicios. Esto conlleva un retraso en el diagnóstico y tratamiento así como un gasto innecesario de tiempo y recursos.

Palabras Clave

Paresia, Metástasis, Neoplasia

No todos los síncope son vasovagales

Sevilla Ramírez N¹, Martínez Granero M², De Santiago Cortes R¹

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Camas. Sevilla

² Médico de Familia. CS Camas. Sevilla

Ámbito del caso

Atención primaria, servicio de urgencias y servicio de neurocirugía.

Motivos de consulta

Síncope de repetición.

Historia clínica

Antecedentes personales: no reacción alérgica conocida. No refiere enfermedad ni tratamiento alguno en la actualidad.

Anamnesis: mujer de 39 años que consulta en repetidas ocasiones por síncope con pérdida del conocimiento de segundos de duración. Ninguno de ellos precedido de prodromos. Refiere sensación de náuseas y vómitos alimenticios tras dichos episodios. Los familiares que presencian el acontecimiento niegan movimientos repetitivos de los miembros, incontinencia de esfínteres y mordedura de lengua. Tras el último síncope acude a consulta por un traumatismo craneoencefálico.

Exploración: aceptable estado general. Consciente, algo desorientada pero colaboradora. Bien hidratada y perfundida. Hemodinámicamente estable. Eupneica, con buena tolerancia al decúbito. Glasgow 14/15, no déficit neurológico focal. No signos meníngeos. Afebril en consulta. Auscultación cardiopulmonar: corazón rítmico, a buena frecuencia. No soplos audibles.

Pruebas complementarias: radiografía cráneo: no signos de fractura aguda. TAC cráneo: hallazgos en probable relación con meningioma calcificado en la porción anterior de la hoz cerebral, de 9mm de espesor.

Enfoque familiar y comunitario: familia nuclear en procreación con dos hijos, en etapa de extensión (etapa IIA del ciclo vital familiar). Nivel sociocultural medio y buen apoyo social recibido por parte de amigos y familiares.

Juicio clínico: meningioma calcificado.

Tratamiento: reposo funcional. Frío local durante 15-20 minutos, durante las primeras 48 horas. Ibuprofeno 600 mg/8 horas durante unos 5 días.

Plan de actuación y evolución: se deriva a las consultas de neurocirugía para seguimiento y tratamiento.

Conclusiones

Con este caso clínico queremos resaltar el papel del médico de familia como referente del sistema sanitario en patologías de difícil diagnóstico y tratamiento.

Palabras Clave

Meningioma. Neoplasms.syncope.

Hipotiroidismo en el anciano

Díaz Saborido A¹, Salguero De La Haya S², Dueñas Villela C³

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Valverde del Camino. Huelva

² MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Benito. Jerez De La Frontera (Cádiz)

³ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Moguer. Huelva

Ámbito del caso

Atención primaria. Urgencias hospitalarias. Medicina interna.

Motivos de consulta

Debilidad, mareos, deterioro cognitivo y disnea.

Historia clínica

Varón de 98 años con antecedentes personales: No alergias medicamentosas conocidas. Hipertensión arterial. Fibrilación auricular permanente. Cáncer de próstata. Talasemia. Hipoacusia. Consulta en el centro de salud en una ocasión por presentar disnea a moderados esfuerzos, objetivándose fibrilación auricular de cronología incierta que se antiagrega y trata con digital. Al mes, vuelve a consultar de nuevo por cuadro de debilidad, mareos y disnea; comenta su hija que el paciente ha dejado de pasear por su casa y que está apareciendo deterioro cognitivo. Se objetiva en electrocardiograma fibrilación auricular a 42 latidos por minuto con alto grado de bloqueo.

Exploración con estado general conservado, corazón rítmico sin soplos, ligeramente disneico, edemas con fóvea hasta mitad de miembros inferiores.

Se remite a urgencias hospitalarias. Valorado por unidad de cuidados intensivos, por la posibilidad de precisar marcapasos, se desestima al evidenciar en examen de laboratorio TSH 300.32 y t4 0.32. Inician tratamiento con levotiroxina que se ha ido ajustando poco a poco hasta niveles de hormonas tiroideas normales.

En la actualidad, ha recuperado frecuencia cardíaca a 70 latidos por minuto, vuelve a pasear por su casa y llevar su vida diaria con normalidad.

Conclusiones

El hipotiroidismo es una patología muy frecuente en el anciano, relevante en cuanto a síntomas y morbimortalidad. Presenta una buena respuesta al tratamiento, pero es de difícil diagnóstico por tener síntomas muy inespecíficos y escasos. Por lo tanto, hay que tener alto índice de sospecha en ancianos y solicitar hormonas tiroideas ante síntomas como astenia, deterioro cognitivo, síntomas psiquiátricos, anemia, hiperlipidemia, macrocitosis y otros. Es importante tratar correctamente los casos en que esté claramente indicado el tratamiento y llevar un seguimiento periódico del resto, por si lo pudieran requerir. Vigilar la eficacia del tratamiento, sus efectos secundarios y el cumplimiento del mismo es otro aspecto a destacar en los ancianos.

Palabras Clave

Hipotiroidismo. Fibrilación auricular. Anciano.

Melkerson: una enfermedad familiar

Bedmar J¹, Martos Martínez R¹, Moraleda Barba S²

¹ Médico de Familia. UGC Virgen de la Capilla. Jaén

² Médico de Familia. UGC Arjona. Jaén

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de consulta

Mujer de 40 años que acude a consulta de atención primaria por habón doloroso, en labio inferior de 24 horas de evolución.

Historia clínica

Antecedentes personales: enfermedad de graves Basedow tratada con levotiroxina 150 mc /día.

Anamnesis: habón doloroso, en labio inferior de 24 horas de evolución. Desde hace una semana realiza tratamiento empírico de parálisis facial derecha, con antivirales, corticoides sistémicos, vitaminas y oclusión del ojo afecto.

Exploración: buen estado general. Edema no eritematoso en labio inferior que se extiende a hemicara derecha, edema ligero palpebral izquierdo. Signo de Godet negativo. ORL: no desviación de úvula ni edematización de mucosas, lengua engrosada y con rugosidades. Queilitis granulomatosa en labios. ACR: FC 85 lpm, sin hallazgos patológicos. Exploración neurológica: Pinla y Moec, hipoestesia en hemicara derecha, disminución de surco nasogeniano de lado derecho, desviación de comisura bucal hacia lado izquierdo, dificultad para cerrar párpado derecho. Resto de pares craneales normales, Romberg negativo, no alteraciones de la marcha, no rigidez de nuca, ni signos meníngeos. Hemograma, bioquímica, inmunoglobulinas, ana, FR, hormonas tiroideas, IGE sérica normal.

Enfoque familiar y comunitario: paciente casada, de clase social media y ama de casa. Tiene dos hijos estudiantes y buena relación familiar. Ciclo vital familiar fase III final de la extensión. Acude con su madre, la cual es diabética y también padece de episodios de parálisis facial y glositis recurrentes.

Juicio clínico: síndrome de Melkersson-Rosenthal.

Diagnóstico diferencial: angioedema histaminérgico, angioedema dradicinérgico: fármacos/infecciones/déficit C1 inhibidor, enfermedades autoinmunes: lupus, amiloidosis, hipotiroidismo, mastocitosis.

Identificación de problemas: sospecha de etiología autoinmune y hereditaria.

Tratamiento: asociar cetirizina 10 mg/24h.

Planes de actuación: se deriva a alergología para diagnóstico diferencial del angioedema.

Evolución: se explica a las pacientes que probablemente no tiene tratamiento preventivo y que es recurrente.

Conclusiones

Es importante conocer los antecedentes familiares. El síndrome de Melkersson-Rosenthal es un trastorno neurológico raro caracterizado por parálisis facial recurrente, hinchazón de la cara y lengua geográfica, de etiopatogenia desconocida y predisposición genética. Presentamos dos casos en familiares de 1º grado, ambas con enfermedades de tipo autoinmune.

Palabras Clave

Angioedema; glossitis; facial paralysis.

Más allá que una simple tos

Sevilla Ramírez N¹, Martínez Granero M², De Santiago Cortes R¹

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Camas. Sevilla

² Médico de Familia. CS Camas. Sevilla

Ámbito del caso

Atención primaria y servicio de cirugía torácica.

Motivos de consulta

Disnea.

Historia clínica

Antecedentes personales: no reacción alérgica medicamentosa conocida. No fumador. Asma alérgico grave por sensibilización a ácaros refractario al tratamiento.

Anamnesis: varón de 47 años que consulta en dos ocasiones por cuadro súbito de disnea y dolor torácico, tras episodio de tos paroxística.

Exploración: en una primera consulta el paciente presenta buen estado general, se encuentra consciente y orientado. Hemodinámicamente estable, con sensación disneica en reposo pero saturando al 97%. Afebril en consulta. Auscultación cardiopulmonar (ACP): tonos rítmicos a 100 latidos por minuto. Murmullo vesicular conservado sin ruidos patológicos. En una segunda consulta el paciente se encuentra con regular estado general. Disneico en reposo, saturando al 93%. ACP: murmullo vesicular disminuido en ambos hemitórax con sibilantes dispersos. Presenta crepitantes a la palpación de tórax y cuello.

Pruebas complementarias: radiografía de tórax en primera consulta: sin hallazgos patológicos. Radiografía de tórax en segunda consulta: enfisema subcutáneo, sin neumotórax. TAC tórax con contraste: extenso enfisema mediastínico y cervical que parece tener su epicentro en el mediastino y se extiende craneal y caudalmente siguiendo y disecando los planos vasculares y fasciales incluidos en el estudio. No se evidencia causa radiológica que lo justifique (ausencia de disrupción esofágica o traqueal, ausencia de bullas enfisematosas y de fracturas), lo que junto a la coexistencia de factores predisponentes (crisis de tos) apoya el diagnóstico de neumomediastino espontáneo.

Enfoque familiar y comunitario: familia nuclear en procreación con dos hijos, en etapa de extensión (etapa IIA del ciclo vital familiar). Nivel sociocultural medio y buen apoyo social.

Juicio clínico: enfisema subcutáneo y neumomediastino espontáneo.

Tratamiento: formodual 2 inhalaciones/12 horas con cámara de inhalación. Montelukast un comprimido/24 horas. Atrovent 2 inhalaciones/12 horas.

Plan de actuación y evolución: se deriva a urgencias donde estabilizan al paciente y contactan con cirugía torácica para valoración y tratamiento.

Conclusiones

Es importante conocer el manejo de enfermedades menos prevalentes, así como, no menospreciar síntomas comunes.

Palabras Clave

Pneumomediastinum. Pneumothorax. Barotrauma.

Me duele

Aznarez Adelantado J, Lora Coronado M, Millán Montilla M

Urgencias Hospital De Jaén. Jaén

Ámbito del caso

Medicina familia y atención hospitalaria.

Motivos de consulta

Dolor miembro inferior izquierdo.

Historia clínica

Mujer de 60 años, con CA de útero intervenido hace 10 años con histerectomía total y libre enfermedad en la actualidad, que consulta por dolor en miembro inferior izquierdo de tres meses de evolución, tras múltiples consultas en atención primaria decide acudir a urgencias por no mejoría clínica tras la toma de opioides a altas dosis. Dolor en región lumbar irradiado a región glútea, muslo, rodilla izquierda, Lasegue y Bragard negativo. Rotación de cadera conservada, flexo-extensión de rodilla conservada, sin signos de inflamación ni derrame articular, peloteo y choque negativo, cajones y bostezos negativos. No edemas, no signos de TVP. RX pierna: sin hallazgos patológicos.

Análítica hemograma, coagulación y bioquímica normal PCR 13.3 TSH 111.77 t4 libre 0.99 VSG 4. Tras descartar patología ósea tipo fractura y tras 24 h en observación con tratamiento para el dolor y la sospecha diagnóstica de radiculopatía o neuropatía periférica se decidió solicitar RMN columna lumbosacranormaltras valoración por traumatología; por lo que decidimos ingreso en medicina interna para estudio.

Debemos realizar diagnóstico diferencial y descartar patología óseas como fracturas, muscular como síndrome compartimental, roturas musculares, tendinopatías, dolores neuropáticos periféricos o radiculopatía, lesiones de rodilla, bursitis crónicas y otros procesos como infecciones o dado los antecedentes personales recidivas tumorales. Por lo que se realizó RMN de pelvis con 2 loes sólida sobre vasos ilíacos izquierdos que infiltran psoas e implante metastásico subyacente al musculo recto derecho con biopsia compatible con adenocarcinoma de origen ginecológico.

Conclusiones

El dolor, es la segunda causa de consulta en atención primaria, fenómeno complejo en todas sus vertientes: fisiológicas, bioquímicas, psicosociales, morales y del comportamiento, teniendo importantes consecuencias emocionales, sociales, laborales y económicas para el paciente y su entorno, incrementando la utilización de los servicios sanitarios. Por lo que es esencial una correcta valoración biopsicosocial, un plan terapéutico integral adecuado e individualizado y un manejo multidisciplinario para el diagnóstico, mejorar la sintomatología y sobre todo los aspectos emocionales, psicológicos y funcionales.

Palabras Clave

Leg, pain, oncology,

Características epidemiológicas y control metabólico de una cohorte de pacientes diabéticos tipo 2

Herrera Campos E¹, Castro Lozano A², Rodríguez Ortega P³

¹ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC. Adoratrices. Huelva

² MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC. Adoratrices. Huelva

³ FEA. Endocrinología y Nutrición. CHUH. Huelva

Objetivos

Iniciar una vía de trabajo conjuntamente entre endocrinología y medicina familiar, a través de los residentes que rotan por dicho servicio, en el manejo de la diabetes mellitus tipo 2 (DM2). Acercar al residente al conocimiento de las características de la DM2.

Diseño

Estudio observacional longitudinal.

Emplazamiento

Atención primaria.

Material y método

Analizamos una cohorte de 74 pacientes DM2 entre junio 2014-enero 2015.

Criterios de selección: pacientes DM2.

Variables: edad, HBA1C, perfil lipídico y tratamiento prescrito.

Resultados

Edad media de los pacientes 66 años (40-91). 43 varones. (58%). Diferenciamos por grupos de edad: menores de 65 años: 30 PAC (40%). 65-75 años: 20 PAC. Mayores de 75 años: 24 PAC (32%). El grado de control metabólico medio: 6.9% (5.3-11.7%). Destacamos la presencia de un 10 % de pacientes >65 años con mal control metabólico: >9% HBA1C.

Con respecto al resto de variables recogidas, perfil lipídico (CT-LDL 91; CT-HDL 56; TG 151). En cuanto al tratamiento prescrito: 27% insulinización (20/74), la mayoría análogos de insulina basal + ADO. Metformina 62%. Idpp4 40% asociación más utilizada (30/74). 13% su 10/74. Glibenclamida 1/74, sin incluirse en esta cohorte ningún otro antidiabético oral.

Conclusiones

1. Los pacientes DM2 de esta cohorte cumplen objetivos de control en su mayoría, tanto de HBA1C como de perfil lipídico. 2. Al igual que lo comunicado en otras series, aún existen pacientes de alto riesgo con mal control. 3. No se evidencia una expresión clínica diferenciadora en el tratamiento de los pacientes, en cuanto a diabetes y obesidad, así como el uso de novedades terapéuticas.

Palabras Clave

Primary health care, diabetes mellitus, cohort study

Morfea incipiente

Bedmar J¹, Martós Martínez R¹, Moraleda Barba S²

¹ Médico de Familia. UGC Virgen de la Capilla. Jaén

² Médico de Familia. UGC Arjona. Jaén

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de consulta

Alopecia, boqueras y unas manchas en las piernas.

Historia clínica

Antecedentes personales: sin interés.

Anamnesis: mujer de 47 años que consulta por alopecia difusa, lesiones en comisuras bucales de dos meses de evolución y también se ha fijado que tiene dos manchas indoloras en las piernas.

Exploración: leve inflamación de comisuras, labios secos, no placas de alopecia circunscrita y tracción manual del pelo negativa. Mucosas y uñas de aspecto normal. En la cara externa de la pierna izquierda presenta una zona indurada, deprimida, hipopigmentada y circunscrita que mide aproximadamente 5 x 2cms. Presenta otra placa similar en la zona pretibial de la pierna derecha y mide 3 x 1cms. A la inspección, también se observa coloración rojo violácea de manos y dedos y con la palpación cambia a color blanco. Resto normal.

Pruebas complementarias: hemograma, bioquímica básica, hierro, ferritina, factor reumatoide, PCR, VSG normal. Ana 1/320.

Enfoque familiar y comunitario: mujer casada, con una hija, ciclo vital familiar etapa III final de la extensión. Juicio clínico: alopecia difusa androgenética, fenómeno Raynaud, morfea o esclerodermia localizada en miembros inferiores.

Diagnóstico diferencial de morfea: esclerodermia sistémica, artritis reumatoide, lupus eritematoso sistémico, dermatomiositis, polimiositis, enfermedad mixta del tejido conectivo, Sjögren, vasculitis sistémicas, fascitis eosinofílica, liquen escleroso y atrófico, lipodermatoesclerosis y enfermedad de Lyme.

Identificación de problemas: enfermedad inflamatoria poco frecuente y de origen desconocido que causa gran alarma en la paciente ante la posibilidad de ser una manifestación cutánea de una enfermedad sistémica del grupo de las colagenosis.

Tratamiento: hidrocortisona crema de noche en las placas y crema labial hidratante.

Plan de actuación: ante la sospecha de enfermedad sistémica, potencialmente grave, se deriva al paciente a reumatología para completar el estudio.

Evolución: actualmente está pendiente de resultados.

Conclusiones

La sospecha de las formas de inicio insidioso de las conectivopatías es responsabilidad del médico de atención primaria. Debe ser lo más precoz posible, y se basa en la anamnesis y exploración sistemáticas y rigurosas. Ante la sospecha de una conectivopatía, el paciente se debe derivar, con carácter preferente a reumatología.

Palabras Clave

Scleroderma, localized; collagen diseases; raynaud disease.

Aleta de tiburón

Herrera Campos E¹, Moreno Obregón F²

¹ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC. Adoratrices. Huelva

² MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC. Cartaya. Huelva

Ámbito del caso

Atención primaria-hospitalaria.

Motivos de consulta

Síncope en bipedestación, sin pródromos, con pérdida de conocimiento y recuperación espontánea.

Historia clínica

Varón de 57 años, sin alergias. Hipertenso. Niega hábitos tóxicos. Tratamiento: olmesartan 40mg/hidroclorotiazida 12,5mg 1cp/24h.

Exploración: buen estado general, consciente orientado y colaborador. Eupneico. Constantes vitales: tensión: 126/74mmhg, frecuencia: 53, sato2: 95%. Auscultación cardiorespiratoria: rítmico sin soplos. Buen murmullo vesicular. Miembros inferiores: sin edemas ni signos de trombosis.

Pruebas complementarias: electrocardiograma (ECG) (centro de salud): ritmo sinusal (RS), PR normal a 50 latidos/minuto (lpm), elevación cóncava del segmento ST en precordiales derechas (V1-V3) mayor de 2mm con descenso rápido terminando en onda T negativa, morfología de “lomo de delfín” o “aleta de tiburón”.

Tras alteración en ECG se deriva al paciente a cardiología. El paciente refiere entonces, 2 años atrás síncope de segundos de duración sin pródromos ni relajación de esfínteres. ECG: RS a 50 lpm. Datos electrocardiográficos de síndrome de Brugada tipo I. Se ingresa al paciente en cardiología para colocar desfibrilador autoimplantable (DAI). (Planta cardiología) ecocardiograma: hipertrofia concéntrica ligera de ventrículo izquierdo, resto normal. Hemograma anodino. Bioquímica: proteínas totales 6.39, colesterol total 221, HDL 39.3, LDL 124, triglicéridos 290, TSH 2.39. Perfil hepático e iones normales. Implante de DAI monocameral con éxito.

Juicio clínico: síncope sin pródromos en paciente con síndrome de Brugada. Implante de desfibrilador automático implantable en prevención primaria.

Enfoque familiar y comunitario: ante la sospecha confirmada consulta de cardiología su médico de primaria indagó en los antecedentes familiares, descubriendo que tiene un primo hermano recuperado de una muerte súbita por fibrilación ventricular extrahospitalaria con implante de DAI y mutación genética positiva para gen desconocido.

Plan de actuación conjunta: revisión en arritmias. Petición de test genético y se derivarán desde primaria los familiares de primer grado a cardiología para despistaje de síndrome de Brugada.

Conclusiones

La importancia del conocimiento sobre electrocardiografía básica permitió al médico de familia la detección de una enfermedad rara que puede ser causa potencial de muerte súbita. Por otra parte destacar la labor desde atención primaria, haciendo posible el estudio del resto de miembros de esta familia.

Palabras Clave

Brugada syndrome, diagnoses, primary health care.

¿Nos los cuentan todo?

Lora Coronado M¹, Yaguez Mateos L², Yaguez Jiménez L¹

¹ Urgencias Hospital de Jaén. Jaén UCI

² Hospital de Montilla. Córdoba

Ámbito del caso

Urgencias hospitalarias.

Motivos de consulta

Alteración lenguaje.

Historia clínica

Varón de 75 años sin AMC, HTA, DM, dislipemia, con CA de vejiga en estudio de extensión. Es traído a consulta de urgencias hospitalarias tras realización de prueba de imagen con contraste en hospital de referencia. El paciente entra en consulta de críticos con sintomatología neurológica observamos en primer lugar dificultad de lenguaje que evoluciona a hemiplejía derecha, lo que nos hace pensar en accidente cerebrovascular como primera hipótesis diagnóstica. TA 140/85 FC 70lpm, sato2 97%. Se solicita analítica con 3 series y TAC craneal urgente.

Informamos a familiar, explican que todo ha comenzado después de salir de cafetería. Pasamos paciente a observación y comienza con disminución de conciencia hasta encontrarse en coma, cuál es nuestra sorpresa que observamos en analítica hipoglucemia, ya que según familiares el paciente se ha puesto insulina pero no ha desayunado. Mejoría de la clínica tras la administración suero glucosado.

El diagnóstico de la causa de un coma es, con frecuencia, un proceso complejo, por lo que realizar una buena anamnesis y exploración física será clave para desarrollar con éxito un correcto diagnóstico diferencial. El coma puede ser producido por lesiones estructurales (supratentorial e infratentorial) o por alteraciones difusas toxico-metabólicas. Por lo que ante un paciente inconsciente, es de vital importancia recoger toda la información posible de familiares y testigos sobre enfermedades asociadas y tce, curso temporal de la alteración de conciencia, manifestaciones iniciales y el lugar y las circunstancias donde se encuentra al paciente, así como cuestiones relativas al consumo de fármacos o a la exposición a tóxicos.

Conclusiones

La existencia de comorbilidades y una peor calidad de la atención primaria en pacientes diabéticos repercuten en una mayor incidencia de visitas urgentes e ingresos hospitalarios, prevenibles por complicaciones de la DM. Mejorar la calidad de vida del diabético, está basado en una estrecha interrelación entre médico –paciente, destaca el papel del médico de familia en la intervención preventiva temprana, detección, seguimiento y educación sanitaria de los pacientes desde un abordaje integral en nuestras consultas junto a enfermería.

Palabras Clave

Coma, hypoglycemia, diabetes

Antibioterapia precoz en la neumonía de presentación grave

Herrera Campos E¹, Moreno Obregón F²

¹ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC. Adoratrices. Huelva

² MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC. Cartaya. Huelva

Ámbito del caso

Urgencias hospitalarias.

Motivos de consulta

Convulsión. Bajo nivel de conciencia.

Historia clínica

Varón de 28 años. Reacción alérgica a ácido acetilsalicílico. Fumador de 15 cigarrillos/día, consumidor diario de hachís y marihuana. No FRCV. Hiperesplenismo, talasemia minor. Ningún tratamiento habitual. Enfermedad actual: paciente traído por familiares por convulsión, encontrándose mal previamente, con tendencia al sueño y posterior episodio de agitación/movimientos tónico-clónicos y vómito. Fiebre en la última semana.

Exploración: aceptable estado general, somnolencia y agresividad ante estimulación, pupilas midriáticas reactivas a la luz. Tensión: 120/75 mmhg, frecuencia: 64 lpm, sato2: 95%. Temperatura: 35.5°C. Auscultación cardiopulmonar: buen tono y ritmo. Buen murmullo vesicular con roncus dispersos. Abdomen: blando y depresible, no doloroso, no masas ni megalias, no signos de irritación peritoneal.

Miembros inferiores normales. Neurológico: Glasgow 15/15. Pares craneales normales. Movimientos oculomotores y pupilas normales. Reflejos osteotendinosos presentes. Sin pérdida de fuerza ni de sensibilidad. No signos meníngeos. Gasometría venosa: PH 7.36, PCO2: 38, PO2: 44, HB: 13.7, NA: 140, K: 3.4. Hemograma: 28000 leucocitos. Se comenta caso con observación camas y se traslada al paciente para realizar punción lumbar. TAC craneal: sin hallazgos relevantes. Radiología tórax: aumento de densidad en ambos hemitórax.

Se inicia tratamiento antibiótico empírico con ceftriaxona y levofloxacino.

Juicio clínico: neumonía adquirida en la comunidad de presentación grave. Convulsión febril en dicho contexto. Se procede a ingreso para continuar estudio. Virus inmunodeficiencia humana 1 +2 y virus hepatitis b negativos. Antigenuria para neumococo y legionella negativos. Virus influenza negativo.

Evolución: durante la estancia en planta asintomático, muy bien estado general, paseando por la planta, normotenso y afebril, con radiología de control con espectacular resolución tras 48 horas de evolución. A las 72 horas, sin incidencias, por lo que se procede al alta.

Conclusiones

Dado que las infecciones son una causa importante de mortalidad, es de destacar la importancia de un correcto diagnóstico precoz y a su vez la instauración de antibioterapia lo más temprano posible, quedando demostrada en múltiples estudios la disminución de dicha mortalidad. La administración precoz del tratamiento antibiótico es por tanto un objetivo terapéutico de máxima prioridad.

Palabras Clave

Community acquired pneumonia, emergency service, and antibiotic therapy

Utilidad de la ecografía en atención primaria

Sevilla Ramírez N¹, Martínez Granero M², De Santiago Cortes R¹

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Camas. Sevilla

² Médico de Familia. CS Camas. Sevilla

Ámbito del caso

Atención primaria, servicio de medicina interna y servicio de hematología.

Motivos de consulta

Dolor en miembro inferior izquierdo (MII).

Historia clínica

Antecedentes personales: no reacción alérgica medicamentosa conocida. Diabetes mellitus tipo II. Hipertensión arterial. Dislipemia. Cardiopatía isquémica. Síndrome anémico.

Anamnesis: mujer de 64 años que consulta por aumento del perímetro del MII de dos días de evolución.

Exploración: buen estado general. Consciente, orientada y colaboradora. Bien hidratada y perfundida. Hemodinámicamente estable. Eupneica, con buena tolerancia al decúbito. Afebril en consulta. Auscultación cardiopulmonar: corazón rítmico, a buena frecuencia. Buen murmullo vesicular sin ruidos sobreañadidos. MII edematoso y aumentado de tamaño.

Pruebas complementarias: ecografía venosa compresiva MII sin signos de trombosis venosa profunda (TVP), se observan adenopatías inguinales izquierdas que pueden estar causando la compresión. Analítica dentro de la normalidad. TAC toracoabdominal: en cadenas ganglionares a nivel retroperitoneal se identifican pequeñas adenopatías alrededor de un centímetro con adenopatías de mayor tamaño en cadenas ilíacas comunes, así como externas especialmente del lado izquierdo que se extienden hasta la región inguinal de este lado con conglomerado adenopático de 5x6.5 centímetros. Anatomía patológica de biopsia inguinal: linfoma B rico en T e histiocitos de fenotipos centrogerminal.

Enfoque familiar y comunitario: familia nuclear en procreación con dos hijos, en etapa de extensión (etapa IIA del ciclo vital familiar). Nivel sociocultural medio y buen apoyo social recibido por parte de amigos y familiares.

Juicio clínico: linfoma difuso de células grandes B.

Diagnóstico diferencial: trombosis venosa profunda, tromboflebitis superficial, celulitis, tendinitis, edema hidrostático de tejido blandos secundario a insuficiencia cardíaca...

Tratamiento: prednisona 50mg un comprimido al día. Quimioterapia con ciclofosfamida, doxorubicina y vincristina con el anticuerpo monoclonal rituximab.

Plan de actuación y evolución: dada la sospecha de TVP se realiza ecografía de MII en consulta descartándose el diagnóstico pero objetivándose adenopatías por lo que se remite a la paciente al servicio de medicina interna para completar el estudio. Finalmente se diagnostica de linfoma de células B y se deriva a hematología.

Conclusiones

Con este caso clínico queremos destacar el papel de la ecografía en atención primaria ya que nos permite afinar el diagnóstico y por tanto disminuir el tiempo de demora para diagnosticar y tratar una determinada enfermedad.

Palabras Clave

Lymphoma. Ultrasonography. Adenopathies.

Cómo el seguimiento por su médico de familia puede evitarle una punción lumbar

De Juan Roldán J¹, Flores Montañés M², Franquelo Hidalgo B²

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Palma-Palmilla. Málaga

² CS Palma-Palmilla. Málaga

Ámbito del caso

Atención hospitalaria (urgencias).

Motivos de consulta

Alteración del lenguaje (código ictus).

Historia clínica

Antecedentes: varón de 67 años. HTA, DM tipo 2, dl, síndrome ansioso-depresivo. Fumador. Tratamiento con metformina, fluoxetina, zolpidem, lorazepam, omeprazol. Jubilado, vive con dos hermanas.

Anamnesis: paciente trasladado por DCCU (activación de código ictus) porque, tras despertarse de la siesta hace dos horas, la familia refiere incapacidad para contestar a preguntas simples y lenguaje alterado. Previamente bien. Desde hace tres días febrícula ocasional que asocian a catarro de vías altas. A la llegada recuperación parcial. Refiere encontrarse mal, sensación febril no termometrada y cefalea. Niega clínica digestiva o urinaria.

Exploración: consciente, desorientado parcialmente. Eupneico. TA 210/118 mm hg. FC 80lpm. Sat O2 98%. Auscultación cardio-pulmonar normal. Neurológico: Glasgow 13/15. PICNR tendencia a midriasis. Campimetría por confrontación normal. Afasia mixta de predominio motor importante. Disartria leve. No nomina ni repite adecuadamente. No comprende órdenes complejas, sí sencillas aunque con lentitud. PC normales. RCP tendencia extensora bilateral. Fuerza y sensibilidad conservada. PC: analítica de sangre y orina sin alteraciones significativas. TAC cráneo y angio-TAC de troncos supraaórticos: sin alteraciones. Durante su estancia en urgencias pico febril de 38°C; se realiza punción lumbar para descartar infección del SNC. Análisis del LCR normal.

Enfoque familiar y comunitario: el hecho de presentar buen apoyo familiar hizo que pudiera activarse correctamente el código ictus para descartar posible ACV.

Juicio clínico: emergencia hipertensiva con clínica neurológica.

Diagnóstico diferencial con accidente cerebrovascular y cuadro infeccioso del SNC.

Tratamiento: ingresa en medicina interna e instauran tratamiento antihipertensivo.

Evolución: tras control de la tensión arterial desaparece clínica neurológica. No vuelve a presentar fiebre. Se remite a médico de familia para control de tensión arterial.

Conclusiones

La importancia de este caso tiene dos vertientes: la actuación del médico de urgencias, que debe hacer un correcto diagnóstico diferencial ante la activación de un código ictus, teniendo en cuenta variables como las constantes del paciente (cifras tensionales, temperatura), fundamentales en este ejemplo; y el manejo de la tensión arterial en atención primaria, ya que una alteración de esta, además de las consecuencias a largo plazo, puede ocasionar cuadros agudos que necesiten ingreso hospitalario y realización de medidas invasivas para descartar otros cuadros más graves.

Palabras Clave

Stroke, hypertension, central nervous system infections.

Agresividad en el ámbito sanitario

Trujillo Díaz N¹, Gómiz Márquez C¹, García Martín P¹, Martín Brioso E², Rodríguez Ruciero Á³, Pedregal González M⁴

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Moguer. Hospital Riotinto. Huelva

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Valverde del Camino. Huelva

³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Valverde del Camino. H Riotinto. Huelva

⁴ Unidad Docente Huelva. Huelva

Objetivos

Prevalencia de agresividad, tipos y si ha sido con compañeros; relación con edad, sexo, puesto y emplazamiento; afectación en ámbito familiar y laboral.

Diseño

Observacional descriptivo.

Emplazamiento

Atención primaria y hospitalaria.

Material y método

N=87 médicos seleccionados consecutivamente. Variables: puesto, experiencia laboral, edad, sexo, ámbito, experiencia de agresividad, frecuencia, agresividad directa, espiral, latente, institucional, solución del conflicto, si condiciona al paciente, vida personal, cotidiana y laboral. Análisis estadístico: media y desviación típica (Dt) para cuantitativas. Porcentajes para cualitativas. Intervalos de confianza al 95%. T-Student para comparar medias y ji-cuadrado para cualitativas. Se comprobaron condiciones de aplicación.

Resultados

Edad: 39.1 años (Dt 11.75). Sexo: 56,5 % mujeres. El 82,8% IC (73,73-89,63) ha tenido experiencia de agresividad, 72,4% IC (62,33-81,02) ocasionalmente. La latente e institucional en un 70,1% (59,89-79,02). El 20,7% IC (13,15-30,15) sufre agresividad por compañeros, sobre todo médicos (16,1%). Los adjuntos de familia sufren agresividad en 93,3% IC (81,39-98,97) y el 75,7% IC (60,03-87,43) los médicos residentes. El 74,71% IC (64,81-83) de las agresiones se da en urgencias. No hay relación con la edad, el sexo, y el puesto y si con el emplazamiento ($p=0,001$). El 37.9% IC (28,21-48,45) y 32.2% IC (23,01-42,52) de los profesionales ven afectados su relación con pacientes y vida laboral respectivamente.

Conclusiones

La mayoría de médicos sufren agresividad. No existen diferencias significativas entre sexo y edad respecto a la agresividad y sus tipos. Existe agresividad entre compañeros generalmente entre médicos. Los adjuntos de familia son los más afectados y sobre todo en urgencias.

Palabras Clave

Agresion, health, emergencies, primary health care.

Fiebre exantemática en el adulto

Martín Brioso E¹, Delgado Moya M¹, Vega Quirós C²

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Valverde Del Camino. Hospital Riotinto. Huelva

² Hospital Riotinto. Huelva

Ámbito del caso

Atención primaria y urgencias hospitalarias.

Motivos de consulta

Lesiones exantemáticas generalizadas y fiebre.

Historia clínica

Anamnesis: mujer de 66 años, hipertensa en tratamiento con hidroclorotiazida/amilorida. Sin hábitos tóxicos. Desde hace 3 días presenta fiebre y lesiones dérmicas generalizadas. Los días previos comienza con malestar general y artromialgias. Las lesiones comienzan en la zona facial y retroauricular, con conjuntivitis bilateral y van descendiendo a tronco y miembros afectando a palmas.

Exploración. Exantema maculopapuloso que blanquea a la presión en cara, tronco, miembros superiores y tercio superior de miembros inferiores. Hiperemia conjuntival. Orofaringe hiperémica con lesiones blanquecinas en mucosa yugal derecha compatibles con manchas de Koplik. Resto normal.

Pruebas complementarias. Bioquímica con perfil hepático normal salvo PCR 20.5mg/l. Hemograma: linfopenia con monocitosis reactiva. Se solicita serología y se extrae muestra de exudado faríngeo. Radiografía de tórax normal.

Juicio clínico: sospecha de sarampión.

Enfoque familiar y comunitario. La paciente vive en un entorno rural con su marido, transplantado hepático, y con su madre de 96 años, siendo la cuidadora principal de ambos. En el momento del comienzo de la lesiones se encontraba conviviendo con su nieta de 1 mes de vida.

Plan de actuación. Aislamiento de contactos hasta una semana después de la aparición del exantema. Reposo. Antitérmicos. Recoger los resultados de serología mediante su médico de atención primaria.

Evolución. El exantema se autolimita a las 48 horas sin secuelas. A los 10 días se recibe el resultado de la serología: PCR virus sarampión negativo, AC IGM sarampión negativo, AC IGM virus rubeola negativo, AC IGG virus rubeola positivo, AC IGM parvovirus b19 negativo. Se solicita una segunda serología que aún está pendiente.

Conclusiones

El sarampión, una de las enfermedades de declaración obligatoria, es hoy en día una patología poco frecuente desde su inclusión en calendario vacunal. Ante la presencia de una clínica compatible es importante realizar un buen diagnóstico diferencial con otras enfermedades exantemáticas como rubeola, megaeritema epidérmico, exantema súbito y por enterovirus. La importancia de la sospecha diagnóstica radica en evitar el riesgo de transmisión a población no vacunada así como prever las posibles complicaciones asociadas como la neumonía de Hecht.

Palabras Clave

Measles, Exanthema, Fever

Vólvulo sigmoideo como causa de dolor abdominal agudo

Díaz Carrasco D¹, López Coto M², Guillén Rodríguez M³

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Molino de la Vega. Huelva

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Torrejón. Huelva

³ FEA MFYC. UGC Molino de la Vega. Huelva

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de consulta

Dolor abdominal tipo cólico en flanco izquierdo acompañado de vómito alimenticio.

Historia clínica

Varón de 76 años. Hipertenso, diabético. Estreñimiento crónico. Medicación: insulina, metformina, carvedilol, enalapril, amlodipino, adiro, clometiazol.

Exploración física. Tensión arterial 120/65 mmhg. Frecuencia cardiaca 80 latidos/minuto. Abdomen: blando, depresible, hemiabdomen izquierdo distendido, con discreto dolor a la palpación en dicha zona, ruidos hidroaéreos presentes, no peritonismo.

Análítica: bioquímica con insuficiencia renal leve, hipopotasemia. Hemograma leucocitosis con desviación izquierda. Radiografía abdomen: paredes colónicas engrosadas, niveles hidroaéreos, sobre todo en flanco derecho. TAC abdomen con contraste intravenoso: marcada dilatación colon sigmoideo, disposición en remolino de los vasos mesentéricos. Colonoscopia: introducida hasta 70 cm; dificultad para el paso, dilatación colon, probable relación con la dilatación pre-estenótica de la volvulación.

Juicio clínico: obstrucción intestinal mecánica por vólvulo de sigma.

Conclusiones

El vólvulo es la torsión de un asa intestinal sobre su eje mesentérico que a menudo conduce a un cuadro obstructivo. Los sitios más comunes de vólvulo son el colon sigmoide y ciego. Suele ocurrir en hombres de edad media de 70 años, institucionalizados, con enfermedad neurológica subyacente o enfermedad psiquiátrica, y con historia de estreñimiento. Factores anatómicos predisponentes: colon sigmoide largo con un accesorio mesentérico estrecho. Alteración de la motilidad colónica. La clínica que presentan estos pacientes tiene un inicio insidioso de dolor abdominal tipo cólico y continuo, náuseas y estreñimiento. El vómito se produce por lo general varios días después de la aparición del dolor. Los pacientes más jóvenes pueden tener una presentación atípica con ataques recurrentes de dolor abdominal con resolución debido a devolvulación espontánea. Para el diagnóstico se debe realizar una tomografía computarizada. Las radiografías abdominales pueden establecer el diagnóstico de vólvulo sigmoideo en el 60% de los pacientes. El diagnóstico diferencial se debe hacer con el megacolon tóxico o la pseudo-obstrucción intestinal. El objetivo del tratamiento del vólvulo sigmoideo es reducirlo y prevenir recurrencias. La técnica empleada para la reducción es la sigmoidoscopia; posteriormente se realiza cirugía definitiva para prevenir las recurrencias.

Palabras Clave

Vólvulo, dolor abdominal, sigma.

La importancia del ecógrafo en el centro de salud

Díaz Saborido A¹, Salguero De La Haya S², González Trujillo A³

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Valverde del Camino. Huelva

² MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Benito. Jerez De La Frontera (Cádiz)

³ Médico de Familia. CS Mazagón. Huelva

Ámbito del caso

Atención primaria. Urgencias hospitalarias. Medicina interna.

Motivos de consulta

Dolor abdominal.

Historia clínica

Paciente de 59 años con antecedentes personales: Alérgica a codeína. Hipertensión arterial. Dislipemia. Fumadora de 15 cigarrillos al día. Consulta en varias ocasiones en servicio de urgencias del centro de salud y hospitalarias por dolor en epigastrio e hipocondrio derecho, tras comida copiosa que en principio cede con analgesia, pero que reaparece de nuevo varios días después y esta vez nota un "bulto" en hipocondrio derecho.

A la exploración abdomen blando con masa pétreas, voluminosas, en hipocondrio derecho a 15 centímetros del reborde costal. Resto sin hallazgos. Se realiza ecografía en centro de salud, donde impresiona formación quística a nivel hepático. Se remite de nuevo a urgencias hospitalarias.

Estudio analítico con hemograma, bioquímica, coagulación, orina, serología de hidatidosis, marcadores tumorales y radiografía torácica sin hallazgos. Ecografía de urgencias hospitalarias hígado con múltiples quistes en ambos parénquimas, el de mayor tamaño en lóbulo izquierdo (15x13x10) de contenido ecogénico, con septos y formación ovalada ecogénica en porción declive que no se visualiza.

Ingresa en medicina interna. Resonancia magnética nuclear: poliquistosis hepática. Quiste gigante septado con signos de sangrado subagudo que presenta también focos de coágulos en el área declive. Posterior ingreso en cirugía para intervención de quiste hepático complicado, intervenido sin incidencias.

Actualmente asintomática.

Conclusiones

La ecografía es una prueba segura, rápida, fiable, inocua y no invasiva, bien tolerada por el paciente, de relativo bajo costo y, en los últimos años con nuevos aparatos más pequeños y desplazables, mucho más accesible. El uso de la ecografía en la consulta de atención primaria puede ser de indudable ayuda, como en este caso clínico de poliquistosis hepática, para que el médico clínico pueda mejorar su rendimiento y disminuir la incertidumbre del proceso diagnóstico. Es el momento de apostar por el desarrollo de esta herramienta. En atención primaria, contribuir a la formación de los médicos de familia, favorecer la coordinación con los especialistas de segundo nivel, incluyendo radiodiagnóstico, y, en definitiva, mejorar la eficiencia del sistema sanitario en beneficio de los pacientes y la sociedad.

Palabras Clave

Ecografía abdominal. Poliquistosis hepática. Atención primaria.

A tocar...

Lora Coronado M¹, Yaguez Mateos L², Yaguez Jiménez L¹

¹ Urgencias Hospital de Jaén. Jaén UCI

² Hospital de Montilla. Córdoba

Ámbito del caso

Urgencias extrahospitalarias y hospitalarias.

Motivos de consulta

Accidente de tráfico.

Historia clínica

Varón de 49 años no AMC, sin antecedentes de interés, con accidente de motocicleta en la vía pública. Refiere encontrarse bien y está muy preocupado por la salud de su hijo que le acompañaba. Trasladado con inmovilización cervical, vía periférica y analgesia al hospital de referencia, en la valoración inicial se observan múltiples erosiones.

Se decide tras exploración, solicitar múltiples radiografías por las policontusiones en miembros y de región cervical, sin hallazgos patológicos. El paciente solicita alta voluntaria, pero al incorporarse de la camilla sufre síncope; se realiza exploración secundaria y se solicita analítica y orina. Llama la atención el abdomen del paciente doloroso a la palpación, la palidez cutánea, por lo que se realiza eco-fast evidenciándose líquido libre intrabdominal que se comenta con radiólogo de guardia y tras completar ecografía abdominal decide TAC abdominal con punto sangrante en bazo que es intervenido de forma urgente.

Clínicamente estos pacientes son difíciles de evaluar por lo que son frecuentes los errores diagnósticos, que se presentan hasta en el 40% de los casos más graves. La lesión por traumatismo de alta energía suele ser múltiple y no se limita a un órgano o región anatómica, por lo que requiere un enfoque diagnóstico integral. El empleo de algoritmos diagnósticos, como el protocolo atls, mejora el pronóstico del paciente.

Conclusiones

En el año 2015 hubo 1.126 muertos por accidente de tráfico en España, por lo que el protocolo de politraumatizado es crucial en todos nuestros hospitales y medios extrahospitalarios. La adecuada inmovilización es esencial y es especialmente importante debido a que tiene como objetivo estabilizar lesiones existentes y evitar lesiones secundarias que agravarían aún más el estado del paciente y dificultarían su posterior recuperación. Así mismo, la ecografía-fast está demostrando día a día como se trata de una herramienta extremadamente útil y costo efectiva en el manejo inicial de pacientes politraumatizados, por lo que debemos ir formándonos en dicha materia.

Palabras Clave

Accident, polytrauma, ultrasonography

Implantación del test del helicobacter pilory

Montilla Álvaro M¹, Delgado Vidarte A¹, Ortega Carpio A², Hermoso Vázquez M³, Rodríguez Dacosta A³, Prieto Mora M⁴

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Torrejón. Huelva

² Médico de Familia. CS El Torrejón. Huelva

³ Auxiliar de Enfermería. CS El Torrejón. Huelva

⁴ Auxiliar Administrativa. CS El Torrejón. Huelva

Objetivos

El test de la urea en los centros de salud está dificultado por problemas legales (visado), técnicos (realización) y logísticos (laboratorio externo). Tras resolverlos localmente describiremos nuestra experiencia tras 8 meses de implantación.

Diseño

Estudio observacional descriptivo trasversal.

Emplazamiento

Atención primaria.

Material y método

Pacientes >14 años que realizan ambulatoriamente el test de la urea. Variables: edad, sexo, indicación (dispepsia, comprobación de erradicación o prevención cáncer gástrico por AF), factores de riesgo, resultado prueba, tratamiento indicado y duración, cumplimentación, satisfacción, y consumo previo y posterior de IBP. Análisis descriptivo y bivalente.

Resultados

Se realizaron 43 test (5,4/mes). El 67.4% varones y 32.6% mujeres, con edad media de 43.8 años (IC 95% 38.6-48.9). La indicación fue dispepsia (88.4%) ó comprobación de erradicación (11.6%); ninguna indicación de AF cáncer gástrico. Un 20.9% eran fumadores, antecedente de úlcus (7.0%), erge/hernia (2.3%), consumían ácido acetil salicílico o esteroides (4.7%), y 7.0% pluripatológicos. El 42.1% de las indicaciones por dispepsia fueron positivas (16) y el 100% de las indicaciones por erradicación negativas (5). El 81.3% de los tratamientos indicados fue omeprazol+claritromicina+amoxicilina y duración habitual 10 días (75%). La cumplimentación del tratamiento fue del 93.8% (un paciente positivo pendiente de realizarlo) la satisfacción clínica entre los tratados fue 71%. No encontramos asociación entre las variables independientes analizadas y el resultado de la prueba

Conclusiones

Encontramos un alto porcentaje de resultados positivos entre las indicaciones de dispepsia. La indicación en comprobación de erradicación es de escasa rentabilidad. La realización del test de la urea es un procedimiento sencillo de implementar en atención primaria

Palabras Clave

Dyspepsia, helicobacter pylori

¿Neoplasia o enfermedad infecciosa?

Ríos Carrasco M¹, Narváez Martín A²

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Cartaya. Huelva

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Ricardo Martínez. Marchena (Sevilla)

Ámbito del caso

Atención primaria y hospitalaria.

Motivos de consulta

Parestesias en miembro inferior derecho que le dificultan la deambulación. Refiere pérdida de 7-8kg hace unos meses, con epigastralgia, pérdida de peso, estreñimiento y defecación dolorosa entonces resueltos. Actualmente, mantiene el peso y está asintomático. En controles analíticos por su médico de familia destaca anemia y VSG elevada. SOH negativo. RX de tórax: nódulos pulmonares. Mantoux negativo.

Historia clínica

Varón de 50 años sin alergias medicamentosas. Hipertenso. No consumo de sustancias tóxicas. No fumador. Medicación domiciliaria: enalapril 10mg/24h, omeprazol 20mg/24h.

Exploración física: claudicación dudosa en MID. Resto anodino. Constantes vitales: normales. Analítica sanguínea (urgencias): PCR 4.92. HB 11.7, HTO 37.4. Resto normal. En planta: SOH negativa. VSG 61. Hemograma: anemia. Leucocitos 8.18. Plaquetas 578.000. Bioquímica: fe 53, ácido úrico 1.5, BR total 0.24, VIH negativo. ECA normal. Resto normal. Marcadores tumorales, ECA, ANA, ANCA normales. TAC abdomen: engrosamiento de 11mm en tercio rectal superior, de 4cm de longitud, en posible relación con neoplasia de recto. Resto normal. TAC tórax: numerosas adenopatías hiliomediastínicas bilaterales, de hasta 17mm, claramente metastásicas. En parénquima pulmonar múltiples nódulos sólidos, compatibles con metástasis. RNM de cráneo: múltiples focos puntiformes en sustancia blanca subcortical. Probable origen isquémico crónico. RNM de columna lumbar: discartrosis lumbar sin radiculopatía L4-L5 y L5-S1. Colonoscopia: normal. Ecocardiografía: normal. Eco-doppler de TSA: normal. Broncoscopia: normal. Lavado broncoalveolar: citología muestra aisladas células histiocitarias con discreto infiltrado inflamatorio agudo neutrofílico. No células sugestivas de malignidad. Bas: gram y cultivo negativos. Bk negativo. Espirometría normal. TAC tórax: adenopatías mediastínicas e hiliares bilaterales e incontables nódulos pulmonares, aumentados de tamaño respecto a TAC previo. Biopsia trasbronquial: antracosis.

Comenta que su pareja es diagnosticada de TBC. Cirugía torácica HV. Macarena: videotoracoscopia con biopsia pulmonar y ganglionar mediastínica: nódulos fibrosos residuales. Bullas enfisematosas. Interferón gamma positivo (0.48).

Juicio clínico: tuberculosis pulmonar activa no bacilífera. Inicia tratamiento con Rimstar 2 meses + Rifinah 4 meses, con buena evolución.

Conclusiones

A veces es difícil llegar al diagnóstico de TBC, dado que podemos obtener pruebas tuberculosas negativas, planteándose diagnóstico diferencial de carcinoma. Importante la determinación de interferón gamma específico de m. Tuberculosis, con alta sensibilidad y especificidad moderada de tuberculosis.

Palabras Clave

Tuberculosis, interferon gamma.

Varón con disnea, pérdida de peso y edematización de tórax y brazo izquierdo

Domínguez Sánchez P, Cabello Orozco C, Vílchez Cobos Á

Urgencias Hospital Jerez de la Frontera. Cádiz

Ámbito del caso

Urgencias hospitalarias.

Motivos de consulta

Derivado desde atención primaria por disnea, aumento de consistencia de piel de flanco torácico izquierdo y edematización importante de cuello y brazo izquierdo de una semana de evolución. Pérdida de 15 kilos en 6 meses.

Historia clínica

Varón de 36 años sin alergias medicamentosas. Fumador de 20 cigarrillos/día. No antecedentes personales.

Exploración física: aceptable estado general, palidez cutánea, eupnico en reposo. No focalidad neurológica. Adenopatía supraclavicular derecha e izquierda no dolorosas ni adheridas. ACR: tonos rítmicos. Hipoventilación en hemitórax izquierdo. Aumento de tamaño de miembro superior izquierdo y hemitórax izquierdo con respecto al derecho, piel empastada, circulación colateral. Abdomen: globuloso, estrías cutáneas, molestias a la palpación de flanco izquierdo. No edemas en miembros inferiores. TA: 161/96 mmHg, Tª 35,2°C, saturación oxígeno 95%. Analítica anodina. Gasometría venosa: PH 7.277, PCO2 59,6 mmHg, hco3 26.9 mmol/l. RX tórax: derrame pleural masivo en hemitórax izquierdo, desplazamiento de mediastino hacia la derecha. ECG: anodino. Ingresó en medicina interna por derrame pleural masivo izquierdo y síndrome de vena cava superior.

Enfoque familiar y comunitario: convive con su madre. Trabaja en el extranjero, no acude a su médico con regularidad.

Evolución: tras su ingreso, en toracocentesis líquido pleural de aspecto turbio, leucocitos 11409 (98% mononucleadas), hematíes 3000, glucosa 122, proteínas 4,6 g/dl, LDH 421. Ada 44,8. PH 7,33. Inmunología líquido pleural: compatibilidad con linfoma linfoblástico T. Se trasladó a hematología. TAC cuello-tórax-abdomen: múltiples adenopatías en cadenas ganglionares, voluminosa masa mediastínica, derrame pleural izquierdo. Obstrucción de vena innominada y probable trombosis yugular interna. Estudio médula ósea: compatibilidad con linfoma linfoblástico T. Pet-TAC: extensa afectación linfática supra e infradiafragmática, de partes blandas y médula ósea. Derrame pleural izquierdo. Probable estadio metabólico IV. Se inició tratamiento hyper-cvad tras primer ciclo se decidió el alta y seguimiento en consulta.

Juicio clínico: linfoma linfoblástico t. Derrame pleural izquierdo masivo. Síndrome de vena cava superior. Posible trombosis de vena yugular interna.

Conclusiones

Presentamos un caso que precisa seguimiento estrecho por su médico de atención primaria por posibles complicaciones y progresión de la enfermedad. Es importante la comunicación entre el médico de atención primaria y ámbito hospitalario para un manejo adecuado.

Palabras Clave

Lymphoblastic lymphoma t, superior vena cava syndrome, hematology.

Síndrome confusional maligno

Neila López M¹, González Aguilera J², Ambrona García E²

¹ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Infanta Elena. Bollullos del Condado (Huelva)

² MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Infanta Elena. CS El Torrejón. Huelva

Ámbito del caso

Urgencias hospitalarias.

Motivos de consulta

Desorientación espacial y agitación.

Historia clínica

Varón de 63 años.

Antecedentes personales: fumador 40cig/día. Exbebedor. HTA, dislipemia. Obeso. EPOC. FA permanente. Mal cumplidor de tratamiento. Cardiopatía isquémica en 2013. AVC cardioembólico en 2014 (secuela: fuerza disminuida en MID). Ateromatosis carotídea asintomática moderada.

Tratamiento habitual: aldactone, furosemida, amlodipino, bisoprolol, valsartan, rosuvastatina, omeprazol, rivaroxaban

Anamnesis: hace 3 días inicia cuadro súbito de desorientación temporo-espacial, inquietud, agresividad verbal, caídas frecuentes, pérdida del control de esfínter urinario y temblor. Niega pérdida de conciencia, cefalea, dolor torácico, disnea ni convulsión. Sin cambios en el tratamiento. Ausencia de traumatismo previo. Afebril. Además algias a nivel vertebral lumbar crónicas.

Exploración: BEG. Consciente, desorientado en las 3 esferas. Poco colaborador. Deshidratación leve. palidez. eupneico. sato2 90%, FC 84 lpm. ACR: arritmico a buena frecuencia, disminución del MV generalizada, espiración alargada, ronus aislados. Abdomen y MMII dentro de la normalidad. Exploración NRL dificultada por escasa colaboración del paciente.

Analítica urgencias: glucosa 300. Urea 60'3. Creatinina 1'27. Sodio 133. Cack 213. Troponina 39'96. hemograma y coagulación dentro de la normalidad. Orina: leucocitos 25, hematíes 150. ECG: FA a 90lpm. RX tórax: sin alteraciones. Se cursa ingreso en medicina interna. Analítica en planta: glucosa 276. Urea 82'8. Creatinina 1'73. Calcio 12. Hormonas tiroideas normales y serología VIH, VHB y sífilis negativas. VSG 35. TAC de cráneo y punción lumbar: sin alteraciones. Proteinograma: pico monoclonal IGG-lambda compatible con mieloma múltiple. Se contacta con hematología para estudio de médula ósea. Pendiente de resultados de mapa óseo, orina 24h para valorar proteinuria de Bence Jones y biopsia de médula ósea.

Evolución: el paciente evoluciona favorablemente desde su ingreso, recuperando el nivel de conciencia, con desaparición de temblores y agitación.

Juicio clínico: mieloma múltiple. Agitación psicomotriz posiblemente secundario a hipercalcemia en el contexto del mieloma. Debut diabético.

Tratamiento al alta: se continúa con el mismo tratamiento, dieta específica para DM y ADO. A la espera de resultados de PPCC para decidir tratamiento del mieloma.

Conclusiones

Importancia del manejo de pacientes con síndrome confusional agudo, valorando las posibles causas que puedan generarlo con el fin de establecer un tratamiento de la patología de base. Ante un cuadro confusional agudo, debemos plantearnos las alteraciones iónicas como posibles desencadenantes; teniendo en cuenta la facilidad para descartarlas con la petición de un análisis bioquímico. Tener presente el origen tumoral ante un paciente en el que detectemos una hipercalcemia, por posible síndrome paraneoplásico.

Palabras clave

Multiple myeloma. hypercalcemia. syndrome acute confusional

Insuficiencia suprarrenal inducida por acetato de megestrol

Soriano Fuentes S Hoyos Madrid J, Espinosa Medina J

Médico de Familia. CS Algeciras-Sur Saladillo. Cádiz

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de consulta

Nerviosismo, pérdida de peso, dolores generalizados.

Historia clínica

Mujer de 45 años sin alergias ni hábitos tóxicos. Trastorno adaptativo ansioso depresivo, gastroyeyunostomía por pólipos hamartomatosos gástricos en 2005. Anemia ferropénica tratada con hierro intravenoso (FERINJECT). Medicación actual: megestrol acetato (10 ml/24 h, desde hace años), levomepromazina 25 mg/24 h, clonazepam 2 mg /24 h, alprazolam 3 mg/12 h, mirtazapina 30 mg /24 h, ácido fólico 5 mg/24 h, omeprazol 40 mg/24 h.

Acude por nerviosismo, malestar generalizado, debilidad, anorexia, pérdida de peso, desde que no toma maygace altas dosis al no ser encontrarse en farmacias. A los dos días refiere encontrarse peor, apenas come, dolor generalizado, pensamientos de muerte, muy nerviosa, solicitando ayuda. No vómitos ni diarrea.

Exploración dificultosa por el estado mental de la paciente y la intranquilidad. No se le aprecian alteraciones cardiorrespiratorias, ECG sin alteraciones, TA: 90/60 mmhg, y la palpación abdominal solo ofrece molestias en epigastrio sin defensa ni masas. Se deriva al hospital siendo tratada con levomepromazina cada 8 h, dezacor 30mg y naproxeno 500mg. La paciente experimenta cierta mejoría pero persiste la anorexia y la debilidad.

Analítica preferente en el centro: GOT 158 u/l, GPT 234 u/l, sodio 140 meq/l, potasio 4.4 meq/l. TSH 7.42, cortisol basal 1.10 micrg/dl (6.2 19.4 micrg/dl). HB 11.9 g/dl. HTACO. 36 %, ferritina 594.5 ng/ml, cortisol libre orina de 24 horas 2 micrg/24h (36-137).

Evolución: la paciente vuelve a tomar megestrol una vez disponible en farmacias, recuperando el apetito, y desapareciendo la sintomatología inicial. Se deriva a endocrino para valoración, tratamiento sustitutivo y suspensión del megestrol.

Enfoque familiar y comunitario: vive con su marido y dos hijos con buena relación entre los miembros así como con una hermana encargada de acompañarla en este periodo.

Conclusiones

Implicación del acetato de megestrol en el desarrollo de una insuficiencia suprarrenal o un síndrome de Cushing, debido a una acción antagonista o agonista débil por el receptor de glucocorticoides.

Palabras clave

Adrenal, insufficiency, megestrol.

El alcoholismo, un importante problema de salud

Martínez Cabello R¹, González Armayones M², Jiménez Fernández L³

¹ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital La Merced. Osuna (Sevilla)

² Hospital La Merced. Osuna (Sevilla)

³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Herrera. Sevilla

Ámbito del caso

Atención hospitalaria.

Motivos de consulta

Pancreatitis aguda que deriva en parada cardiorrespiratoria por arritmia maligna (fibrilación ventricular) que se logra cardiovertir.

Historia clínica

Varón de 54 años, sin alérgicas medicamentosas, fumador activo de 40 cigarros al día, consumidor de marihuana, enolismo activo severo. Niega: HTA, dislipemia y diabetes mellitus. No tratamiento habitual. Enfermedad actual: dolor abdominal agudo de 2h de evolución localizado en epigastrio irradiado a hipocondrio derecho acompañado de vómitos.

Exploración física (urgencias): regular estado general, consciente, sudoración profusa; auscultación cardiorrespiratoria: sin hallazgos; abdomen doloroso a la palpación en epigastrio con ruidos hidroaéreos disminuidos. Temperatura: 36°C, tensión arterial: 180/100 mmHg, frecuencia cardíaca: 90 lpm.

Pruebas complementarias: análisis sanguíneo (urgencias): hemoglobina 20, leucocitos 18.370, GOT 151, LDH 1863, amilasa 680, lipasa 1619, potasio 2.61, PCR 183.67. Electrocardiograma: ritmo sinusal a 90 lpm, eje normal, Q en III, R prominentes en precordiales. Radiografía de tórax: no derrames ni condensación, tórax de apariencia enfisematoso. TAC abdomen: pancreatitis aguda.

Juicio clínico: pancreatitis aguda.

Enfoque familiar y comunitario: actualmente se encuentra en paro y presenta dificultades económicas por lo que ha aumentado la ingesta de alcohol.

Evolución: ingresa en medicina interna donde sufre una pérdida del nivel de conciencia y rigidez generalizada prosiguiendo una parada cardiorrespiratoria por fibrilación ventricular que precisa 3 descargas y adrenalina efectivas. Se deriva a UCI donde se elevan cifras tensionales precisando betabloqueantes. Tras el alta el paciente acude a consulta de atención primaria, ha disminuido la ingesta de alcohol y de tabaco, hace ejercicio moderado, refiere sentirse asustado.

Plan de actuación: evitar alcohol, ejercicio físico, dieta baja en grasas, fritos y baja en sal, tratamiento con carvedilol 25mg c/12h, enalapril 20 mg al día.

Conclusiones

El alcoholismo es un problema social importante hoy en día, el exceso de alcohol produce, entre otras cosas, alteraciones digestivas (pancreatitis aguda) y desequilibrios hidroelectrolíticos (hipomagnesemia que puede causar debilidad, calambres musculares, arritmia, temblores). El médico de familia debe pensar en el alcoholismo como un importante factor de riesgo vascular que disminuye la calidad y esperanza de vida, además deteriora a los familiares que tienen que convivir con estos enfermos.

Palabras clave

Arrest, caridiopulmonary; acute necrotizing pancreatitis; alcoholism.

Encuesta sobre el conocimiento y la disponibilidad para la aplicación de un buen método diagnóstico y seguimiento de la HTA

Bellido Moyano C¹, Rodríguez Guerrero E², Moreno De Juan C³, Arias Vega M⁴, Martín Rioboó E⁵, Pedrosa C⁶

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Lucena I. Córdoba

² Médico de Familia. CS Lucena I. Córdoba

³ Médico de Familia. CS Lucena II. Córdoba

⁴ Médico de Familia. CS Priego de Córdoba. Córdoba

⁵ Médico de Familia. CS Priego De Córdoba

⁶ Médico de Familia. CS Rute. Córdoba

Introducción

La HTA es una enfermedad silente con una prevalencia del 20-30 % de la población general. Son conocidos las repercusiones que producen cifras tensionales elevadas mantenidas sobre los diferentes órganos. Para evitar el síndrome de la bata blanca y errores diagnósticos de HTA en pacientes con cifras tensionales aisladas elevadas, y según recogen las guías de práctica clínica, el diagnóstico y seguimiento de pacientes hipertensos, debería de realizarse con automedidas de presión arterial domiciliaria y monitorización ambulatoria de la presión arterial.

Objetivos

El objetivo principal es conocer la posibilidad de la realización de AMPA (automedidas de presión arterial domiciliaria) y mapa (monitorización ambulatoria de la presión arterial) en la práctica clínica diaria de la consulta de atención primaria de nuestro país. Como objetivo secundario, describir el conocimiento y la actitud que presentan los profesionales ante el manejo de estos métodos diagnósticos.

Diseño

Es un estudio observacional descriptivo transversal, mediante encuesta.

Emplazamiento

Población: profesionales médicos de atención primaria de centros de salud del sistema de salud nacional que quieran participar de forma voluntaria.

Muestra: muestreo intencional, enviando el cuestionario a los miembros de las dos sociedades científicas de médicos de atención primaria de mayor relieve en nuestro país (SEMFYC Y SEMERGEN).

Material y métodos

Se requerirán 1.068 sujetos para obtener un error muestral del 3%, un nivel de confianza del 95% y asumiendo una proporción de disponibilidad de mapa y AMPA del 50%.

Variables/fuentes de información: la encuesta consta de tres partes: 1) datos demográficos y laborales (años de experiencia, provincia, centro de salud...), 2) conocimiento sobre la materia en cuestión, 3) disponibilidad de AMPA y mapa en los centros de salud.

La encuesta online es elaborada mediante google-drive. Análisis estadísticos:

Los datos serán recogidos en Excel y se realizará el análisis estadístico con SPSS.

Se hará una estadística descriptiva e inferencial, para comprobar que variables independientes se asocian con la disponibilidad del AMPA/mapa. Para ello se usarán test de contraste de hipótesis como la T de Student (previa comprobación de normalidad mediante el test de Shapiro-Wilk), Ji-cuadrado o test exacto de Fisher ($p < 0,05$, contrastes bilaterales). En caso que se estime oportuno, se hará un análisis multivariado (regresión logística múltiple).

Aplicabilidad

En estudios anteriores se ha visto que el diagnóstico y seguimiento de los pacientes hipertensos mediante AMPA y mapa supone una predicción pronóstica muy superior a la toma de PAC. Por lo que, cumpliendo con las guías de práctica clínica, se tendrá en cuenta la factibilidad de sus recomendaciones y la validez externa de sus propuestas. Si el resultado, como es previsible, indica que no existe disponibilidad real de mapa en muchos centros de AP, se debería realizar una recomendación complementaria con alguna técnica que estuviera disponible en las consultas clínicas y/o de AP.

Aspectos ético-legales:

Las encuestas realizadas serán anónimas, se someterán a la aprobación del comité de ética de investigación clínica del hospital reina Sofía de Córdoba, y estarán sujetas a la ley orgánica de protección de datos (LOPD).

Palabras clave

Hypertension; primarycare; epidemiology

Evaluación del programa de detección precoz del cáncer de cérvix en mujeres entre 18 y 65 años en atención primaria

Ruiz Díaz G¹, Ortega Blanco J², Guevara Barroso V¹, Parra Valderrama A¹, Gil Cañete A³, Pedregal González M⁴

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Molino de la Vega. Huelva

² Médico Director. UGC Molino de la Vega. Huelva

³ Médico de Familia. UGC Molino de la Vega. Huelva

⁴ Unidad Docente. Huelva

Objetivos

Determinar la cobertura real del screening de cáncer de cérvix en el centro de salud. Relación entre la patología detectada y la edad. Describir si la periodicidad de realización de citologías es correcta según el proceso. Analizar la frecuencia y el grado de la patología detectada.

Diseño

Estudio observacional descriptivo.

Emplazamiento

Atención primaria. Centro de salud urbano.

Material y método

384 mujeres de mujeres de 18-65 años. Obtención de datos de historia de salud digital de DIRAYA.

Análisis estadístico: variables cuantitativas: media, desviación típica y comparación de medias.

Variables cualitativas porcentajes y chi-cuadrado. Se verificaron previamente las condiciones de aplicación.

Resultados

El 48% de las mujeres no están incluidas en el proceso de cáncer de cérvix. La periodicidad con la que se realizan las citologías es correcta en un 48,8% de las mujeres. Se detectaron 5 casos de patología en la muestra. No hay diferencias estadísticamente significativas entre la patología y la edad ($p=0.317$).

Conclusiones

Menos de la mitad de las mujeres en riesgo están incluidas en el proceso. Tanto frecuencia como grado de enfermedad son bajos. No hay diferencias estadísticamente significativas entre la edad y la patología detectada.

Palabras clave

Cervical cancer, Cancer screening, Primary care.

Complicaciones de una úlcera corneal

Mateos Velo L¹, Carrillo Abadía I², Díaz Saborido A³

¹ Médico de Familia. CS Madroño. Sevilla

² Médico Urgencia. Hospital Riotinto. Huelva

³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Valverde del Camino. Huelva

Ámbito del caso

Atención primaria, urgencias hospitalarias, oftalmología.

Motivos de consulta

Traumatismo ocular.

Historia clínica

Enfoque individual: varón 76 años, sin alergias conocidas, infarto de miocardio posterior. EPOC. Intervenido de cataratas en ambos ojos y de hernia inguinal.

Anamnesis: traumatismo en ojo izquierdo por golpe con una jara, presentando dolor, disminución de la agudeza visual y lagrimeo intenso.

Exploración: buen estado general, edema y laceración párpado superior izquierdo. Agudeza visual a 3 metros, ve 1 dedo, 2 y 3, fotofobia leve, lagrimeo, hiperemia conjuntival. Tras tinción con fluoresceína se observa úlcera corneal a las 10 horas.

Enfoque familiar: paciente jubilado, vive con su mujer que es su principal cuidador.

Juicio clínico: úlcera corneal.

Diagnóstico diferencial, complicaciones: cuerpo extraño, posibles sobreinfecciones, mala cicatrización.

Tratamiento: tobramicina 2 gotas cada 8 horas, oclusión ocular 24 horas, paracetamol si dolor, pomada oculoepitelizante cada 8 horas.

Evolución: acude a las 24 horas a revisión a nuestro centro de salud, se observa disminución de la úlcera, pero persiste el dolor, no observo cuerpo extraño, indico continuar con pomada oculoepitelizante y revisión en 2 días. A los 2 días, la úlcera ha desaparecido pero presenta dolor intenso, malestar general y fiebre y depósitos en cámara anterior a modo de perlas dispersas. Por tanto se remite a urgencias hospitalarias donde es valorado por el oftalmólogo. Donde sospecha endoftalmitis postraumática. Se realiza extracción de material inflamatorio y posibles cuerpos extraños de cámara anterior, que se envía a cultivo. Se le recomienda tratamiento con antibiótico vía tópica y corticoides. Se plantea capsulotomía en 1 o 2 meses, si no recupera la visión se realizará vitrectomía.

Conclusiones

Se ha reportado la presencia de endoftalmitis traumática en 5-14 % y aumenta su incidencia con la presencia de cuerpo extraño intraocular al 30%. La reparación inmediata y el uso de antibióticos por vía tópica, intravítrea y sistémica, vitectomía precoz de forma individualizada, son estrategias de conducta convenientes y determinantes para la supervivencia y calidad visual. Por tanto es fundamental que el médico de atención primaria detecte signos de alarma, inicie tratamiento antibiótico y derive para valoración oftalmológica.

Palabras clave

Corneal ulcer, complication, endophthalmitis

Eficacia de una intervención socioeducativa en atención primaria para mejorar los activos en salud mental

Martín Afán De Rivera A¹, Valenzuela López M², Baena Martín A³, Padilla Ruiz F², Rodríguez Juárez M⁵, López Pena C⁶.

¹ Trabajadora Social. CS Salvador Caballero. Granada

² Médico de Familia. CS Salvador Caballero. Granada

³ Psicóloga. Gabinete PsicoFem. Granada

⁴ Enfermera. CS Salvador Caballero. Granada

⁵ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Salvador Caballero. Granada

Introducción

Los grupos socioeducativos (GRUSE) son una actividad de promoción de la salud destinados a fomentar los activos en salud mental mediante una estrategia grupal. Potencia talentos y habilidades personales para un afrontamiento saludable de las dificultades de la vida cotidiana, desarrolla herramientas para evitar el aislamiento social y eleva la autoestima y seguridad de las participantes influyendo sobre los determinantes en salud. Esta actividad forma parte del plan integral de salud mental de Andalucía (PISMA) se organiza en 8 sesiones/grupo con unas 15 participantes/grupo. El perfil de población al que se dirige son mujeres adultas que presentan síntomas inespecíficos de malestar físico y/o emocional sin explicación fisiológica aparente junto a una percepción de incapacidad para manejar situaciones adversas. Estos grupos, se iniciaron de forma pionera por las trabajadoras sociales de Málaga y Jerez, también se ha iniciado este abordaje en Úbeda, Sevilla, Vélez-Málaga, Almería..., tratando de dar respuesta a una demanda detectada por profesionales y sentida por algunos segmentos de población. Esta experiencia se ha transferido a los centros de salud de Andalucía como modelo de buenas prácticas. Esta actividad se desarrolla desde 2014 de forma multicéntrica en nuestro centro (CS) y en otros dos más por parte de la trabajadora social. Se han realizado 2 grupos/año lo que supone hasta el momento actual unas 72 mujeres sin que hayamos analizado la eficacia de la intervención en nuestro medio ni el impacto en salud de esta estrategia

Objetivos

Objetivo: analizar la eficacia de esta intervención a corto, medio y largo plazo. Evaluar el impacto en la salud de las mujeres.

Diseño

Diseño estudio cuasi-experimental antes-después.

Emplazamiento

Emplazamiento estudio multicéntrico en 3 CS urbanos.

Material y métodos

Material y métodos se incluyen las mujeres que han participado en grupos GRUSE en 2014-2016. Variables de estudio: edad, formación, situación laboral, procedencia de la derivación a los grupos, fidelidad de los integrantes en los grupos (número que inicia y termina), percepción del estado de salud, red de apoyo, escala Goldberg de ansiedad-depresión, consumo de fármacos, visitas a médico. Se realiza encuesta autocumplimentada antes y después de la intervención y encuesta telefónica a los 6 y 12 meses posteriores. Se analizarán los datos con SPSS.

Aplicabilidad

Aplicabilidad queremos conocer el perfil de mujeres que participan en estos grupos socioeducativos y valorar la utilidad de esta intervención en nuestro medio evaluando el impacto en salud de las mujeres participantes.

Aspectos ético-legales:

Conflictos ético-legales: no existen conflictos de interés por parte de los autores participantes. No se hará uso de los datos privados fuera del ámbito del estudio.

Palabras clave

Activos en salud, Mujeres, Grupos socioeducativos

A propósito de un caso. Dolor abdominal en paciente frágil

Delgado Vidarte A¹, García Ruíz C², Montilla Álvaro M²

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Torrejón. Huelva

² MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Torrejón. Huelva

Ámbito del caso

Atención primaria- hospitalaria.

Motivos de consulta

Paciente que consulta por astenia generalizada y dolor abdominal.

Historia clínica

Antecedentes personales: varón 79 años. Intolerancia a betaloqueantes, aminoglucósidos, quininas, benzodiacepinas, penicilamina, hipnóticos (desencadenan crisis miasténicas) ex fumador. HTA. DLP. Infecciones tracto urinario (ITU) de repetición. Insuficiencia renal crónica. Miastenia gravis generalizada diagnosticada en 2013. Crisis miasténica precipitada por fármacos. Adenoma tubulovelloso (displasia de alto grado) extirpado en colonoscopia en 2015. intervenido carcinoma urotelial bajo grado. Hace unos tres días se realiza colonoscopia, reseccionandose pólipo milimétrico.

A la exploración mal estado general, decaído, deshidratado. Hipotenso (sistólica 73; diastólica 46), taquicardico. Afebril. Auscultación anodina. Abdomen distendido con defensa generalizada, timpánico.

Diagnóstico diferencial: la causa más frecuente de dolor abdominal quirúrgico en anciano es la colecistitis. La oclusión intestinal y la pancreatitis son cinco veces más frecuentes en el anciano. Además debemos de descartar apendicitis, diverticulitis, causas vasculares y perforación. En el caso de nuestro paciente, ante los antecedentes de colonoscopia y la exploración abdominal, lo más probables era perforación intestinal.

Plan de actuación: se deriva a su hospital de referencia, para realización de pruebas complementarias.

Evolución: en urgencias se realiza analítica, orina y pruebas de imagen. Destaca leucocitosis con desviación a la izquierda, coagulación alargada, leucocituria. En radiografía se visualizan imagen compatible con neumoperitoneo. Cirugía realiza intervención Hartmann, con buena evolución posterior.

Juicio clínico: perforación intestinal.

Conclusiones

En atención primaria es importante la realización de una buena anamnesis y exploración física. Debemos diferenciar entre dolor abdominal agudo y abdomen agudo. Un alto porcentaje de abdomen agudo tiene indicación quirúrgica de urgencias.

Palabras clave

Abdominal pain, asthenia.

¿Qué tipo de síncope deben preocuparme?

Neila López M¹, Moreno Obregón F², García Sardón P³

¹ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Infanta Elena. Bollullos del Condado (Huelva)

² MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Infanta Elena. CS Cartaya. Huelva

³ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Infanta Elena. Bollullos del Condado (Huelva)

Ámbito del caso

Atención primaria. Urgencias hospitalarias.

Motivos de consulta

Episodio sincopal.

Historia clínica

Varón de 74 años.

Antecedentes: dislipemia. HBP. Paquipleuritis, TBC residual. Pancreatitis en 2008. Dolor torácico en 2009 sin movilización de enzimas, ausencia de cambios eléctricos y ergometría negativa. Tratamiento habitual: AAS 300mg, sumial 100mg, valsartan 80mg, atorvastatina 80mg, omeprazol 20mg.

Anamnesis: paciente que mientras estaba en la sala de espera de su centro de salud para consultar por un cuadro catarral, sufre un episodio de pérdida de conciencia de 3-6 minutos de duración, con pródromos de sudoración profusa e inestabilidad; recuperándose espontáneamente y sin secuelas. Realizan un ECG donde se detecta racha de bloqueo AV Mobith 2, además de un bloqueo AV de primer grado ya conocido. Niega transgresiones en la toma de la medicación. No ha presentado episodios similares previamente.

Exploración: BEG. COC. BHYP. Normocoloreado. Eupneico en reposo. Tolera decúbito. ACR: rítmico a buena frecuencia, sin soplos, BMV sin ruidos patológicos. Abdomen, MMII y exploración neurológica dentro de la normalidad.

Pruebas complementarias: ECG: ritmo sinusal con bloqueo AV de primer grado. RX: índice cariotorácico dentro de la normalidad. Hemograma: series normales. Bioquímica: glucosa 101, urea 29, CR 1'01, iones y enzimas cardíacas normales. Función renal y hepática, hormonas tiroideas normales. HDL 29, LDL 66, colesterol total 120. Ecocardiografía: patrón de llenado ventricular izquierdo compatible con alteración de la relación. Resto dentro de la normalidad. Holter de ritmo: ritmo sinusal con PR largo, 69lpm. Múltiples episodios Mobith 1 y 14 episodios de bloqueo AV Mobith 2 con bloqueo 2:1.

Juicio clínico: síncope de perfil cardiogénico. Bloqueo AV de segundo grado tipo Mobith 2.

Evolución: favorable durante el ingreso, sin presentar dolor torácico, disnea ni cuadro sincopal, con estabilidad hemodinámica.

Tratamiento: implantación de marcapasos definitivo.

Conclusiones

El síncope es un motivo de consulta muy frecuente en urgencias, siendo posible llegar a un diagnóstico del mismo en el 50% de los casos apoyándonos en la historia clínica, la exploración y el electrocardiograma, sin que sea necesario la realización de otras pruebas complementarias. Cuando nos encontramos ante un paciente con síncope, debemos cerciorarnos de que realmente cumple los criterios diagnósticos del mismo. Posteriormente, realizaremos una anamnesis dirigida teniendo en cuenta los posibles desencadenantes, la existencia de pródromos, el ambiente en el que se produce, la duración del mismo...a fin de determinar la causa del cuadro sincopal. Por último, determinaremos la existencia de criterios de alto riesgo para muerte o evento cardiovascular, que requerirán ingreso o seguimiento intensivo del paciente.

Palabras clave

Syncope.arrhythmia,cardiac. Directed medical history.

Cariño, hoy no, me duele la cabeza

Mateos Fajardo A¹, Pena Sánchez I², Jurado Orellana J³

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Benito. Cádiz

² MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Benito. Cádiz

³ EAP Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Benito. Cádiz

Ámbito del caso

La cefalea es uno de los motivos más frecuentes de consulta en los servicios de urgencias. La características de la misma, así como su localización y factores desencadenantes, puede orientarnos muchas veces en su etiología así como su pronóstico.

Motivos de consulta

Cefalea súbita desde hace 1 hora, de predominio en región frontal y que comienza tras actividad sexual.

Historia clínica

Varón de 44 años, sin RAMC, fumador activo de unos 30 cig/día y sin otros AP de interés, que consulta por cefalea frontal, de inicio brusco tras mantener relaciones sexuales y de aproximadamente 1 hora de duración.

A la exploración el paciente presenta BEG, aunque aquejado de dolor en región frontal y que lo describe como "dolor muy intenso y que nunca antes había padecido". TA: 150/107. FC: 85 lpm. ACP: tonos rítmicos a buena frecuencia sin soplos. MVC sin ruidos patológicos. Neurológico: Glasgow 15/15. PINRLA. PPCC. No rigidez de nuca ni focalidad neurológica.

Análítica: hemograma, bioquímica y coagulación normal. Se pauta tratamiento analgésico IV y ante el inicio súbito del cuadro y la escasa mejoría se decide solicitar TAC sin contraste de cráneo con los siguientes hallazgos: reseñar cierta hiperdensidad alrededor del polígono de Willis y alrededor de los trayectos de las dos arterias cerebrales como en línea interhemisférica anterior, en relación con sangrado a estudio. Se visualiza dilatación aneurismática de morfología sacular a nivel de acoa con unas dimensiones de 4.6mm con un cuello de 2.4mm. Conclusión: HSA FISHER III con aneurisma sacular a nivel de acoa.

Se contacta con hospital con equipo de neurocirugía de referencia, donde se deriva al paciente y se realiza embolización de aneurisma de aco a por vía femoral derecha sin complicaciones.

Conclusiones

La HSA es una emergencia neurológica con una morbimortalidad elevadas que, en la actualidad, se estima entre el 10 y el 24%. De las HSAS espontáneas, el 75-80% son secundarias a la ruptura de un aneurisma cerebral. Otras causas: MAV, tumores cerebrales, trastornos de la coagulación y de la pared vascular. Incidencia: 6-7/100.000 hab./año, aunque existen lugares como Finlandia y Japón donde se triplican.

Palabras clave

Cefalea / headache, Hemorragia subaracnoidea / subarachnoid hemorrhage, Aneurisma intracraneal / intracranial aneurysm

Atención a la patología oftálmica

Martínez Cabello R¹, Jiménez Fernández L², González Armayones M²

¹ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital de la Merced. Osuna (Sevilla)

² Hospital de la Merced. Osuna (Sevilla)

Ámbito del caso

Atención hospitalaria.

Motivos de consulta

Alteración de la visión por destellos luminosos, más predominante en ojo izquierdo, acompañada de cefalea temporal de una semana de evolución. No disminución de la agudeza visual aunque ha presentado 2 episodios de pérdida transitoria de visión por el lado izquierdo.

Historia clínica

Mujer de 37 años sin alergias medicamentosas, fumadora de 15 cigarrillos/día, niega hábito enólico, hipertensión de 15 años de evolución, glucemia basal alterada, sobrepeso (IMC 27%). Medicación crónica: atenolol 50 mg.

Exploración física: anodina.

Pruebas complementarias: fondo de ojo: edema de papila agudo más manifiesto en ojo izquierdo; TAC cráneo: sin hallazgos; punción lumbar: cristal de roca, presión de apertura 50mmhg, sin células y proteínas 24.5; cultivo LCR negativo; angio RMN y RMN cráneo: sin hallazgos; mapa-24h: tensión arterial media 114/68 mmhg y frecuencia cardíaca 61 lpm tomando atenolol, respuesta circadiana: patrón Dipper; analítica de sangre: hemograma: normal salvo leucocitos 12880 (80% neutrófilos), coagulación y gasometría venosa normal, bioquímica: glucosa 133, TG 413, LDL-c 102, HDL-c 26, cortisol basal y PTH 25-oh normal, filtrado glomerular normal; analítica de orina: leucocitos 500

Juicio clínico: hipertensión Intracraneal idiopática (pseudotumor cerebri).

Diagnóstico diferencial: tumor/absceso cerebral, trombosis del seno cavernoso, hemorragia cerebral, meningitis, encefalitis.

Enfoque familiar y comunitario: la paciente vive con su esposo y tiene 2 hijos pequeños de 6 y 2 años, el 1º por fecundación in vitro. Reside en un entorno urbano, bien comunicado.

Plan de actuación: control de factores de riesgo cardiovascular (dejar de fumar, dieta hiposódica, hacer deporte al menos caminar 30-60 min/día), acetazolamida 500mg 1 comprimido c/12h, atenolol 50 mg/día, metformina 850 mg ½-0-1/2

Evolución: la paciente evolucionó favorablemente durante la hospitalización, pero presentó cifras de glucemias elevadas que hacen sospechar de un debut diabético que precisan de tratamiento oral y medidas higiénico-dietéticas.

Conclusiones

Una de las patologías más frecuentes por la que acuden los pacientes a consultas de atención primaria es la oftálmica; destacando la pérdida de agudeza visual, el ojo rojo y los cuerpos extraños. Dada su gran relevancia, es importante que los médicos de atención primaria estén preparados para enfrentarse a esta patología y sospechen las causas que la pueden producir.

Palabras clave

Visión disorder; headache disorder, secondary; papilledema.

Doctora, creo que esto no es una gastroenteritis normal

Matamoros Contreras N¹, Escribano Tovar Á², Cotrina Martínez F³

¹ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Merced. Cádiz

² MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Merced. Cádiz

³ UGC Medicina Física Y Rehabilitación. HUPM. Cádiz

Ámbito del caso

Servicio de urgencias.

Motivos de consulta

Rectorragia y dolor abdominal.

Historia clínica

Varón de 34 años con antecedentes de dispepsia con *Helicobacter Pylori* positivo. En tratamiento con omeprazol. Acude por deposiciones pastosas y negras acompañadas de sangre roja desde ayer, junto con dolor abdominal localizado en epigastrio y malestar general. Asocia náuseas sin vómitos y fiebre. Sin pérdida de peso ni anorexia.

Exploración: buen estado general. Mantiene buenas constantes. Abdomen blando y depresible, doloroso a la palpación en fosa ilíaca derecha y levemente en hipogastrio, ruidos hidroaéreos conservados. En el TAC to rectal presenta dedil manchado de restos hemáticos.

Pruebas complementarias: analítica con leucocitosis y neutrofilia, ligero aumento de reactantes de fase aguda, GPT 48, GOT 29. Ecografía abdominal: imagen de pseudorriñón en flanco derecho que parece corresponder con un asa de intestino delgado inflamada, con disminución del peristaltismo; descartar la posibilidad de Gist o linfoma. TAC abdominal: cambios inflamatorios de origen apendicular de probable carácter subagudo y otros hallazgos compatibles con Gist.

Juicio clínico: probable Gist.

Diagnóstico diferencial: brucelosis, infección parasitaria, úlcera gástrica, linfoma. Paciente independiente para todas las actividades de la vida diaria. Vive con su esposa. El paciente ingresó para estudio y tratamiento.

Actualmente el paciente presenta estabilidad clínica digestiva. Se realizó coprocultivo y toxina de C. Difficile que fueron negativos.

Conclusiones

La patología abdominal es un motivo muy frecuente de consulta. Es importante enfocar bien el caso, haciendo hincapié en antecedentes personales y familiares, e ir desde el diagnóstico más frecuente, como puede ser una gastroenteritis, pero sin olvidar otras patologías que justifiquen el cuadro, como puede ser un proceso neoplásico. El tumor del estroma gastrointestinal (Gist), es uno de los tumores mesenquimales más frecuentes del tracto gastrointestinal y puede cursar con disfagia, dolor abdominal y hemorragia digestiva.

Palabras clave

Tumor, diarrea, abdominal pain.

Apendicitis aguda flemonosa retrocecal

Ríos Carrasco M¹, Narváez Martín A²

¹ CS Cartaya. Hospital Infanta Elena. Huelva

² CS Marchena. Complejo Hospitalario de Osuna. Sevilla

Ámbito del caso

Atención hospitalaria.

Motivos de consulta

Dolor intermitente en fosa ilíaca derecha e hipogastrio de meses de evolución, que se repiten con mayor frecuencia en los últimos meses, de mayor intensidad, inicio brusco, con sudoración y náuseas sin vómitos, sin relación con la ingesta ni con las deposiciones ni con la ovulación. El dolor cede con analgesia habitual (ibuprofeno). Deposiciones normales sin productos patológicos, no pérdida de peso ni astenia, afebril. FUR: menstruando. Consultó en dos ocasiones anteriores por el mismo cuadro, recibiendo alta domiciliaria con tratamiento analgésico. En controles analíticos destaca: ácido úrico 1.8, plaquetas 54.000. PCR 0.9. Linfocitos 17.800. Resto normal.

Historia clínica

Mujer de 24 años sin alergias medicamentosas. No AP de interés. Plaquetopenia en estudio. No hábitos tóxicos. No IQ previas. Es la tercera vez que acude a urgencias por el mismo cuadro en un mes.

Exploración física: abdomen depresible, sin masas ni megalias, sin signos de irritación peritoneal, doloroso a la palpación de fíd e hipogastrio, Blumberg dudoso, Murphy negativo.

Constantes vitales: TA 127/76. Sato2 99%. FC 79lpm. Analítica: leucocitos 12.600. PCR 0.9. Plaquetas 67.000. Ecografía abdominal: masa de difícil valoración (apéndice vs ovario derecho), sin observarse claramente proceso apendicular. TAC abdominal con contraste IV: imagen de aproximadamente 12x15mm, en punta apendicular, ovalada con ecoestructura interna heterogénea, de difícil valoración sin lograr individualizarse elapéndice cecal. Ligero aumento de tamaño del ovario derecho con respecto al izquierdo sin lesiones en su interior, esplenomegalia de 13.5cm sin lesiones significativas. Resto normal. Ecografía transvaginal: se descarta causa ginecológica. La paciente ingresa en planta, dieta absoluta, inicia cuadro de fiebre (38.4°C), náuseas sin vómitos y persistencia del dolor en fíd. Laparoscopia diagnóstica: bajo anestesia general, con profilaxis antibiótica,apéndice adherido a peritoneo parietal y fibrina circundante, se realiza apendicectomía de 7cm.

Juicio clínico: apendicitis aguda flemonosa retrocecal, con buena evolución postquirúrgica y resolución del cuadro.

Conclusiones

Con respecto a la posición delapéndice: la descendente interna aparece en el 44%, la externa 26%, la interna ascendente 17% y la retrocecal 13%. Estas distintas situaciones y posiciones que adquiere elapéndice nos explican la variedad de zonas y puntos dolorosos que a veces dificultan el diagnóstico de apendicitis aguda.

Palabras clave

Appendix, phlegmonous apendicitis.

No todo mareo es un vértigo paroxístico benigno: encefalitis de Bickerstaff. Desde atención primaria a la planta de neurología

Geniz Rubio L¹, Salas Domínguez J²

¹ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Adoratrices. Huelva

² MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla

Ámbito del caso

Atención hospitalaria.

Motivos de consulta

Mareos e inestabilidad de la marcha tras proceso vírico gastrointestinal.

Historia clínica

Varón de 15 años sin alergias medicamentosas. Sin factores de riesgo cardiovascular. Niega hábitos tóxicos. Parálisis facial hace 2 años que se trató con corticoides. Intervenciones quirúrgicas: adenoidectomizado. No realiza tratamiento. Consulta en su centro de salud por mareos, inestabilidad de la marcha y vómitos, y se le administra primperam intramuscular. Vuelve a consultar, esta vez en servicio de urgencias de su hospital de referencia por presentar además, pérdida de fuerza en miembro superior izquierdo y alteración del habla.

Exploración física: anodina, sin focalidad neurológica. Constantes: temperatura: afebril. Tensión arterial: 127/69mmhg. Frecuencia cardíaca: 80 latidos/minuto. Saturación de oxígeno: 100 %. Analítica (urgencias): salvo neutrofilia del 81% normal las tres series. Valorado por otorrinolaringología (ORL) que evidencia nistagmo grado I a la izquierda y vertical, impresionando de neuronitis vestibular, e ingresa en su planta por dicho diagnóstico. Es trasladado a medicina interna (MI) tras descartar patología de ORL.

En mi evoluciona con un cuadro clínico consistente en bradipsiquia, hipotonía generalizada y oftalmoparesia bilateral. Es tratado como encefalitis vírica sin resultados y con diagnóstico provisional de Guillain-Barré. Se contacta con servicio de neurología que asume al paciente y tras la normalidad de las pruebas de imagen (tomografías cerebrales y resonancias magnéticas) y del análisis del líquido cefalorraquídeo (LCR), es diagnosticado de encefalitis de Bickerstaff por la semiología y descartando Guillain-Barré y síndrome de Fisher.

Juicio clínico: romboencefalitis de Bickerstaff.

Evolución: el paciente evolucionó favorablemente durante su hospitalización tras la administración de inmunoglobulina intravenosa y bolos de corticoides, recuperando las funciones superiores, el habla y la marcha en 3 semanas, siendo dado de alta. En espera de los resultados de los anticuerpos antigangliósidos para confirmar el diagnóstico.

Conclusiones

Es común en la consulta de atención primaria y servicios de urgencias la atención de cuadros vertiginosos, pero debemos estar atentos a aquellos signos y síntomas de alarma y derivar ante cualquier duda diagnóstica, dada la variabilidad de patologías que pueden cursar con un cuadro vertiginoso.

Palabras clave

Encephalitis, vertigo, Guillain-Barré, gangliosides.

Los pacientes también mienten

Correa Gómez V¹, Vasco Roa T², Mancilla Mariscal I³

¹ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Úbeda. Jaén

² Médico de Familia DCCU Úbeda. Jaén

³ Médico de Familia .Urgencias Hospital Úbeda. Jaén

Ámbito del caso

Atención primaria, urgencias hospitalarias y medicina interna.

Motivos de consulta

Vómitos de 14 días de evolución y alteración neurológica.

Historia clínica

Mujer de 36 años con síndrome de intestino irritable, colecistectomizada. Fumadora 10 paquetes/año, bebedora los fines de semana. Sin alergias medicamentosas ni tratamientos habituales. Divorciada, vive con su hijo de 9 años y la madre. Nivel sociocultural bajo. Asocia al cuadro de vómitos, epigastralgia irradiada a ambos hipocondrios, debilidad generalizada, mareo no rotatorio y visión borrosa.

En la exploración presenta buen estado general aunque está desorientada parcialmente en tiempo y espacio, pares craneales normales salvo nistagmus horizontal bilateral, disminución de la fuerza generalizada, conserva sensibilidad, y marcha inestable con aumento de la base de sustentación. Abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación en epigastrio, sin megalias ni signos de peritonismo. Resto de exploración por aparatos y sistemas normal.

Acude a consulta con su madre, como siempre, que es la que nos informa del alcoholismo crónico que la paciente niega. Dado a la afectación neurológica hay que filiar causa de manera urgente haciendo diagnóstico diferencial con: demencia incipiente, accidente cerebro vascular, tumor cerebral, encefalopatía de Wernicke. Derivamos a urgencias hospitalarias para estudio neurológico urgente y tratamiento antiemético. Ingresa en medicina interna con TAC craneal normal y analítica con GGT elevada.

En planta realizan ecografía abdominal (esteatosis hepática leve), serologías y marcadores tumorales negativos, TSH normal, ferritina elevada, ácido fólico disminuido y vitamina B12 y hierro normales. Responde a tratamiento con tiamina, diagnosticándose de encefalopatía de Wernicke. Desde atención primaria seguirá tratamiento con tiamina y se tratará el alcoholismo crónico en terapia familiar en consulta y derivación a salud mental.

Conclusiones

Es muy importante conocer a los pacientes y su entorno biopsicosocial, puesto que algunas veces no es el propio paciente el que cuenta la historia real. La encefalopatía Wernicke es una urgencia médica, ya que la mortalidad alcanza el 17% de los pacientes en la fase aguda. Las alteraciones oculomotoras suelen desaparecer en horas, pero puede persistir indefinidamente cierto grado de nistagmo horizontal. La ataxia se recupera con más lentitud. Para prevenir este cuadro mientras persista el hábito alcohólico deberá recibir suplementos de tiamina.

Palabras clave

Epigastric pain, horizontal nistagmus, Wernicke encephalopathy.

Acidosis metabólica sola??

Yaguez Mateos L¹, Lora Coronado M², Yaguez Jiménez L²

¹ FEA Críticos. Hospital Montilla. Córdoba

² FEA Urgencias. Complejo Hospitalario Jaén. Jaén

Ámbito del caso

Críticos H. Montilla.

Motivos de consulta

Varón de 60 años, que ingresa en observación por acudir a urgencias por disnea y objetivarse GSA PH 6.9 sin hipoxemia y con hipocapnia.

Historia clínica

Paciente en diálisis que es traído por cuadro de disnea con importante trabajo respiratorio. Ha sido valorado en este servicio el día 1.6.16 por astenia y supuesta anuria según cuenta la hermana. Con creatinina de 7 pendiente de valoración hoy por nefrólogo. Ingresa en observación, y esta mañana se detecta hipotensión y persistencia de acidosis metabólica severa. Pasa a críticos, se objetiva cuadro de trabajo respiratorio e hipotensión. Paciente que ingresa tras unas horas en observación por cuadro de shock séptico de origen respira tiro con acidosis metabólica de difícil control. Es necesario IOT y conexión a VM, e inicio de tratamiento con aminos.

Hemodinámicamente inestable con necesidad de na 0,5mcg/kg/min. Ta 120/85. RS a 90. A nivel respiratorio Sat 95 % con VM. A nivel renal anuria de 12h. IRC en dilisis. Acidosis láctica de 12,8. Siendo necesario conexión a HDFVC. Hiperpotasemia 6.8. Leucocitosis de 25000. Afebril.

Se traslada a UCI con posibilidad de HDVVC corrigiéndose la acidosis y la insuficiencia renal a sus rangos previos. Siendo tratado de infección respiratoria y respondiendo al tratamiento.

Conclusiones

Buscar siempre causa precipitante de descompensación en paciente con IRC en diálisis. Tratamiento intensivo en la regulación de PH.

Palabras clave

IRC, acidosis metabólica, shock séptico

No puedo mas... ¿cuando lo mando?

Yaguez Mateos L¹, Lora Coronado M², Yaguez Jiménez L²

¹ FEA Críticos. Hospital Montilla. Córdoba

² FEA Urgencias. Complejo Hospitalario Jaén. Jaén

Ámbito del caso

Urgencias y críticos Hospital De Montilla

Motivos de consulta

Varón de 77 años, que ingresa en este servicio procedente de urgencias por intento autolisis.

Historia clínica

Paciente que nos trae el 061 por ingesta voluntaria de 80 mgr de acenocumarol (sintrom, 20 comp de 4 mgr) y media botella de agua fuerte (ácido clorhídrico), sobre las 10 de la mañana. El paciente se queja de dolor centrotorácico. Ingresó en críticos. Se procede a IOT con glideoscope observando quemaduras en la zona orofaríngea y cuerdas vocales.

Mal estado general, con fuerte dolor en tórax. Neurológico: consciente y orientado GCS de 15. Hemodinámicamente estable con t.a. De 145-65, y frecuencia cardiaca de 110 spm. Auscultación cardiorrespiratoria: tonos rítmicos. Murmullo globalmente disminuido en ambos hemitórax abdomen: globuloso, blando y depresible. No megalias aapache II al ingreso: 10

Pruebas complementarias al ingreso: 47. PH: 7,2. CO3HNA: 20-3hematimetria: hemoglobina: 15,4 mg/dl. 10000 leucocitos. 86000 plaquetas. Bioquímica: glucosa: 216 mg/dl. Potasio: 4,4. NA: 137. Creatinina: 0,5. Coagulación: TTPA: 30/30 seg. Actividad protrombina: 24%. EKG: trazado en RS. Criterios de BCRDHH. RX de tórax: normal.

El paciente se conectó a VMC tras su llegada dada las quemaduras de mucosa oral tras ingesta. Se realizó endoscopia esta mañana visualizando desde el principio numerosas áreas de úlceras profundas de gran tamaño así como áreas extensas negruzcas en relación con necrosis sin apreciar mucosa sana. Estómago: en el cuerpo gástrico se aprecian ulceraciones extensas y mucosa con intenso eritema, en el antro gástrico la mucosa tiene una coloración negra compatible con necrosis difusa. Píloro no identificado y duodeno no explorado.

El paciente se mantiene estable, en situación de conexión a VMC y con sedoanalgesia. Sin tener signos clínicos, ni analíticos de perforación. Tras contactar con cirujano de este hospital aconseja su traslado para reconstrucción intestinal en caso de perforación, dado que la cirugía de momento no es urgente. No se procede a la extubación por el traslado. El paciente es portador de catéter femoral, TOT y SNG (colocada por endoscopia). Tras ponernos en contacto con UCI de H Reina Sofía y no haber camas en dicha UCI se queda 48h de vigilancia hasta poder ser trasladado se realiza a las 36h TAC toracoabdominal descartándose perforación tanto esofágica como gástrica.

Finalmente tras asegurar camas y dada la estabilidad hemodinámica y desde todos los puntos de vista del paciente se traslada a hospital de referencia para continuar con el caso. Tras 14 días en UCI se consigue éxito y no ha presentado complicaciones tempranas de secundarias a la ingesta.

Conclusiones

A veces hay que negociar traslados buscando la mejor solución para el paciente.

Palabras clave

Traslado a referencia, Ingesta de cáusticos.

Doctora tengo ahogo, sobre todo cuando trabajo en el campo

Sánchez Torres E¹, Ureña Arjonilla M², Lendinez Durán I²

¹ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS José Barneo. Torredonjimeno (Jaén)

² MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Mancha Real. Jaén

Ámbito del caso

Mixto, tanto en urgencias extrahospitalarias como hospitalarias.

Motivos de consulta

Sensación de disnea no continúa en varón de 80 años

Historia clínica

Varón de 80 años, sin alergias medicamentosas conocidas ni hábitos tóxicos. Como antecedentes personales: dislipemia, ferropenia, enfermedad pulmonar obstructiva crónica sin tratamiento, artrosis y depresión. En tratamiento domiciliario con desvenlafaxina 50 mg / 24 h, lormetazepam 1 mg / 24 h, lansoprazol 30 mg / 24 h y atorvastatina 10 mg / ezetimibe 20 mg / 24 h. Acude al centro de salud por aumento de su disnea, tanto en reposo como al realizar mínimos esfuerzos, sin tos ni expectoración, afebril, sin clínica de insuficiencia cardíaca y sin dolor torácico. Al preguntarle desde cuando lleva con la sintomatología no sabe decirnos muy bien el inicio de ésta. Exploración: normal salvo: saturación basal de oxígeno 90 %. Tensión arterial: 110/60 mm de hg. Frecuencia cardíaca: 150 lpm. Auscultación cardiorrespiratoria: arrítmico, taquicárdico, sin soplos roces ni extratonos.

Se realiza un electrocardiograma donde se detecta fibrilación auricular a 150 lpm con signos de hipertrofia ventricular izquierda.

En nuestro caso clínico controlamos la frecuencia con un betabloqueante como bisoprolol 5 mg intravenoso que fue suficiente ya que bajó a 80-100 lpm, decidimos no controlar el ritmo ya que desconocíamos el inicio de su sintomatología y pautamos como primera dosis de anticoagulación clexane 80 mg / 24 h subcutánea. Acudimos con la ambulancia a urgencias hospitalarias para realización de pruebas complementarias y posterior estabilización del paciente, que fue dado de alta al domicilio con cita para cardiología y dabigatran 150 mg / 12 h con bisoprolol 5 mg / 24 h en su domicilio

Conclusiones

Como conclusión sobre nuestro caso clínico destacamos que ante un síntoma tan subjetivo para el paciente como es la disnea hay que realizar una buena historia clínica y exploración detallada y ordenada, y no dejarnos llevar por los antecedentes (en éste caso el paciente presenta enfermedad pulmonar obstructiva sin tratamiento) y justificar el síntoma principal por dicho antecedente cometiendo así un grave error diagnóstico.

Palabras clave

Atrial fibrillation, dyspnea, thrombosis.

No todo lo que duele está roto

Ureña Arjonilla M¹, Herrera Herrera S², Martínez García S³

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Mancha Real. Jaén

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Valle. Jaén

³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Federico del Castillo. Jaén

Ámbito del caso

Atención primaria, atención especializada.

Motivos de consulta

Dolor de muñeca de meses de evolución.

Historia clínica

Antecedentes personales: psoriasis invertida, hipotiroidismo subclínico, rinitis, asma, dermatitis seborreica, obesidad. Alergia a AAS

Anamnesis: paciente de 25 años que acude a nuestra consulta por presentar dolor en muñeca izquierda de unos meses de evolución, ahora ha comenzado con limitación de la movilidad y disminución de la fuerza. Como antecedente destaca traumatismo por contusión en esa misma muñeca. Cuando tuvo el traumatismo acudió a urgencias y se le realizó radiografía ósea de la zona y no se objetivó lesión ósea aguda. Ha acudido en varias ocasiones al servicio de urgencias del centro de salud para que se le recete analgesia.

Exploración: dolor en apófisis estiloides cubital, sin deformidad ósea evidente, no eritema ni edema. Se decide poner diclofenaco intramuscular en este momento, inmovilizar la muñeca, pautar metamizol y dexketoprofeno como analgesia en su domicilio y derivar al servicio de traumatología.

En traumatología se decide realizar una resonancia magnética en la que se evidencia: osteonecrosis del hueso semilunar estadio IIA. Edema focal en cara anterior del polo proximal del hueso grande. Derrame articular con sinovitis en articulación radiocubital distal, radio y cúbito carpiana, intercarpiana y carpometacarpiana. Enfermedad de Kienböck. Se decide intervención quirúrgica para resección de la primera hilera del carpo. Posteriormente se hará rehabilitación con el equipo de rehabilitación del complejo hospitalario.

Actualmente la paciente se encuentra con buena movilidad y sin pérdida de fuerza, algo de dolor ocasional.

Conclusiones

Queremos resaltar la importancia del tratamiento del dolor que es un motivo de consulta muy habitual en nuestro día a día. No todos los dolores tienen que tener una causa evidente y no todos se tienen que tratar con analgesia crónica, por eso el conocimiento de este caso nos pone alerta sobre otras posibles causas del dolor. También queremos destacar la importancia de una atención integral con un equipo multidisciplinar (médicos, enfermeros, traumatólogos fisioterapeutas, rehabilitadores,...)

Palabras clave

Young adult, Osteonecrosis, Lunate bone

Hallazgo casual de trombocitopenia severa e hipotiroidismo autoinmune

Ferriz Bedmar M¹, Cordova Medina A², Mora Sosa K¹

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San José. Linares (Jaén)

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Arrayanes. Linares (Jaén)

Ámbito del caso

Urgencias hospitalarias.

Motivos de consulta

Dolor flanco derecho.

Historia clínica

Antecedentes personales: no enfermedades previas, no hábitos tóxicos, no alergias medicamentosas conocidas.

Antecedentes familiares: vive con el padre, sano, quien no sabe especificar si la madre tiene alguna enfermedad (no tiene relación con ellos).

Enfermedad actual: paciente de 16 años que acude a urgencias por presentar desde esta tarde sensación de quemazón y dolor punzante en hipocondrio derecho. No se acompaña de fiebre, ni de otra clínica (náuseas, vómitos, alteraciones del hábito intestinal, disuria...). No traumatismo previo.

Exploración física: buen estado general, afebril, buena coloración de piel y mucosas, no exantemas, ni petequias u otras lesiones. Auscultación cardiopulmonar: rítmico sin soplos con buena frecuencia; murmullo vesicular conservado, sin ruidos sobreañadidos. Abdomen: blando y depresible, doloroso a la palpación de flanco derecho con Murphy y Blumberg negativos, peristaltismo conservado, sin defensa, puño percusión renal negativa.

Pruebas complementarias: hemograma: 3000 plaquetas, resto de series normales. Bioquímica: glucosa 69, urea 63, creatinina 1.38, GOT 209, GPT 312, iones, proteína C reactiva y bilirrubina normales. Coagulación: normal. Radiografía abdominal: gas y heces en marco cólico, sin datos de complicación.

Juicio clínico: trombocitopenia a estudio.

Evolución y plan actuación: se consulta con servicio de hematología quien procede al ingreso hospitalario para estudio. Se procede a administración de dosis altas de corticoides y a estudio analítico específico, destacando TSH 347 con T4 inferior a 0.4 y T3 inferior a 1, serologías víricas, anticardiolipinas, anticuerpos antinucleares negativos. Tras esto se contacta con endocrino para control de hipotiroidismo, realizándose ecografía de cuello en la que informan de enfermedad tiroidea difusa (tiroditis linfocitaria) y ecografía abdominal en la que hallan riñón derecho ectópico en pelvis menor derecha, sin otros hallazgos. En la actualidad se encuentra en tratamiento con eutirox 175mg, prednisona 5mg, eltrombopag 75mg, presentando THS y transaminasas normalizadas, así como cifras de plaquetas en torno a 130.000.

Conclusiones

No debemos subestimar a los pacientes que acuden con una dolencia, porque en este caso, gracias a la analítica que a priori no parecía necesaria, se detectó casualmente una trombocitopenia autoinmune severa y un hipotiroidismo marcado

Palabras clave

Trombopenia, autoinmunidad, hipotiroidismo

Estoy muy nervioso, tengo ganas de fumar y dolor de pecho

Sánchez Torres E¹, Lendínez Durán I², Ureña Arjonilla M²

¹ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS José Barneo. Torredonjimeno (Jaén)

² MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Mancha Real. Jaén

Ámbito del caso

Mixto, tanto en atención primaria como en urgencias hospitalarias.

Motivos de consulta

Dolor en parrilla costal izquierda desde ayer y nerviosismo.

Historia clínica

Anamnesis: no alergias medicamentosas conocidas. Paciente varón de 25 años, sin antecedentes personales importantes. Complexión atlética, trabajador en labores de importante esfuerzo físico, fumador de 30 cigarros al día, consumo acumulado de 13,5 paquetes / año, bebedor diario de 1,5 litros de alcohol fermentado. Acude a consulta de atención primaria dolor torácico en hemitórax izquierdo de carácter mecánico de un día de evolución, que se incrementa con los cambios de postura y con la inspiración.

En la exploración general como única alteración destaca hipoventilación en hemitórax izquierdo en la auscultación respiratoria.

Se le realiza una radiografía de tórax dado que el centro dispone de ésta prueba complementaria y se detecta ausencia de trama broncoalveolar en campo pulmonar izquierdo y atelectasia.

Estrategia práctica de actuación: se pauta analgesia intravenosa, oxígeno a dos litros en gafillas nasales y se deriva en ambulancia medicalizada con personal sanitario al hospital para ser valorado por el servicio de cirugía torácica, ya que el paciente hasta el momento está hemodinámicamente estable para realización posterior de drenaje torácico.

Conclusiones

Como conclusiones del caso descrito destacamos la importancia del conjunto de antecedentes del paciente (fumador, complejidad atlética), la clínica (dolor en hemitórax de aparición brusca), y la exploración (hipoventilación) llegando al diagnóstico sin necesidad de una prueba complementaria de antemano (aunque se la realizamos ya que estaba disponible). Por otro lado concluimos la importancia de una buena estabilización previa en la ambulancia medicalizada de cada paciente, que depende de nosotros y de nuestro juicio clínico.

Palabras clave

Neumotórax, tabaco, drenaje torácico

Amnesia en varón sano

Morán Rocha T¹, Ortega Molina J², Molina Sánchez B²

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Bollullos del Condado. Huelva

² Huelva.

Ámbito del caso

En el servicio de urgencias de primaria y hospitalario. Multidisciplinar.

Motivos de consulta

Paciente de 49 años que es acompañado por su hija y esposa a su centro de salud por amnesia, dislalia e incoordinación motora al llegar del trabajo.

Historia clínica

Antecedentes personales: no enfermedades médicas conocidas. Bebedor de >50gramos al día, fumador de 20 cigarros/día. No alergias medicamentosas

Anamnesis: paciente que no recuerda lo sucedido, pero refieren los familiares episodio de incoordinación motora, dislalia, desviación de la comisura bucal, de unas horas de evolución y remisión progresiva horas antes de la consulta. Posteriormente cuadro de sudoración y palidez autolimitado. No dolor torácico, no disnea, el paciente no recuerdo lo sucedido. Es derivado al servicio de urgencias hospitalario.

Exploración: excelente estado general. Consciente orientado en tiempo espacio y persona. Neurológico sin focalidad. ACP: rítmico, sin soplos ni extratonos. No soplo carotídeo.

Pruebas complementarias: electrocardiograma: ritmo sinusal, PR normal, ST supradesnivelado 1 mm en cara inferior, t negativas en cara inferior. Radiografía de tórax: normal. Ante los hallazgos eléctricos se solicita enzimas cardíacas que se encuentran elevadas en rango de necrosis. TAC craneal: normal. En controles enzimáticos persiste elevación, se contacta con UCI y se decide ingreso. Se realiza coronariografía: ACTP sobre oclusión trombótica en ACD media, implante de stent liberador. Tras estabilización pasa a planta.

Enfoque personal y familiar: familia normofuncionante. Trabaja como peón agrícola. Vive con su mujer y su hija. Madre sana. Padre fallecido a los 43 años por IAM. No presenta enfermedades psicológicas ni médicas. Hace 3 meses. Obtuvo la baja laboral por lumbalgia con una duración de un mes.

Juicio clínico: Scasest silente. AIT. Disección espontánea de arterias coronarias con AIT cardioembólico secundario.

Conclusiones

La aplicabilidad de este caso para el médico de familia radica en la importancia de control de factores de riesgo cardiovasculares y la captación activa de los pacientes que acuden a consulta por otro motivo (incapacidad laboral temporal por lumbalgia en el caso que nos ocupa), realizando la menos una medición de la tensión arterial, consejo antitabaco, genograma y analítica básica.

Palabras clave

Amnesia, myocardial infarction, brain ischemia

Anciano con disnea y debilidad progresiva: la importancia de una visión global

Rodríguez Adame C.

MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

Ámbito del caso

Urgencias y planta de medicina interna.

Motivos de consulta

Disnea y deterioro del estado general.

Historia clínica

Antecedentes personales: varón, 85 años. Exfumador. Trastorno depresivo. En estudio por neurólogo desde hace un mes por debilidad y caídas, con sospecha de radiculopatía L4- S1. Tratamiento habitual: sertralina, lorazepam.

Anamnesis: atendido en domicilio por disnea brusca y gran ansiedad de madrugada. Niega dolor torácico. Sensación febril con escasa expectoración mucopurulenta desde hace días.

Exploración: aceptable estado general. Consciente y orientado. Bien hidratado. Angustiado. Leve taquipnea con la conversación, disminución del volumen de la voz. Afebril. Tensión arterial: 136/83 mmhg. Frecuencia cardiaca: 90 latidos por minuto. Saturación de oxígeno (Sat O2): 96% con oxigenoterapia en gafas nasales a 3 litros por minuto. Auscultación cardiaca: normal. Auscultación pulmonar: murmullo vesicular disminuido con ronus y crepitantes bibasales.

Pruebas complementarias: Hemograma y coagulación: normal. Bioquímica: destaca CPK total 104, troponina T 51.90. PCR 5.07. Gasometría venosa: PH 7.24, PCO2 83 (presión parcial de dióxido de carbono), PO2 (presión parcial de oxígeno) 20.9, HCO3- (bicarbonato) 35.6. Electrocardiograma: normal. Radiografía de tórax: infiltrado en lid.

Enfoque familiar y comunitario: viudo desde hace 6 meses. Tres hijos sanos que se turnan para cuidarlo.

Juicio clínico: insuficiencia respiratoria hipercapnia con acidosis respiratoria. Neumonía de lóbulo inferior derecho.

Diagnósticos diferenciales: demencia, síndrome constitucional, síndrome depresivo.

Plan de actuación: ingresa en observación para ver evolución y seriación de enzimas. Se inicia antibioterapia.

Evolución: presenta nuevo episodio de disnea brusca con Sat O2 70% que precisa ventilación mecánica no invasiva. Pasa a planta de medicina interna donde se amplía anamnesis y exploración: empeoramiento progresivo con pérdida de fuerza en MMII, caídas frecuentes, debilidad para hablar, toser, tragar... La historia es sugerente de enfermedad neuromuscular tipo ELA (esclerosis lateral amiotrófica). Se hace una exploración dirigida. EMG que confirma el diagnóstico. Inicia tratamiento con riluzol y se incluye en el comité multidisciplinar para la atención de pacientes con ELA.

Conclusiones

Se trata de un paciente con deterioro progresivo con varios diagnósticos "justificados" (disfagia y debilidad por duelo, episodios de disnea por crisis de ansiedad, radiculopatía L4- s1...) que vistos en conjunto nos permiten sospechar la enfermedad y poder iniciar una serie de medidas que mejoren la calidad de vida de nuestro paciente y familia. Es fundamental tener una visión global de los pacientes y sus patologías desde atención primaria, así como la anamnesis y la exploración, ya que con estas herramientas básicas se pueden sospechar muchas enfermedades que suelen pasar desapercibidas.

Palabras clave

Amyotrophic lateral sclerosis, dyspnea, dysphagia

La importancia de la lucha anti tabáquica

Rodríguez Adame C.

MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

Ámbito del caso

Urgencias y planta de medicina interna.

Motivos de consulta

Mareos desde hace una semana.

Historia clínica

Antecedentes personales: mujer, 72 años. Fumadora de 20 cigarrillos al día desde hace 30 años. Hipertensa. Independiente para las actividades básicas de la vida diaria. Tratamiento habitual: losartan / hidroclorotiazida 100/ 25 mg (miligramos)/día, propranolol 10mg/día, doxazosina 4mg/día.

Anamnesis: mareos desde hace una semana con inestabilidad para la deambulación, mayor “torpeza” con mano derecha, sin pérdida de fuerza y con mínima disminución de sensibilidad.

Exploración: consciente, orientada. Bien hidratada. Hemodinámicamente estable. Tensión arterial 121/78mmhg. Frecuencia cardíaca 111 latidos/minuto. Auscultación cardíaca normal. Auscultación respiratoria: disminución generalizado del murmullo vesicular. Abundantes roncus en hemitórax derecho. Pares craneales conservados, discreto barré positivo, dismetría dedo-nariz derecho, Romberg desviado a la derecha.

Pruebas complementarias: Hemograma, coagulación y bioquímica normales. PCR 25.5. Radiografía de tórax: imagen sugerente de nódulo pulmonar en lóbulo superior derecho (LSD). Tac craneal: lesiones ocupantes de espacio de probable origen metastásico.

Enfoque familiar y comunitario: viuda desde hace dos meses tras fallecer su esposo por larga enfermedad, siendo la paciente la cuidadora principal, desatendiendo sus propios problemas. Nunca iba al médico.

Juicio clínico: nódulo pulmonar en LSD. Probables metástasis cerebrales.

Plan de actuación: ingreso en planta de medicina interna para completar estudio.

Evolución: En medicina interna inicia tratamiento con dexametasona. Se realiza TAC de abdomen y tórax (con hallazgos sugestivos de extensa diseminación neoplásica: hígado, estómago, adrenales...) y solicitan marcadores tumorales (elevación importante de ca 125 y discreta de ca 15.3) y PAAF (punción aspiración con aguja fina) de región paraesternal. Los resultados anatomopatológico confirman metástasis de carcinoma, con estudio inmunohistoquímico compatible con origen primario pulmonar.

Conclusiones

Se trata de un caso sencillo y por desgracia habitual protagonizado por el principal problema de salud pública de Andalucía: el tabaquismo, al que se le atribuye el 14.6% del total de muertes de la comunidad. El caso ilustra como una paciente sin más antecedentes que fumadora e hipertensa puede ver su salud tan comprometida debido al tabaco. Destacar la importancia de la intervención sobre su consumo desde atención primaria, mediante promoción de la salud, recogida del hábito en la historia clínica, intervención básica y avanzada y su seguimiento posterior.

Palabras clave

Dizziness, smoking, lung cancer

Gracias a un dolor de garganta

Ureña Arjonilla M¹, Sánchez Torres E², Lendinez Durán I¹

¹ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Mancha Real. Jaén

² MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS José Barneo. Torredonjimeno (Jaén)

Ámbito del caso

Atención primaria, urgencias, atención especializada (ORL).

Motivos de consulta

Odinofagia sin fiebre de 2 días de evolución.

Historia clínica

Antecedentes personales: no alergias medicamentosas. Fumador de 1 paquete al día. Sin interés. No viene a consulta normalmente.

Anamnesis: varón de 38 años que acude a nuestra consulta por odinofagia sin fiebre de 4 días de evolución acudió hace 3 noches a urgencias de nuestro centro y se le prescribió amoxicilina 1g+ibuprofeno, no ha encontrado mejoría y vuelve a consultar por empeoramiento del dolor y sabor de pus en la boca.

Exploración: absceso periamigdalino derecho. Se escucha voz ronca, que el paciente refiere tener desde hace un tiempo.

Se decide derivar a urgencias de ORL para drenaje del absceso. En el servicio de ORL se drena el absceso y se realiza fibroscopia nasofaríngea-laríngea observándose tumoración de 8mm de diámetro ulcerovegetante impactada en comisura anterior, movilidad de cuerdas normal y en el tercio posterior de la cuerda derecha hay una zona con aspecto de edema de Reinke. Se ingresa al paciente a cargo de ORL y se le propone microcirugía laríngea para biopsia de esta tumoración de forma preferente. Se realiza intervención y se concluye que es una leucoplasia en cvi compatible con precancerosis laríngea: displasia grado moderado/severo.

Actualmente el paciente está en proceso de recuperación de la intervención y con ayuda para dejar el tabaco.

Conclusiones

Resalto la importancia de estar alerta ante un paciente joven y fumador que presenta disfonía, ya que en muchas ocasiones se esconde una patología maligna detrás de este cuadro y un diagnóstico precoz fundamental para la buena evolución de estas patologías. También es importante saber el papel fundamental que tenemos los médicos de familia en la deshabituación tabáquica y conocer todas las herramientas que están a nuestro alcance para ayudar a los pacientes en esta dura tarea. Saber que no sólo contamos con ayudas farmacológicas si no que existen grupos de trabajo en el centro de salud que integran tanto enfermeros, como médicos como propios pacientes exfumadores que son una herramienta fundamental para estas personas.

Palabras clave

Leukoplakia, Peritonsillar abscess, Dysphonia

Fiebre de origen desconocido

Jiménez Fernández L¹, González Armayones M², Martínez Cabello R²

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Herrera. Sevilla

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Estepa. Sevilla

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de consulta

Fiebre que no remite.

Historia clínica

Varón 74 años.

Antecedentes personales: fumador de 20 paquetes año, hipertenso, diabético tipo 2, hipertrigliceridemia, trombosis venosa profunda de repetición por lo que está anticoagulado. Tratamiento actual: sintrom 4mg, glicazida 30mg, omeprazol 20mg, enalapril 20mg, vildagliptina 50mg/metformina 850mg, atorvastatina 40mg, tardyferon 80mg. Acude a consulta de atención primaria tras presentar fiebre de 2 semanas de evolución precedida de mal estar general y disnea de mínimos esfuerzos que no remite a pesar de tratamiento con levofloxacino pautado por sospecha de neumonía.

Exploración: buen estado general. Consciente, orientado, colaborador. Sato2 95 %. Auscultación cardiopulmonar: tonos rítmicos sin soplos. Buen murmullo vesicular sin auscultar ruidos patológicos. Abdomen: blando, depresible, no doloroso, no palpo masas ni megalias. Extremidades superiores: hemorragias en astilla en uñas, nódulos eritematosos en pulpejos de los dedos. Extremidades inferiores: sin hallazgos, no signos de trombosis venosa profunda. Electrocardiograma (centro de salud): rítmico a 85 lpm. No otros hallazgos.

Ante la ausencia de foco, los hallazgos físicos y la duración de la fiebre decidimos derivar por urgencias para completar estudio: analítica: leucocitos 16.04 (neutrófilos 58.6, linfocitos 28.4, monocitos 1.55), plaquetas 470000, VSG: 60, INR: 2.2, bioquímica: glucosa: 84mg/dl, creatinina 1.04mg/dl, urea 59mg/dl, k 5.95, PCR 59.97. Radiografía tórax (urgencias): no imágenes de condensación ni derrame. No pinzamiento de senos costofrénicos. Radiografía abdominal: sin hallazgos patológicos. se decide ingreso en medicina interna: TAC de tórax y abdomen: normal. Hemocultivo: Streptococo. Ecocardiografía transtorácica: vegetación en válvula aórtica.

Juicio clínico: siguiendo los criterios de Duke: endocarditis infecciosa sobre válvula nativa.

Diagnóstico diferencial: neoplasias, otras enfermedades infecciosas.

Enfoque familiar y comunitario: el paciente es independiente. Vive con su mujer.

Enfoque psicológico: preocupación del paciente por la patología.

Plan de actuación: ingreso durante 4 semanas para tratamiento con ceftriaxona (4 semanas) + gentamicina (2 semanas).

Conclusiones

Importancia de la exploración detallada en atención primaria habiendo sido fundamental para el diagnóstico de la patología.

Palabras clave

Endocarditis, infective endocarditis, endocarditis native valve

Hiperprolactinemia

Jiménez Fernández L¹, Martínez Cabello R², González Armayones M²

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Herrera. Sevilla

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Estepa. Sevilla

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de consulta

Galactorrea.

Historia clínica

Paciente de 28 años sin alergias medicamentosas conocidas, sin antecedentes personales de interés. Tratamiento actual: ibuprofeno 600mg 1 comprimido/8h.

Exploración física: buen estado general, consciente, orientado, colaborador, hidratado, perfundida. Auscultación cardiopulmonar: tonos rítmicos sin soplos. Buen murmullo vesicular sin ruidos patológicos. Abdomen: blando, depresible, no doloroso a la palpación, no signos de irritación peritoneal. Exploración neurológica: pares craneales normales. Fuerza y sensibilidad conservada en miembros superiores e inferiores. No disidiadocinesia. Equilibrio conservado.

Análítica (centro de salud): hemograma normal, bioquímica normal, TSH y T4 normales, cortisol normal, prolactina 154. Descartamos el uso de fármacos que puedan producir hiperprolactinemia (bloqueantes de receptores dopaminérgicos: butirofenonas, benzamidas: metoclopramida y sulpiride, fenotiacinas: clorpromacina y perfenacina, los que producen depleción dopamínica: alfametildopa y reserpina, los que tienen acción directa sobre las células lactotropas: TRH y estrógenos, antidepresivos tricíclicos, benzodiacepinas, cimetidina, acetado de ciproterona, opiáceos, verapamil), así como embarazo, hipotiroidismo, insuficiencia renal, síndrome de ovario poliquístico (no hiperandrogenismo). Derivamos para completar estudio en medicina interna. RNM hipófisis: sin hallazgos significativos de interés. TAC tórax y abdomen: normal.

Juicio clínico: hiperprolactinemia idiopática.

Diagnóstico diferencial: enfermedades sistémica, cerebrales, ginecológicas, fisiológicas, fármacos.

Enfoque familiar y comunitario: la paciente trabaja como peluquera, no sufre episodios de estrés ni pérdida de sueño.

Enfoque psicológico: ansiedad de la paciente en el momento en que se deriva para completar estudio.

Evolución: la paciente evolucionó favorablemente con cabergolina, citándola para revisión a los 3 meses.

Conclusiones

Importancia de una anamnesis detallada en atención primaria para descartar las principales causas de hiperprolactinemia: embarazo, hipotiroidismo, insuficiencia renal y uso de determinados fármacos (antipsicóticos, antidopaminérgicos, antidepresivos, anticonceptivos orales...). Derivación cuando se sospeche otra causa. La hiperprolactinemia idiopática suele corresponder a microprolactinomas (<1 mm) no visibles con técnicas de imagen. Pueden no tratarse, llevando a cabo una observación y seguimiento, ya que hasta en un tercio de los microprolactinomas desaparece la clínica y se normaliza la prolactina de forma espontánea. En este caso se trata por el estrés que la sintomatología causa a la paciente.

Palabras clave

Fármacos hiperprolactinemia, prolactinoma, galactorrea

Prevalencia y adecuación diagnóstica de la exploración de los pies en los diabéticos tipo 2 en el centro de salud

Parra Valderrama A¹, Ruiz Díaz G¹, Guevara Barroso V¹, Mora Moreno F², Gil Cañete A², Ortega Blanco J²

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Molino de la Vega. Huelva

² Médico de Familia. UGC Molino de la Vega. Huelva

Objetivos

Estimar prevalencia de exploración de los pies diabéticos. Conocer si la exploración es adecuada. Determinar si es realizada por personal instruido. Efectividad de sesiones de formación continuada para mejoría en las exploraciones.

Diseño

Estudio observacional descriptivo transversal para determinar la frecuencia y adecuación de la exploración del pie en el diabético. Al encontrarse deficiencias se planteó una intervención.

Emplazamiento

Centro salud.

Material y método

Variables: población: ¿se exploran los pies de los pacientes diabéticos? ¿se realiza una correcta exploración de los pies de estos pacientes?, ¿se usa el monofilamento de Semmes-Weinstein en la exploración?

Profesionales: sexo. Edad. Tiempo de ejercicio. Tiempo de trabajo en atención primaria. ¿han recibido formación específica para la exploración de los pies en los diabéticos?, ¿el personal que realiza la exploración posee los conocimientos básicos acerca de la exploración del pie en los pacientes diabéticos?.

Análisis estadístico: base de datos creada mediante SPSS. Análisis descriptivo: media y desviación típica para variables cuantitativas y porcentajes para variables cualitativas. Análisis inferencial: comparación mediante intervalos de confianza, en los pacientes; comparación de porcentajes para muestras repetidas mediante el test de Mc Nemar y para comparar medias de muestras repetidas test de Wilcoxon, en los profesionales. Se verifican las condiciones de aplicación.

Resultados

Estudio pie último año: antes 71.6%, después 76.7%. Estudio del pie completo: antes 50.2%, después 51.3%. Realización monofilamento: antes 50.9%, después 52%. Profesionales resultados fueron similares, excepto la formación específica: antes 66.7%, después 91.3%.

Conclusiones

Los datos del estudio del pie diabético han mejorado tras la intervención, sin ser estadísticamente significativos pero los datos postintervención mejorarían a medio-largo plazo.

Palabras clave

Diabetic foot, primary care, exploration.

Hipertensión arterial en paciente joven

Jiménez Fernández L¹, González Armayones M², Martínez Cabello R²

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Herrera. Sevilla

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Estepa. Sevilla

Ámbito del caso

Urgencias hospitalarias.

Motivos de consulta

Cefalea y cifras tensionales altas.

Historia clínica

Paciente de 29 años sin alergias medicamentosas conocidas. Sin antecedentes personales de interés. Acude a su médico de familia por cefalea de dos semanas de evolución y cifras tensionales en torno a 160/100.

Exploración: aceptable estado general, orientado y consciente, eupneico en reposo. Corazón rítmico a buena frecuencia, murmullo vesicular conservado sin crepitantes, abdomen no doloroso sin signos de peritonismo, edemas en MMII con fóvea. TA: 165/100 mmhg. Electrocardiograma (centro de salud): ritmo sinusal a 70 lpm.

Derivamos a urgencias para completar estudio: radiografía de tórax: normal. Analítica: creatinina 7mg /dl, urea 120mg/dl, K 5.3. Calcio 7.3, corregido por 8.5mg /dl, proteínas 4.9, fósforo 5, HB 9g /dl. Leucocitos 6500. Plaquetas 227000, perfil hepático: GOT 46 GPT 75, bilirrubina, FA y GGT normales. Hbsag VHB e Ig G Anti hbe y antihbc positivo. DNA de VHB: 2604ui/ ml. Coagulación normal. Elemental de orina: proteínas 200, sodio en orina 153 EQ/l, potasio 14 meq/l. Aclaramiento de creatinina de 7ml/mm³ y proteinuria de más de 3g en orina de 24 h. Ecografía de abdomen: hepatomegalia difusa sugestivo de hepatopatía. Riñones normales sin dilatación de vías urinarias. Aumento de la ecogenicidad cortical renal bilateral, sugestivo de nefropatía. Estudio de inmunofluorescencia directa renal: intenso depósito mesangial de IgA.

Ingreso en medicina interna: biopsia renal: ensanchamiento mesangial con hiper celularidad grado 1 en más del 50 % de los glomérulos. Atrofia tubular y fibrosis intersticial del 90 %. Inflamación intersticial multifocal. Vasos: ausencia de vasculitis.

Juicio clínico: enfermedad renal crónica asociada a nefropatía aguda evolucionada con importante afectación vascular; inicio de hemodiálisis; hbsag positivo, PCR positivo con hepatopatía asociada.

Enfoque familiar y comunitario: su familia está en Rumanía, solicita el traslado a su país de residencia habitual.

Enfoque psicológico: preocupación por la patología y el proceso de estudio.

Conclusiones

Importancia de anamnesis y exploración adecuada ante hipertensión arterial en paciente joven. Factores clínicos predictores de mala evolución: la presencia de insuficiencia renal en el momento del diagnóstico y la proteinuria intensa al inicio del diagnóstico.

Palabras clave

Iga nephropathy, syndrome nefrotico, hipertension arterial

Diagnóstico de fibromialgia en población de 30 a 60 años de dos centros de salud de nuestra zona

Ferriz Bedmar M¹, Mora Sosa K¹, Cordova Medina A²

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San José. Linares (Jaén)

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Arrayanes. Linares (Jaén)

Introducción

La fibromialgia (FM) es una afección crónica de etiología desconocida, caracterizada por la presencia de dolor crónico musculoesquelético generalizado, que suele coexistir con otros síntomas, fundamentalmente fatiga y problemas de sueño. El diagnóstico de la FM es clínico, por la falta de una prueba objetiva y no se apoya, por tanto, en ninguna prueba analítica, de imagen o anatomopatológica específica.

Objetivos

Objetivos generales: Describir si el diagnóstico de fibromialgia ha sido realizado utilizando los datos de la anamnesis así como también la inclusión de los criterios de la "American College Of Rheumatology". *Objetivos específicos:* Enumerar casos de fibromialgia diagnosticados con edades entre 30 y 60 años. Especificar si se han realizado estudios para descartar otra patología que pueda simular la misma clínica.

Diseño

Estudio descriptivo, transversal, retrospectivo, tipo serie de casos de fibromialgia.

Emplazamiento

Dos centros de salud del AGS. Jaén norte.

Material y métodos

Diseño del estudio: Se realizará un estudio descriptivo, transversal, retrospectivo, tipo serie de casos de fibromialgia. Elegiremos este estudio ya que nos permite describir lo observado en las historias clínicas durante un tiempo determinado, sin realizar ninguna intervención.

Población de estudio: Diagnosticados de fibromialgia con edades comprendidas entre 30 y 60 años.

Para obtención del tamaño muestra se tendrán en cuenta los siguientes criterios:

Criterios de inclusión: diagnóstico de fibromialgia. Edad: 30-60 años. Acepten participar en el estudio y, por tanto, firmen el consentimiento informado.

Criterios de exclusión: no cumplan criterios de inclusión.

Variables del estudio: 1. Dependientes: cualitativas dicotómicas: anamnesis compatible con diagnóstico de fibromialgia. Criterios de "American College Of Rheumatology": Escala de severidad de síntomas (SS) y el índice del dolor generalizado (WPI) serán utilizadas en este estudio para verificar si los pacientes con fibromialgia están bien diagnosticados. Realización o no de pruebas complementarias para descartar otra enfermedad que curse con clínica similar. 2. Independientes: edad: entre 30 y 60 años.

Recogida de datos: Obtendremos listado de pacientes de entre 30 y 60 años con diagnóstico de fibromialgia a través de plataforma DIRAYA, se les entregará consentimiento informado y, en caso de que lo firmen, se aplicarán criterios de inclusión/exclusión explicados en apartado de población de estudio. Posteriormente accederemos a sus historias clínicas para aplicar variables del estudio descritas en dicho apartado.

Análisis de datos: El análisis de estos datos se realizará mediante un análisis univariado de medidas de tendencia central, T de Student.

Limitaciones en el estudio: En cuanto a limitaciones podemos encontrarnos con: pacientes con clínica de fibromialgia que no se hayan diagnosticado porque no hayan acudido a su médico o porque no se haya derivado a especialista hospitalario. Sesgo de selección. Pacientes diagnosticados a través de clínicas privadas cuyas historias clínicas no se reflejan en DIRAYA si su médico de atención primaria no lo registra. Sesgo de selección.

Aplicabilidad

Conocer qué porcentaje de casos diagnosticados de fibromialgia cumplen con los criterios de la "American College Of Rheumatology", y si se han descartado otras enfermedades con la realización de pruebas complementarias ya que creemos que, en muchos casos, no hay un buen diagnóstico detrás de esta enfermedad.

Aspectos ético-legales:

Se respetarán los principios establecidos en la declaración de Helsinki. El paciente deberá firmar el consentimiento informado antes del comienzo del estudio. Se pedirá aprobación al CEIC Jaén.

Palabras clave

Fibromialgia, atención primaria, diagnóstico.

¿Cómo mejorar la atención a nuestros pacientes con EPOC?

Ramos Díaz De La Rocha M¹, Escolano Fernández De Córdoba M², Toro Gallardo V¹, Castillo Jimena M¹, Sánchez Sánchez C¹, Domínguez Santaella M³

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Victoria. Málaga

² Enfermera. CS Victoria. Málaga

³ Médico de Familia. CS Victoria. Málaga

Objetivos

Describir la calidad del proceso asistencial EPOC (PAI-EPOC) en nuestro centro de salud (CS). Identificar áreas de mejora.

Diseño

Estudio descriptivo transversal. Auditoria interna.

Emplazamiento

CS urbano. Periodo estudiado: 2015. Población estimada EPOC 1084 pacientes.

Material y método

Pacientes incluidos en PAI-EPOC: 441.

Criterios de selección: muestreo. Por conglomerados (15 cupos). Tamaño muestral: 5 pacientes de cada cupo (17% de la población).

Variables: sociodemográficas (inclusión como incapacitado), 8 indicadores de proceso (diagnóstico con espirometría, clasificación de gravedad GOLD, registro IMC, registro de exacerbaciones, vacunación neumocócica, valoración del cumplimiento, educación sanitaria, plan de cuidados).

Métodos de evaluación: cumplimiento registrado del criterio en historia clínica digital.

Análisis estadístico descriptivo. Priorización de futura intervención mediante el análisis de Pareto de los incumplimientos.

Resultados

Paciente incapacitado 2,6%. Cumplimientos de los indicadores: diagnóstico con espirometría 80%, clasificación de gravedad Gold 72%, registro IMC 49,3%, registro de exacerbaciones 57,3%, vacunación neumocócica 33,3%, valoración del cumplimiento 14,6%, educación sanitaria 16%, plan de cuidados 25,3%.

Análisis de incumplimientos mediante el método de Pareto: % incumplimiento (% acumulado de incumplimiento total): valoración del cumplimiento terapéutico 14,6% (19%), educación sanitaria 16% (37%), plan de cuidados 25,3% (54%), vacunación neumocócica 33,3% (69 %), registro IMC 49,3% (80%), registro de exacerbaciones 57,3% (89%), clasificación de gravedad Gold 72% (96%), diagnóstico con espirometría 80%(100%).

Conclusiones

Bajo porcentaje de pacientes EPOC incapacitados. Elevado porcentaje de pacientes correctamente diagnosticados y con clasificación de gravedad. Necesidad de priorizar la valoración del cumplimiento terapéutico y la educación sanitaria en los pacientes con EPOC para mejorar.

Palabras clave

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (chronic obstructive pulmonary disease), Calidad asistencial (health care quality), Mejora de calidad (quality improvement)

Coagulación intravascular diseminada (CID). Lumbalgia crónica

Torrado Morcillo B¹, Gracia Diez C², Jiménez Tapia T³

¹ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Adoratrices. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva

² MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva

³ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Orden. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva

Ámbito del caso

Servicio de urgencias. Atención especializada.

Motivos de consulta

Hematuria, epistaxis y dolor osteomuscular.

Historia clínica

Varón de 79 años, sin alergias medicamentosas conocidas. Exfumador desde hace 40 años, alcoholismo leve. DM tipo 2. Hiperplasia adenomatosa de próstata intervenida en 2002. Medicación: aines a demanda. En el último año consultas a su centro de salud por dolor lumbar y piernas, de perfil mecánico, sin limitación con analgesia habitual. Consulta por epistaxis, hematuria franca, rectorragia y dolor osteomuscular. Familiar y comunitario: vive en medio urbano con su mujer. Buen soporte familiar.

Exploración: estable hemodinámicamente. Exploración normal, excepto: hematuria franca con imposibilidad de sondaje por estenosis uretral. Epistaxis con evidencia de sangre hacia cavidad oral. TAC to rectal: dedil: restos de sangre roja. Se palpa induración a las 3h. Dolor bien localizado sin irradiación, en columna dorsal, sacro y pierna izquierda.

Pruebas complementarias. Hemograma: hemoglobina 8.3 g/dl, hematocrito 24.8%. Leucocitos: 9600mill/mm³ (neutrófilos: 82.9%), plaquetas: 48000 mill/mm³. Bioquímica: urea 88mg/dl. Coagulación: tiempo de protombina 2.34, tiempo de tromboplastina 2.12, fibrinógeno 19 mg/dl, d-dímero 85386. Iniciamos sueroterapia y bolo de pantoprazol. En observación de camas se administra plasma fresco 15ml/kg, haciendo una reacción alérgica al mismo. Teniendo que suministrarse corticoides y antihistamínicos. Se administra fibrinógeno como alternativa. En planta: marcadores tumorales: CA 15.3: 99600 u/ml, PSA 507.700 ng/ml. Gammagrafía ósea: focos de mayor densidad en columna dorsal, D7-D12, parrillas costales, escápula, pelvis, sacro, articulaciones sacro ilíacas, fémur izquierdo: aumento de actividad osteogénica compatible con enfermedad metastásica ósea diseminada. TAC de tórax-abdomen: lesión nodular periférica bien definida de 8mm, compatible con afectación metastásica. Tromboembolismo pulmonar agudo en lóbulo inferior derecho. Adenopatías en cadenas obturadoras. Aumento de tamaño de próstata con calcificaciones distróficas. Se inicia tratamiento con heparina de bajo peso molecular y bloqueo hormonal y bifosfonatos.

Diagnóstico diferencial: sepsis, traumatismos graves, neoplasias, malformaciones vasculares, enfermedad hepática severa...

Juicio clínico: cáncer de próstata con afectación metastásica. CID y TEP como síndromes paraneoplásicos.

Conclusiones

La CID es una anomalía hemostática siempre secundaria a otras enfermedades, como en nuestro caso un cáncer de larga evolución, avanzado. El tratamiento de elección sigue siendo el de los procesos subyacentes.

Palabras clave

Disseminated intravascular coagulation, neoplasm metastasis, low back pain.

¿Una orientación diagnóstica urgente extrahospitalaria?... Imprescindible

Franquelo Hidalgo B, Flores Montañés M, De Juan Roldán J

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro De Salud Palma-Palmilla. Málaga

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de consulta

Dolor abdominal y mialgias generalizadas tras caída en domicilio.

Historia clínica

No alergias medicamentosas. HTA, dislipemia, hemibloqueo izquierdo con hipoquinesia severa septobasal, gonartrosis, hipotiroidismo, riñón en herradura. Tratamiento: enalapril, minitran parches, eutirox, simvastatina, AAS, furosemda/triamtereno, pregabalina, procoralan.

Visita domiciliaria a mujer de 85 años que, tras caída en su domicilio ha permanecido en el suelo durante 24 horas hasta que su hija ha dado aviso a los sistemas sanitarios. Vive sola, no quiere trasladarse con su hija. Hábito enólico. Aseo descuidado. Parcialmente dependiente para las actividades de la vida diaria. Comenta que resbaló de la cama al inclinarse por dolor abdominal agudo. Además, refiere mialgias intensas generalizadas, que le imposibilita la marcha. No síncope. No dolor torácico ni disnea.

Consciente y orientada. Buen estado general. Afebril. Auscultación cardíaca: tonos rítmicos con extrasístoles. Auscultación pulmonar normal. Abdomen blando y depresible. Dolor abdominal generalizado con defensa en hipocondrio izquierdo. No irritación peritoneal.

Juicio clínico: Pancreatitis sin/con colelitiasis. Patología osteomuscular vs rabdomiólisis. Ante sospecha de cuadro abdominal agudo se avisa al servicio de urgencias (DCCU) para traslado y estudio hospitalario.

ECG: 100lpm. Eje izquierdo. Rítmico con extrasístoles ventriculares. Analítica: serie roja normal. Leucocitos 11900 (N87.7%; l6.3%). Neutrófilos 10400. INR 1.3. Creatinina 2.93, alfa-amilasa 906, lipasa 7170, creatinquinasa 2226, CK-MB 42.8, troponinas 2.63, AST 121, ALT 100, GGT 103, FA 71, bilirrubina total 2.43, bilirrubina directa 1.04, PCR 123. TAC abdomen: pancreatitis aguda con colección necrótica asociada. Líquido libre.

Ingresos en observación. Se inicia tratamiento con piperacilina-tazobactam. Durante su ingreso inicia clínica de deterioro neurológico, con tendencia al sueño. Se baja que requiere tratamiento con noradrenalina. Sat88%. Anuria. Finalmente, acaba ingresando en cuidados intensivos hasta estabilización.

Conclusiones

En este caso describimos un prototipo de mujer frecuente en atención primaria, de edad avanzada que vive sola, sin apoyo familiar y con gran deterioro funcional. Sufre una pancreatitis aguda que evoluciona con una rabdomiólisis de 24h de evolución al no disponer de auxilio domiciliario. Ante tal situación, conociendo los antecedentes clínicos personales y psicosociales de la paciente, es necesario identificar rápidamente los posibles diagnósticos diferenciales y conocer qué casos pueden manejarse en atención primaria y cuáles requieren de estudio hospitalario.

Palabras clave

Atención primaria, urgencias, pancreatitis, rabdomiólisis, mialgias, deterioro funcional, dolor abdominal.

Desorientación y cefalea, la importancia de la cronología

Carricondo Avivar M¹, Romero Moreno S², Gallardo Pastor M³

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Príncipe de Asturias. Utrera Norte (Sevilla)

² FEA Urgencias. Hospital de Zafra. Badajoz

³ Médico de Familia. CS Santa Ana. Dos Hermanas (Sevilla)

Ámbito del caso

Atención primaria, atención especializada.

Motivos de consulta

Desorientación, cefalea y alteraciones de la marcha.

Historia clínica

Enfoque individual: varón de 81 años, con HTA, dislipemia y cardiopatía isquémica, que acude a su médico de familia por haber presentado episodio de desorientación en las tres esferas el día previo. Además, refiere cefalea intermitente de unos 6 meses de evolución. En consulta, su familiar asegura deterioro del estado general con dificultad para la marcha en los últimos días. Afebril.

A la exploración, inquietud flotante, dificultad para la articulación del lenguaje y marcha inestable. Se deriva a hospital para estudio ante sospecha de evento neurológico agudo, realizan analítica anodina, y TAC craneal, donde se aprecia una hidrocefalia, y posteriormente, punción lumbar normal.

Enfoque familiar y comunitario: estudio de la familia y la comunidad. Familia nuclear en etapa V (nido vacío). Red social con importante apoyo emocional e interacción social positiva.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas. Hidrocefalia normotensiva. Diferencial con accidente cerebro-vascular, demencia, infección del SNC, trastornos del metabolismo.

Tratamiento, planes de actuación: se incluye para colocación de válvula de derivación de líquido cefalorraquídeo ventrículo-peritoneal.

Evolución: mejoría sintomática tras alta. Revisiones por neurocirugía.

Conclusiones

(y aplicabilidad para la medicina de familia). La hidrocefalia normotensiva fue descrita en 1965 por Adams y Hakim. Se trata de una entidad poco conocida, causada por un aumento del líquido cefalorraquídeo en los ventrículos o cavidades del cerebro. La enfermedad se manifiesta por deterioro intelectual y comportamental progresivo, alteración en la marcha e incontinencia urinaria y fecal (Reinterrogando posteriormente a nuestro paciente también sufría de la primera). La suma de alteración de la marcha, incontinencia urinaria y demencia se denomina tríada de Hakim. Puede ser primaria o idiopática y secundaria, (causada por hemorragia subaracnoidea, traumatismo craneoencefálico, postquirugía cerebral, e. Paget, cisticercosis....), pudiendo llegar a confundirnos en el diagnóstico diferencial de demencia. Se diagnostica por punción lumbar, TAC craneal o cisternografía, y el tratamiento consiste en la colocación de una válvula ventrículo-peritoneal, mejorando notablemente el pronóstico si se hace de forma precoz.

Palabras clave

Dementia, headache, hydrocephalus

Diagnóstico de terminalidad en urgencias; manejar la incertidumbre

Medrano Ramos I¹, Sánchez Díaz E², García Arcos I³

¹ Médico de Familia. CS Casariche. Sevilla

² Médico de Familia. CS Posadas. Córdoba

³ Médico de Urgencias. Hospital Can Misses. Ibiza

Ámbito del caso

Medicina de urgencias.

Motivos de consulta

Mujer de 44 años que encontrándose con buen estado general sufre pérdida de conciencia brusca (con traumatismo craneal posterior en zona parietal izquierda) de minutos de duración con persistencia del SD confusional agudo y desorientación.

Historia clínica

Antecedentes personales: no AMC. HTA. Diagnosticada desde hace tres años de CA de mama ductal infiltrante con metástasis óseas y hepáticas. Mastectomizada derecha, en tratamiento postquirúrgico con quimio y radioterapia. En seguimiento oncología con último ingreso hace tres meses por neutropenia febril. Independiente para las actividades de la vida diaria.

Exploración: agitada, respuesta a estímulos dolorosos, no colabora. Exploración neurológica no valorable. Edemas en MMII, resto sin hallazgos.

Pruebas complementarias: hemograma, bioquímica y coagulación valores normales; dímero D: 2429. TAC craneal sin alteraciones.

Enfoque familiar: acompañada por marido e hijos que preguntan de forma insistente el motivo de la convulsión y si volverá a su estado de conciencia anterior. Indago sobre la existencia de voluntades vitales anticipadas, la paciente no las tiene registradas ni ha nombrado representante formalmente.

Resultado y discusión: Impresión diagnóstica: metástasis cerebral.

Diagnósticos diferenciales: metástasis cerebral, trombosis cerebral, hemorragia. Ante la incertidumbre y en el contexto de urgencias se planteó analgesia con antiinflamatorios y bomba de morfina, siendo necesario subir a dosis altas. El problema que surge es la toma de decisiones por representación, el concepto de terminalidad y la limitación de esfuerzo terapéutico.

La paciente junto con su familia pasa una habitación de aislamiento. Informo de la gravedad. Se realiza acompañamiento, limitado por la duración del turno de guardia. Tras 24h la paciente toleró bajar la dosis de morfina recuperando la conciencia parcialmente y siendo ingresada en oncología donde se diagnosticó mediante resonancia magnética de metástasis cerebrales.

Conclusiones

El manejo de la incertidumbre en urgencias requiere habilidades de comunicación y contacto permanente en situaciones de extrema fragilidad. La toma de decisiones por representación tiene actualmente un camino legal con la realización de las voluntades vitales anticipadas. Los profesionales debemos manejar ese tipo de habilidades y tener información para realizar una asistencia de calidad.

Palabras clave

Living will, agitation, emergency

Disuria, no siempre síntoma de infección de tracto urinario

Carricondo Avivar M¹, Romero Moreno S², Gallardo Pastor M³

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Príncipe de Asturias. Utrera Norte (Sevilla)

² FEA Urgencias. Hospital de Zafra. Badajoz

³ Médico de Familia. CS Santa Ana. Dos Hermanas (Sevilla)

Ámbito del caso

Atención primaria, atención especializada.

Motivos de consulta

Disuria de repetición.

Historia clínica

Enfoque individual: mujer de 40 años, diagnosticada de itus de repetición y sin otros antecedentes personales de interés, acude a su médico de familia por presentar disuria intensa coincidiendo con la menstruación en los últimos meses. No tenesmo vesical, polaquiuria ni hematuria. No alteraciones menstruales.

A la exploración, abdomen blando, sin signos de irritación peritoneal, PPR negativa. Urianálisis, urocultivo y analítica con perfil abdominal normales. Se realiza ecografía abdominal en consulta, donde se aprecia imagen de aspecto quístico en vejiga. Se deriva a urología, donde en una RMN confirman masa y realizan citoscopia y resección transuretral, compatible con endometriosis según anatomía patológica.

Enfoque familiar y comunitario: estudio de la familia y la comunidad. Familia nuclear en etapa I (formación). Red social con importante apoyo emocional e interacción social positiva.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas. Endometriosis en tracto urinario. Diferencial con itu, masa de origen neoplásico, pólipos vesicales.

Tratamiento, planes de actuación: se remite a ginecología, que confirma la existencia de endometriosis ovárica no conocida previamente e inician tratamiento hormonal.

Evolución: mejoría sintomática. Resto del estudio sin incidencias. Revisiones por ginecología y urología.

Conclusiones

(y aplicabilidad para la medicina de familia). La endometriosis es una enfermedad inflamatoria estrógeno-dependiente de origen desconocido que afecta aproximadamente un 10-20% de mujeres en edad fértil de cualquier raza. Se define como la implantación y crecimiento benigno de tejido endometrial fuera del útero, más frecuente en peritoneo pélvico y ovarios, y ocasionalmente en intestino, estómago, vejiga, pulmón... Las lesiones endometriósicas a nivel del tracto urinario se encuentran en un 1-2% de las pacientes afectadas por dicha enfermedad. Los síntomas más comunes son: dismenorrea, dispareunia, dolor pélvico crónico, de mayor intensidad durante la menstruación, y hasta produce infertilidad. El tratamiento médico es hormonal y del control del dolor, siendo la resección quirúrgica de segunda elección. Destacar la importancia de realizar un seguimiento estrecho por nuestra parte puesto que supone un impacto psicosocial en la calidad de vida de las pacientes.

Palabras clave

Disuria, cistitis, endometriosis

Factores relacionados con la vacunación antigripal y antineumocócica en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)

Castillo Jimena M¹, Crossa Bueno M², Campos Cuenca Á², Sánchez Sánchez C¹, Domínguez Santaella M³, Bujalance Zafra M³

¹ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Victoria. Málaga

² MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Victoria. Málaga

³ Médico de Familia. CS Victoria. Málaga

Objetivos

Describir la cobertura de vacunación antigripal y antineumocócica en pacientes agudizadores y analizar factores asociados.

Diseño

Estudio descriptivo con análisis retrospectivo y prospectivo.

Emplazamiento

Distrito de atención primaria (AP).

Material y método

Se incluyeron pacientes agudizadores de EPOC atendidos por los dispositivos de urgencias móviles (agosto 2013 -marzo 2014), (n= 523 pérdidas 21%). Se analizaron indicadores de proceso y de resultado mediante auditoria de la historia de salud y su relación con la vacuna antigripal y antineumocócica. Estadística descriptiva, análisis bivalente y multivariante.

Resultados

Se incluyen 410 pacientes atendidos por agudización de EPOC por los dispositivos móviles de urgencias. Edad media 75 ($\pm 9,3$), varones 63, 7%, IMC 29,4 ($\pm 7,1$); fumadores activos 21%. El FEV1 medio fue 48,2% ($\pm 18,7$), el 69,1% tuvieron ≥ 2 agudizaciones /último año, el 39% tuvieron ≥ 1 ingreso/ último año y el 38% fallecieron al año. Los pacientes agudizados fueron revisados por su médico de AP 11,7% y recibieron adiestramiento en manejo de inhaladores el 16,3%.

El 66,1% (271 pacientes) tenían vacunación antigripal y los factores asociados fue tener ≥ 2 agudizaciones (OR: 1,8 IC 95% 1,2-2,9); revisión del paciente por AP (OR: 2,8 IC 95% 2,3-7,1) y fue un factor protector de mortalidad (OR: 0,54 IC 95% 0,3-0,8)

El 56,5% (191 pacientes) tenían vacunación antineumocócica y los factores asociados fueron vacunación antigripal (OR: 11,3 IC95% 6,6-20,4), tratamiento con corticoides inhalados (OR: 2,8 IC95% 1,7-4,8) y tener adiestramiento en manejo de inhaladores (OR: 2,5 IC95% 1,3-4,5)

Conclusiones

Factor protector de mortalidad de la vacuna de la gripe. La revisión del paciente agudizado y el adiestramiento en manejo de inhaladores pueden mejorar la cobertura vacunal.

Palabras clave

Influenza vaccines, pneumococcal vaccines, pulmonary disease, chronic obstructive

Vómitos en gestante de alto riesgo

Moral Cañas M, Uribe Viudez A, López García M

Médico de Familia. CS Huétor Tájar. Granada

Ámbito del caso

Atención primaria. Urgencias hospitalarias. Hematología. Obstetricia.

Motivos de consulta

Náuseas y vómitos en paciente gestante de 9 semanas.

Historia clínica

Antecedentes personales: déficit del factor V de Leiden en tratamiento con acenocumarol. Obesidad grado II. No tabaquismo. Alergia a ácido fólico. FO: 21001.

Mujer de 33 años de edad, gestante de 9 semanas, que se ha iniciado en el programa de embarazo desde atención primaria: consejos sobre estilo de vida y hábitos saludables, exploración física, valoración de riesgo obstétrico alto y derivación preferente a la consulta de obstetricia y hematología. Se sustituye aco por heparina de bajo peso molecular. Asintomática hasta hace 48 horas, comienza con vómitos incoercibles y cefalea. No fiebre ni déficit neurológico inicial. La clínica no mejora con antieméticos, por lo que la familia nos consulta.

Exploración física: TA 110/65mmhg; FC 94 lpm; sato2 97%. Afebril. Consciente y orientada, hipoestesia hemicara derecha y miembro superior derecho.

Se deriva a centro hospitalario: 1. Analítica con parámetros dentro de la normalidad. 2. Resonancia magnética cerebral con angiografía: defectos de repleción en ambos senos compatibles con trombosis masiva de los senos venosos. 3. Ecografía transvaginal: latido fetal presente.

Ámbito socio-familiar: Familia extensa que se compone de más de una unidad nuclear, se extiende más allá de dos generaciones: conviven nuestra paciente y su pareja e hija, abuelos paternos y tía paterna. Natural de Colombia. Trabaja como ama de casa, buenas relaciones sociales, bajo nivel cultural.

Juicio clínico: trombosis senos venosos en gestante con coagulopatía conocida.

Diagnóstico diferencial: Es fundamental la sospecha de esta patología ante la clínica y la no respuesta a tratamiento, para poder realizar el diagnóstico diferencial con la hiperémesis gravídica y solicitar una exhaustiva valoración neurológica. Otras posibles causas de vómitos en la embarazada: Trastornos gastrointestinales: gastroenteritis, apendicitis. Del tracto genitourinario: pielonefritis. Cetoacidosis diabética, hipertiroidismo. Migraña, tumores del sistema nervioso central, lesiones vestibulares. Trastornos psicológicos o intolerancia a fármacos.

Evolución tórpida, deterioro del estado neurológico entrando en una situación de coma. Se produce una hemorragia venosa intracraneal masiva y el fallecimiento de la paciente. El estudio posterior demuestra una resistencia a la heparina de bajo peso molecular.

Conclusiones

Los estados de hipercoagulabilidad como el embarazo, y pacientes con trombofilia son factores de riesgo para la trombosis de senos cavernosos. Ante cualquier manifestación neurológica, ya sea durante la gestación, parto o en el puerperio, merece una evaluación interdisciplinaria y organizada. Es muy importante no confundir la sintomatología neurológica con las alteraciones características del embarazo.

Palabras clave

Embarazo. Vómitos. Coagulopatía.

Motivos de consulta y actividades preventivas en los adolescentes de una zona básica de salud

Martínez García S³, Herrera Herrera S², Ortega García G³

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Federico del Castillo. Jaén

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Valle. Jaén

³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Felipe. Jaén

Introducción

En España existe escasa información acerca de los motivos de consulta de los adolescentes. Por otro lado, se conoce la especial situación de vulnerabilidad de estos pacientes ante situaciones como los accidentes de tráfico, consumo de alcohol y otras drogas o estilos de vida.

Objetivos

Principal: conocer los motivos de consulta de la población adolescente atendida en los centros de salud de una zona básica de salud y las actividades preventivas ofertadas.

Secundarios: describir los motivos de consulta de los adolescentes según sexo y edad, conocer el uso que realizan de las consultas programadas y asistencia al servicio de urgencias de atención primaria, conocer los principales tratamientos prescritos en la población adolescente, describir los consejos o actividades preventivas realizadas por los sanitarios y conocer los factores asociados a la realización de actividades preventivas.

Diseño

Estudio observacional descriptivo.

Emplazamiento

Atención primaria.

Material y métodos

Población de estudio: pacientes adolescentes pertenecientes a los centros de salud de la zona básica de salud.

Criterios de inclusión: adolescentes de ambos sexos con edades comprendidas entre los 10 -19 años.

Criterios de exclusión: consultas realizadas en centros privados que no se hayan reflejado en la historia de salud pública.

Tamaño muestral: utilizando el programa ene2.0, es necesario incluir 429 pacientes (ALFA 5%; P=0,5; IC95;15% pérdidas). Se hará muestreo aleatorio estratificado por grupos de edad y centros.

Las *variables principales* serán el motivo de consulta, indicación terapéutica (tratamiento farmacológico/medidas higiénico-sanitarias/derivación a otro profesional) y las actividades preventivas realizadas (estilos de vida, salud sexual, pruebas de diagnóstico precoz, salud mental y convivencia)

Resto de variables: del adolescente, edad, sexo, nacionalidad, residencia en zona de transformación social, fecha de consulta, tipo de visita médica (centro de salud/urgencias extrahospitalarias), del médico, edad, sexo, cupo y centro de salud. Los datos se obtendrán mediante revisión de historias clínicas, se analizarán los motivos de consulta, los tratamientos y las actividades relacionadas con la prevención durante 2 años (desde 1 de enero 2014 al 1 de enero de 2016)

Los cálculos se realizarán con el SPSS 15.0, considerando una $p \leq 0,05$. Se comprobará la normalidad de los datos y se hará un análisis descriptivo de las variables, un análisis bivalente (Ji2, T-Student o Anova y un análisis de regresión logística multivariable, considerando las actividades preventivas como variable dependiente (sí/no).

La principal limitación puede deberse a la falta de cumplimentación de las historias clínicas, pudiendo cometer un sesgo de información. La alternativa sería plantear un estudio prospectivo, aunque supondría una gran dificultad por la dispersión e implicación de muchos profesionales de salud, así como las peculiaridades del adolescente.

Aplicabilidad

Contribuir a un mayor conocimiento de la demanda asistencial de los adolescentes y de la realización de actividades preventivas por parte de los médicos, permitiría plantear oportunidades de mejora en la calidad asistencial, en la prevención de conductas de riesgo y estilos de vida.

Aspectos ético-legales:

El diseño y desarrollo del trabajo se ajustarán a las normas de buena práctica clínica. Solicitada la aprobación por la gerencia de atención primaria y del CEI de la provincia.

Palabras clave

Health promotion; adolescent health; reasons for consultation- adolescent.

Intervención en un paciente con posible diagnóstico de VIH

Ureña Arjonilla M¹, Lendinez Durán I¹, Sánchez Torres E²

¹ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Mancha Real. Jaén

² MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS José Barneo. Torredonjimeno (Jaén)

Ámbito del caso

Atención primaria, atención especializada (medicina interna).

Motivos de consulta

Pérdida de peso de unos 14kg en un mes, astenia y adinamia.

Historia clínica

Enfoque familiar: familia nuclear sin hijos, mala red de apoyo social.

Antecedentes personales: fumador hasta hace 17 años, bebedor de unos 3 litros de cerveza al día, tuberculosis pulmonar y laríngea hace 16 años, espondiloartrosis, quiste pancreático.

Anamnesis: varón de 48 años, poco asiduo al centro de salud que acude a nuestra consulta por presentar pérdida de peso de 14kg en el último mes, se ha agravado en los últimos 15 días por vómitos y diarreas. Se acompaña de pérdida de apetito y astenia con adinamia creciente, él lo asocia a infección bucal.

Exploración: regular estado general, ictericia en palmas manos. Auscultación respiratoria/ cardíaca: murmullo vesicular conservado, sin ruidos patológicos. Tonos rítmicos, sin soplos. Abdomen blando y depresible, sin masas ni megalias, no doloroso. ORL: boca séptica. Se decide derivar a urgencias para realización de analítica e ingreso si procede.

En urgencias; Analítica: HB 13, leucocitosis 11980 (81% PMN). INR 2,07, GOT 136, GPT 76. GGT 150, BT 4.4, PCR 89 PH 7.49. Se decide ingreso en medicina interna. Analítica en planta: CEA 6.2, CA-125 52, VSG 75, hierro 52, ferritina 1077, PCR 36, vitamina B12 1129. VHA/ANTI-VHA IGG positivo., AC. VIH 1+2 positivo débil. TAC toracoabdominopélvico: sin hallazgos relevantes.

Diagnóstico: hepatopatía crónica. Se cita en consultas externas de enfermedades infecciosas para continuar estudio de posible VIH.

Al alta el paciente nos comenta la preocupación por el conocimiento de la enfermedad por parte de su mujer y por cómo explicarle el posible contagio. Insistimos en la importancia de comunicar a su esposa el resultado de las pruebas y que debe acudir a las citas con enfermedades infecciosas. Actualmente no acude a revisiones y tampoco a nuestra consulta.

Conclusiones

El aspecto ético que se nos presenta con este caso es interesante ya que la comunicación o no de la serología positiva para VIH a los cónyuges de los enfermos es un tema muy controvertido. Creo que es esencial una atención multidisciplinar (médicos, enfermeros, trabajadores sociales, el propio enfermo) ya que son temas de difícil abordaje que entre todos podemos buscar la mejor manera de solucionar.

Palabras clave

Aids serodiagnosis, Ethics, Young adult

Anticoncepción en mujeres jóvenes

Miranda Flores M¹, Pérez Gamero M², Burgos Rodríguez M³

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Montequinto. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

² Médico de Familia. CS Montequinto. Sevilla

³ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Montequinto. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Ámbito del caso

Atención primaria y especializada.

Motivos de consulta

Espustos hemoptoicos y tumefacción de miembro inferior izquierdo (MII).

Historia clínica

Enfoque individual. Antecedentes personales: déficit de proteína C en familia paterna con historia de TVP por debajo de 35 años. En tratamiento con anticonceptivos orales desde hace 3 meses.

Anamnesis: mujer de 19 años que hace unas 24 horas comienza con tumefacción y dolor de MII. En anamnesis guiada refiere que desde que comenzó con anticonceptivos presenta disnea de esfuerzo. Fue valorada en días previos por su médico de familia por dolor pleurítico y espustos hemoptoicos, solicitándose radiografía de tórax, baciloscopia y Mantoux que fueron negativos.

Exploración física: ansiosa. Bien perfundida, normocoloreada y afebril. Eupneica en reposo y al habla. Saturación O₂ 98%. Tensión 125/60, frecuencia cardíaca 110lpm. A la auscultación buen murmullo vesicular sin ruidos patológicos. MII ligeramente aumentado de tamaño sin aumento de temperatura local. Hoffman dudoso.

Pruebas complementarias: Electrocardiograma: taquicardia sinusal a 110lpm. No s1q3t3. Analítica con D-dímeros (DD): analítica normal, salvo DD de 24100. Radiografía de tórax normal. No signos indirectos de TEP. Ecografía doppler de MII: signos de TVP desde vena iliaca externa hasta vena poplítea. Angiotac: TEP bilateral con infarto pulmonar. Estudio de autoinmunidad: anca y anas negativos. Estudio de trombofilia: pendiente, salvo homocisteína normal.

Enfoque familiar y comunitario: familia nuclear en fase de extensión.

Juicio clínico: TEP bilateral y TVP de MII.

Diagnóstico diferencial: neumotórax, tuberculosis, patología tumoral.

Identificación de problemas: TEP bilateral con infarto pulmonar y TVP en MII.

Planes de actuación y tratamiento: anticoagulación con HBPM y cobertura antibiótica

Evolución: durante su estancia en urgencias sufre cuadro sincopal por lo que es enviada urgentemente al angiotac objetivándose TEP bilateral con infarto pulmonar decidiéndose ingreso en medicina interna para inicio de anticoagulación. Buena evolución con desaparición de la clínica.

Conclusiones

La indicación de anticonceptivos orales debe ser individualizada con estudio exhaustivo de antecedentes familiares y personales de patología trombótica por el aumento del riesgo de TEP en mujeres jóvenes. Asimismo tener cuenta siempre la sospecha de TEP en pacientes con factores de riesgo a pesar de presentar síntomas anodinos.

Palabras clave

Anticoncepción, Tromboembolismo pulmonar

Trombosis yugular secundaria a bocio

Romero Moreno S¹, Gallardo Pastor M², Carricondo Avivar M³

¹ FEA Urgencias. Hospital de Zafra. Badajoz

² Médico de Familia. CS Santa Ana. Dos Hermanas (Sevilla)

³ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Príncipe de Asturias. Utrera Norte (Sevilla)

Ámbito del caso

Atención primaria, atención especializada.

Motivos de consulta

Aumento del perímetro cervical.

Historia clínica

Enfoque individual: mujer de 79 años con HTA, dislipemia, asma bronquial y bocio con hipotiroidismo que acude a su médico de familia por aumento del cuello en el último año.

A la exploración, bocio a expensas del lóbulo tiroideo derecho. En analítica T4 muy disminuida (0.5ng/dl) con TSH ligeramente elevada (5 mu/l), anticuerpos negativos y resto de estudio hormonal normal, por lo que se solicita ecografía tiroidea que muestra bocio multinodular y trombosis en vena yugular interna derecha. Se deriva desde radiología a urgencias para valoración donde se instaura tratamiento y se deriva para estudio complementario.

Enfoque familiar y comunitario: familia nuclear en etapa VI (de disolución) red social con apoyo emocional e interacción social positiva.

Juicio clínico: trombosis de la vena yugular interna secundaria a bocio a expensas del lóbulo derecho.

Diagnóstico diferencial: neoplasia maligna.

Tratamiento, planes de actuación: se instaura tratamiento anticoagulante con HBPM y se solicita TAC cervico-torácico.

Evolución: resolución de la trombosis venosa yugular y TAC cervico-torácico descarta etiología neoplásica. Pendiente de valoración por cirugía

Conclusiones

El bocio multinodular es más frecuente entre las mujeres, su prevalencia aumenta con la edad y es más común en regiones con déficit de yodo. Se manifiesta por aumento del tamaño del cuello. Si el bocio tiene el tamaño suficiente, puede provocar síntomas compresivos como afonía (afectación del nervio laríngeo recurrente), dificultad para tragar, dificultad respiratoria (compresión traqueal) o plétora (congestión venosa), síntomas poco frecuentes. Se diagnostica por ecografía, pudiendo precisarse TAC para evaluar la anatomía del bocio y el alcance retroesternal; o punción tiroidea en caso de sospecha de proceso maligno debido a un nódulo dominante o que aumenta de tamaño. El tratamiento generalmente es conservador mediante supresión con T4 o uso de yodo radiactivo; la cirugía es eficaz pero no está exenta de riesgos.

Palabras clave

Multinodular goiter, hypothyroidism, thrombosis

Vértigo en adolescente

Pérez Gamero M¹, Miranda Flores M², Burgos Rodríguez M³

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Montequinto. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

² MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Montequinto. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

³ Médico de Familia. CS Montequinto. Sevilla

Ámbito del caso

Atención primaria y hospitalaria.

Motivos de consulta

Sensación vertiginosa y vómitos de un mes de evolución.

Historia clínica

Enfoque individual. Antecedentes personales: no alergias medicamentosas. No antecedentes familiares ni personales de interés.

Anamnesis: paciente de 18 años que consulta por segunda vez en urgencias por continuar con sensación vertiginosa y mal estado general de un mes de evolución, añadiéndose hoy vómitos. Ha sido valorado en 3 ocasiones por su médico de familia por esta misma clínica, sin mejoría tras tratamiento con 3 sedantes vestibulares.

Exploración física: mal estado general, bien hidratado, palidez cutánea. Consciente y orientado en las tres esferas, nomina comprende y repite. No nistagmus. Pupilas isocóricas y normorreactivas. No diplopía. Campimetría normal. Pares craneales normales. Hipotonía, astasia, y asinergia y dismetría izquierdas. Romberg negativo. No papiledema. ACR normal. Abdomen anodino.

Pruebas complementarias: analítica, radiografía toracoabdominal y TAC craneal, observándose en éste último una masa cerebelosa izquierda. RMN cráneo: nódulo cerebeloso izquierdo y dos nódulos hipervasculares. Incidentaloma hipofisario. TAC abdomen: nódulo hipodenso en cuerpo páncreas. RMN hipofisaria: adenoma hipofisario. Estudio genético.

Enfoque familiar y comunitario: familia monoparental por divorcio hace 6 meses, con escasa adaptabilidad y capacidad resolutive.

Juicio clínico: síndrome cerebeloso izquierdo sin hipertensión intracraneal.

Diagnóstico diferencial: vértigo periférico, astrocitoma pilocítico, esclerosis múltiple.

Identificación de problemas: masa en vermis y hemisferio cerebeloso izquierdo. Adenoma hipofisario. Masa pancreática. Hemangiomas retinianos.

Planes de actuación y tratamiento: neurocirugía. Láser sobre hemangiomas retinianos.

Evolución: al detectarse una masa cerebelosa es valorado por neurocirugía que realiza una RMN cráneo, con diagnóstico de Von Hippel Lindau. Es intervenido dos días más tarde, con desaparición completa de la clínica que presentaba. Se ha estudiado ambulatoriamente en endocrinología (adenoma hipofisario) y oftalmología (hemangiomas retinianos).

Conclusiones

Las consultas sucesivas por inexistencia de mejoría deben hacernos pensar en la existencia de patología, a pesar de que se trate de un paciente adolescente con escasas posibilidades de patología grave. La exploración neurológica sigue siendo un pilar básico en la consulta diaria para identificación de patología neurológica a pesar de la importancia de las pruebas de imagen en el diagnóstico posterior.

Palabras clave

Vértigo, Resistencia a tratamiento, Exploración neurológica

Adolescente con trastorno de personalidad o relación familiar tóxica: diagnóstico "por los pelos"

Lemos Pena A¹, Ojeda López L², García Sánchez M³

¹ Médico de Familia. UGC Posadas. CS Almodóvar del Río. Córdoba

² MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Almodóvar del Río. Córdoba

³ Médico de Familia. UGC Posadas. Córdoba

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de consulta

Caída de cabello.

Historia clínica

Adolescente de 15 años. Consulta con su madre por caída de cabello. Hostilidad, actitud desafiante y rechazo a cualquier planteamiento por nuestra parte. Amenaza e insulta a la madre. Abandona la consulta bruscamente cuando se intenta marcar límites. La madre refiere comportamiento extraño desde siempre. Propongo cita programada para evaluación socio-familiar. Aporta estudios psicológicos y pedagógicos desde muy pequeña. Siempre ha tenido problemas de comportamiento. La madre se presenta como víctima de la situación de la que parece claudicar. Vive con sus padres y un hermano 18 años mayor. No se plantea seguir estudiando. No tiene red social ni hábitos de ocio, salvo el móvil, al que la madre refiere está enganchada. No colabora en casa en ninguna tarea y tampoco realiza dieta adecuada: "come lo que quiere". Actitud desafiante con las normas, por lo que la castiga frecuentemente. Ha llegado a estar interna en un colegio religioso. Se indaga inicio de relaciones sexuales, intentando abordar anticoncepción y prevención de ETS a través de la madre, ya que la paciente sigue sin acudir a consulta.

Planteamos trastorno de personalidad y pactamos derivar a salud mental para retomar abordaje. Ante lo llamativo del comportamiento comentamos el caso con la pediatra, quien conoce bien el caso. Nos sugiere posible relación tóxica materno-filial.

Se diagnosticó un TDAH y llegó a ser tratada, aunque la madre siempre ha mantenido actitud punitiva frente al comportamiento de su hija: "siempre está castigada". 5 meses después consultan por test de gestación positivo. Se tramita en acto único consulta con trabajadora social, gestión de IVE y anticonceptivo: implante subcutáneo. Tras la IVE se realiza abordaje familiar.

Madre e hija muestran agradecimiento por la gestión del caso e implicación de todo el equipo. Presentan actitud positiva de cambio en la dinámica familiar.

Conclusiones

Existen "familias problema" y "familias con problemas". La mayoría susceptibles de mejora con una mínima intervención. Se requiere cierta formación y experiencia especialmente a la hora de evaluar la familia, buscar información y emplear habilidades y técnicas de modificación de conductas y dinámicas familiares.

Palabras clave

Adolescent; family conflict; sexual health.

Síndrome constitucional y acropaquias, ¿causa digestiva?

Miranda Flores M¹, Pérez Gamero M², Burgos Rodríguez M³

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Montequinto. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

² Médico de Familia. CS Montequinto. Sevilla

³ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Montequinto. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Ámbito del caso

Urgencia hospitalaria. Atención especializada.

Motivos de consulta

Astenia, anorexia y pérdida de peso.

Historia clínica

Enfoque individual. Antecedentes personales: fumador, bebedor excesivo habitual, EPOC, gastritis erosiva Antral H.Pylori positiva, pólipos rectales hiperplásicos.

Anamnesis: varón 67 años que es derivado desde atención primaria por astenia, anorexia y pérdida de 20 kilos en 2 meses. Disnea de esfuerzo desde hace meses. En estudio por digestivo por síndrome constitucional y aumento de CEA.

Exploración física: caquexia, palidez cutánea. Acropaquias. A la auscultación hipoventilación en pulmón izquierdo con sibilancias bilaterales aisladas. Abdomen distendido con matidez en hipocondrios y flanco derecho que impresiona de masa a dicho nivel. Edema en miembros inferiores con trastornos tróficos.

Pruebas complementarias: analítica urgente y radiografía de tórax.

Enfoque familiar: vive solo. Trabaja más de 12 horas diarias como cocinero. Hija adolescente con la que no tiene relación. Único familiar cercano su hermana.

Juicio clínico: masa pulmonar izquierda a hilar.

Diagnóstico diferencial: cáncer pulmón, neumonía gigante, secuestro intralobular, granuloma pulmonar.

Identificación de problemas: carcinoma no microcítico pulmón estadio IV, poco diferenciado, infiltrante con metástasis omental y peritoneal. Cirrosis hepática y esplenomegalia. Desnutrición calórico-proteica severa. Trastorno adaptativo.

Tratamiento/planes de actuación: ingreso en medicina interna donde se solicita TAC toracoabdominal, gammagrafía ósea y fibrobroncoscopia con toma de biopsia.

Evolución: desde atención primaria se deriva a digestivo por cuadro constitucional de 2 meses de evolución, donde solicitan endoscopia, colonoscopia, TAC toracoabdominal y serología hepática. Realizadas endoscopia y colonoscopia, y a la espera del TAC, acude a urgencias por el mismo motivo realizándose analítica urgente, sin alteraciones, y radiografía tórax en la que se observa gran masa pulmonar izquierda. Se cursa ingreso en medicina interna llegándose, tras varias pruebas complementarias, al diagnóstico de cáncer pulmón no microcítico con afectación peritoneal y dudosa afectación ósea a nivel de esternón (tac con lesión lítica en esternón y gammagrafía negativa). Se procede al alta para manejo ambulatorio.

Conclusiones

Tendencia general a encuadrar síndrome constitucional como causa digestiva. Debemos de orientar un caso englobando toda la sintomatología que presenta el paciente.

Palabras clave

Acropaquias, Disnea, Cea

Más allá del adipocito inerte...la obesidad desde una perspectiva inflamatoria

Vargas Corzo M¹, Cabrera Rodríguez C², Barbero Rodríguez E³, Morales Rincón S⁴, Ramos Navas-Parejo J⁴, García Sánchez M⁴

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Albayda. Granada

² Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Albayda. Granada

³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Caleta. Granada

⁴ Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Caleta. Granada

Objetivos

Considerando la obesidad como entidad asociada a un estado inflamatorio crónico de bajo grado, capaz de inducir la expresión de mediadores relacionados con el riesgo cardiometabólico (RCM), planteamos estudiar en un grupo de varones sanos, la asociación entre parámetros anatómicos de adiposidad y biomarcadores inflamatorio-inmunológicos basales liberados por el tejido graso, que han demostrado participar en procesos inflamatorios crónicos subclínicos, y sus enfermedades asociadas(incluyendo la enfermedad cardiovascular).

Diseño

Estudio observacional, transversal analítico.

Emplazamiento

Atención primaria y laboratorio de análisis clínicos.

Material y método

Sujetos: 41 varones adultos sanos (47±7años).

Metodología: evaluación de perfil adiposo por cineantropometría índice masa corporal (IMC), índice cintura-cadera (ICC) y porcentaje graso corporal (%g); y estado inflamatorio basal mediante biomarcadores-inflamatorios-sanguíneos relacionados empíricamente con el RCM: proteína-C-reactiva-ultrasensible (PCRHS), interleuquina-6 (IL-6) y factor-de-necrosis tumoral-alfa (tnf-α).

Se evaluaron diferencias entremedias de cada biomarcador categorizado en quintiles de IMC, y en dos categorías según mediana de ICC; analizando también la correlación absoluta entre variables inflamatorias y antropométricas descritas.

Análisis estadístico: paquete informático spss.windows.v.17.0.

Resultados

Niveles de biomarcadores inflamatorios menores en quintilsmas bajos de IMC respecto a superiores, con diferencias significativas ($p<0,05$) para PCRHS e IL-6. Resultados análogos para categoría inferior de ICC respecto agrupo superior, con diferencias significativas inter grupos para PCRHS. Correlaciones significativas entre PCRHS y % g, IMC e ICC, de grado fuerte y sentido positivo, así comoentreil-6 e ICC.

Conclusiones

La condición anatómica grasa más desfavorable se ha relacionado con un grado de inflamación subclínica mayor, lo que a nivel fisiopatológico podría justificar parcialmente, el mayor riesgo cardio metabólico de estos pacientes.

Palabras clave

Obesity, Inflammation mediators, Cardiovascular diseases

El shock de la lumbalgia

Cuberos Escobar A¹, Espinola Coll E², Peláez Pérez M³

¹ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Coín. Málaga

² MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Coín. Málaga

³ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Delicias. Málaga

Ámbito del caso

Centro de salud y neurología.

Motivos de consulta

Lumbalgia.

Historia clínica

Enfermedad actual: varón de 70 años sin antecedentes de interés que acude a consulta de atención primaria refiriendo lumbalgia de días de evolución que cede parcialmente con analgesia, tras ser explorado se diagnosticó de lumbalgia mecánica. Días después, acude al servicio de urgencias por cuadro de debilidad muscular desde abdomen hasta miembros inferiores con pérdida de sensibilidad, de inicio súbito, con imposibilidad para la marcha y acompañado de cortejo vegetativo.

Exploración y pruebas complementarias: buen estado general, auscultación cardiorrespiratoria normal. Abdomen normal. Pulsos periféricos presentes. Exploración neurológica: paraplejía flácida con reflejos disminuidos a nivel rotuliano y abolido el aquileo. Anestesia desde T7, afectando a protopática y epicrítica, reflejos abdominales disminuidos y reflejos cutáneos plantares indiferentes.

Analítica básica: hemograma, bioquímica y coagulación, sin hallazgos significativos. Radiografía de columna lumbar con signos osteo degenerativos. Angio-tomografía tórax: aorta torácica sin defectos de repleción, pulmones bien ventilados, hígado, bazo, páncreas, suprarrenales y riñones dentro de los límites normales, a nivel dorsal se observan alteraciones de la densidad que podrían corresponder a artefacto óseo, sin descartar patología isquémica medular. Resonancia magnética: hematoma epidural extenso con compresión medular, sobre todo a altura de T3 a T9 con imagen captante de contraste que sugiere posibilidad de malformación vascular, se aprecia zona de mielomalacia con edema intramedular significativo.

Juicio clínico: hematoma epidural en canal medular de predominio lumbar T3-T9, con imagen sugestiva de malformación vascular asociada. Shock medular.

Diagnóstico diferencial: aneurisma de aorta torácica, hernia discal protuida.

Conclusiones

La presentación atípica de esta patología nos llevó a un diagnóstico erróneo, y a la vez, muy común en atención primaria como es la lumbalgia mecánica. Este caso nos debe alentar a realizar un buen diagnóstico diferencial de las patologías más comunes en la población.

Palabras clave

Epidural hematoma, vascular malformation, lumbago.

Hernia de Spiegel encarcerada. A propósito de un caso

Moreno Obregón F¹, Neila López M², García Sardón P³

¹ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Cartaya. Huelva

² MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Bollullos del Condado. Huelva

³ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Bollullos Del Condado. Huelva

Ámbito del caso

Urgencias hospitalarias.

Motivos de consulta

Dolor en fosa ilíaca izquierda (FII) con vómitos y estreñimiento.

Historia clínica

Antecedentes personales: HTA, dislipemia, DM tipo 2 con microalbuminuria. ACV isquémico, enfermedad de Parkinson. Tratamiento: levodopa/carbidopa, metformina, diltiazem, olmesartán, torasemida, AAS y omeprazol.

Anamnesis: mujer de 80 años que presenta dolor en hemiabdomen izquierdo de 3 días, de perfil intermitente y no irradiado, que mejora parcialmente con el ventoseo. Se acompaña de estreñimiento, hiporexia y vómitos de contenido líquido y aspecto parduzco. En las últimas horas presenta anuria. Afebril.

Exploración: AEG, COC, BHYP. TA: 113/62. ACP: normal. Abdomen: blando, globuloso y depresible. Timpanismo en hemiabdomen superior, aunque doloroso en hemiabdomen izquierdo donde se palpa tumoración. Murphy y Blumberg: negativos.

Pruebas complementarias: Analítica: hemograma: 16.000 leucocitos con fórmula leucocitaria normal, resto de parámetros de hemograma, coagulación y gases venosos: normal. Bioquímica: glucosa: 251 mg/dl, urea: 214 mg/dl y creatinina: 5,94 mg/dl, resto: normal. Radiografía abdomen: gas y heces en asas intestinales. EKG: RS, 84 lpm. TAC abdominal sin contraste previa ecografía abdominal: obstrucción intestinal cuyo extremo distal se sitúa en yeyuno a nivel de una hernia de Spiegel encarcerada sin signos de isquemia.

Enfoque familiar y comunitario: vive acompañada por sus hijos.

Juicio clínico: hernia de Spiegel encarcerada.

Diagnóstico diferencial: procesos parietales (hemangiomas, fibromas, sarcomas, metástasis, seromas y abscesos) y enfermedades intraabdominales (diverticulitis, tumores de colon, implante tumoral peritoneal, tumor pélvico y quiste de ovario).

Identificación de problemas: los familiares no habían prestado mucha atención a las quejas de la paciente.

Tratamiento y planes de actuación: inicio de bomba de perfusión de dopamina por anuria y laparatomía mediante incisión transversa en FII con hernioplastia. Profilaxis con cefazolina 1g
Evolución: favorable. Alta hospitalaria a los pocos días.

Conclusiones

Es un tipo de hernia infrecuente (0,1 - 2%) y de difícil diagnóstico. Se da con más frecuencia en mujeres y de localización abdominal izquierda situándose la mayoría por debajo del músculo oblicuo mayor como era nuestro caso. Es fundamental una buena anamnesis y exploración. La prueba de confirmación es la ecografía o TAC de abdomen.

Palabras clave

Spigelian hernia, abdominal mass.

Dorsalgia e hipofonesis, a propósito de un caso en atención primaria

López Rojas M¹, Pérez Gómez S², Vázquez Alarcón R²

¹ Diplomada Universitaria en Enfermería. CS Vera. Almería

² Médico de Familia. CS Vera. Almería

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de consulta

Dorsalgia y tos.

Historia clínica

Antecedentes personales: fumador de unos 10 cigarrillos/día. Importante barrera idiomática que dificulta la anamnesis. Nacionalidad marroquí. Trabaja en la agricultura.

Anamnesis: varón de 51 años que acude en varias consultas a atención primaria (AP) y urgencias hospitalarias por dorsalgia y tos sin expectoración ni fiebre, siendo filiado como catarro de vías altas y dorsalgia de probable origen mecánico osteomuscular, pautando tratamiento sintomático con analgésicos y antitusivos sin respuesta. El paciente sigue consultando por tos y dolor no controlado hasta que se le detecta una mínima hipofonesis basal.

Exploración física: TA: 118/70, SO₂: 91%, FC: 115lpm. Trabajo respiratorio en reposo. AR: murmullo vesicular disminuido en base izquierda. AC: tonos taquicárdicos, no soplos. Resto sin hallazgos.

Pruebas complementarias: Bioquímica: PCR: 448, glucosa: 161, FA: 158, GOT: 164, VSG: 120. Hemograma: HB: 13, HTO: 41%, plaquetas: 423.000, leucocitos: 17.070 (82% PMN). Coagulación: IQ: 65%, TP: 15 segundos, fibrinógeno: 880. Gasometría arterial: PH: 7.43, HCO₃: 33. Resto normal. Radiografía de tórax: masa en lóbulo inferior derecho (lid), hidroneumotórax derecho, colapso pulmonar de lid. Baciloscopia, cultivo de micobacterias, hemocultivos y Mantoux negativos. Tac toracoabdominal: masa heterogénea, polilobulada de 90x78mm con necrosis tumoral en lid, adenopatías parahiliar e infracarinal. Derramenpleural con aire en su interior sugerente de pnoneumotórax. Fibrobroncoscopia: tumoración que ocluye completamente rama subsegmentaria de bronquio derecho (biopsias). Biopsia bronquial: carcinoma escamoso con focos de necrosis. Líquido pleural: compatible con empiema.

Enfoque familiar y comunitario: familiar nuclear normofuncional. No parientes próximos.

Juicio clínico: carcinoma escamoso de pulmón moderadamente diferenciado (T3 N2 M0) en lid. Pnoneumotórax derecho en posible relación con fístula broncopleural.

Diagnóstico diferencial: fractura vertebral, cifosis/escoliosis, espondiloartrosis, degeneración discal, dorsalgia funcional benigna, tumores primarios, metastásicos, infecciones, herpes zóster, fibromialgia, cólico biliar, úlcus péptico, aneurisma de aorta, pericarditis, cardiopatía isquémica

Tratamiento: quimioterapia.

Conclusiones

Se pretende reflejar la importancia de una adecuada anamnesis y exploración física así como uso de estudios complementarios sencillos y accesibles desde AP para el diagnóstico precoz de patologías potencialmente graves. En nuestro caso, se produjo un retraso diagnóstico al otorgar un origen mecánico a la dorsalgia sin investigar otras causas. Así mismo, destacar la dificultad añadida de la barrera idiomática.

Palabras clave

Back pain, lung carcinoma, hypoventilation

¿Qué esconde una hematuria?

Morillo-Velarde Moreno C¹, Fontans Salguero A¹, Alcalá Grande A²

¹ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Lucena II. Lucena (Córdoba)

² MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Rute. Córdoba

Ámbito del caso

La glomerulonefritis postinfecciosa es un proceso endocapilar agudo asociado a streptococo beta hemolítico grupo a (presenta antígenos que inducen la formación de inmunocomplejos que dañan el glomérulo). Presenta un periodo de latencia de 1-2 semanas. Tiene clínica de síndrome nefrítico agudo. Se observa una restitución en el 95%.

Motivos de consulta

Niño con hematuria de cuatro días de evolución la cual no cede a tratamiento con cefixima. No relacionado con traumatismo previo. Presentó un pico febril cinco días antes. Vacunación correcta.

Historia clínica

Exploración física: buen estado general, no petequias. Auscultación cardiopulmonar, abdominal y ORL: normal.

Pruebas complementarias: bioquímica con iones y PCR: normales. ASLO: 977. Función renal: v% 1,8; FG por la talla 91; EF NA 1,25; EF K 6; RTP 94; CA 0,35 mg/kg y día. Proteinuria: proteínas/creatinina 0,8. Inmunoglobulinas: IGG 1441, IGA 275, IGM 119. Ana y anca negativos. Hipocomplementemia C3. Orina 24 horas: proteína/creatinina 1,1. Sistemático de orina: eritrocitos 250/mcg, leucocitos 1100, proteínas 25 mg/dl. Hemocultivo y urocultivo: negativos. Ecografía renal: normal.

Diagnóstico diferencial: glomerulonefritis postinfecciosa: síndrome nefrítico aislado tras infección estreptocócica (cultivo para estreptococo betahemolítico a en exudado faríngeo o piel) con periodo de latencia. Hipocomplementemia C3 transitoria. Glomerulonefritis IGA: postinfección sin periodo de latencia (<24h), complemento normal. Glomerulonefritis de cambios mínimos: síndrome nefrítico puro (sin hematuria, HTA, ni fracaso renal) con proteinuria selectiva. Complemento es normal. ITU resistente a antibiótico: complemento y función renal normales. No depósitos glomerulares. No periodo de latencia.

Juicio diagnóstico: Glomerulonefritis postinfecciosa.

Discusión: Proceso endocapilar agudo asociado a streptococo beta hemolítico grupo a (presenta antígenos que inducen la formación de inmunocomplejos que dañan el glomérulo). Periodo de latencia de 1-2 semanas. Clínica de síndrome nefrítico agudo. Restitución en el 95%.

Conclusiones

Es importante su detección precoz puesto que sólo el tratamiento en las primeras 36h impide el desarrollo de la glomerulonefritis. A pesar de tener buen pronóstico, es peor en los adultos, formas no epidémicas, hipocomplementemia superior a 8 semanas y proteinuria de rango nefrótico.

Palabras clave

Glomerulonephritis, Poststreptococcal glomerulonephritis, Acute cistitis

Diagnóstico diferencial de lesiones en miembros inferiores

López Tello A¹, Cabello Romero A², Coronel Pérez I³

¹ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital de La Merced. Osuna (Sevilla)

² MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital de La Merced. Osuna (Sevilla)

³ FEA Dermatología. Hospital de La Merced. Osuna (Sevilla)

Ámbito del caso

Atención hospitalaria, urgencias.

Motivos de consulta

Lesiones dolorosas en miembros inferiores de dos meses de evolución.

Historia clínica

Antecedentes personales: mujer de 60 años con alergia a AAS y penicilina, dislipemia, tuberculosis pulmonar en 2001 correctamente tratada, linfadenitis granulomatosa necrotizante en seguimiento en medicina interna y hernia de hiato.

Anamnesis: en diciembre de 2015 acude a urgencias por lesiones dolorosas en miembros inferiores de dos meses de evolución que han ido en aumento.

Exploración: se apreciaban nódulos eritematosos rojo-violáceos distribuidos en cara anterior y posterior de ambas piernas, destacando en pierna izquierda un nódulo rojizo, descamativos y doloroso al TAC to. Afebril. No otra sintomatología.

Se indica tratamiento con prednisona y ante la no mejoría de las lesiones se decide derivar a consultas de dermatología donde se realiza biopsia cutánea con diagnóstico de: paniculitis de predominio lobular compatible con eritema indurado de Bazin. Se realizó detección de PCR para mycobacterium tuberculosis que fue negativa. La tuberculosis no estaba activa.

Diagnóstico diferencial: eritema nodoso, periarteritis nodosa cutánea, paniculitis infecciosa/traumática, paniculitis esclerosante, paniculitis lúpica.

Juicio clínico: eritema indurado de Bazin.

Evolución: la evolución de la paciente fue favorable con desaparición de las lesiones, quedando zonas de hiperpigmentación residual.

Conclusiones

El eritema indurado de Bazin consiste en una vasculitis de vasos de pequeño y mediano calibre localizado en el panículo adiposo, siendo la paniculitis un efecto colateral isquémico secundario a reacción de hipersensibilidad retardada mediada por células T a mycobacterium tuberculosis. El diagnóstico se basa en características clínicas e histopatológicas compatibles, buena respuesta a terapia antituberculosa y confirmación de la asociación con m. Tuberculosis por Mantoux fuertemente positivo o detección por PCR. El tratamiento de elección es la triple terapia antituberculosa (isoniacida, rifampicina y pirazinamida). El curso es crónico y con resolución lenta. El pronóstico es bueno. Por tanto, es importante incluir el eritema indurado de Bazin en el diagnóstico diferencial de formas atípicas especialmente en el eritema nodoso, sobre todo cuando las lesiones se distribuyan en la cara posterior de las piernas y su evolución sea prolongada. Se ha de realizar una anamnesis adecuada para descartar la existencia de enfermedad tuberculosa subyacente incluso en pacientes sin sintomatología y radiografía de tórax normal.

Palabras clave

Tuberculosis, eritema nodoso, eritema indurado

Diagnóstico diferencial del dolor torácico: un caso de pericarditis aguda

Romero Moreno S¹, Carricondo Avivar M², Gallardo Pastor M³

¹ FEA Urgencias. Hospital de Zafra. Badajoz

² MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Príncipe de Asturias. Utrera Norte (Sevilla)

³ Médico de Familia. CS Santa Ana. Dos Hermanas (Sevilla)

Ámbito del caso

Urgencia hospitalaria.

Motivos de consulta

Dolor torácico de 3 semanas de evolución.

Historia clínica

Enfoque individual: varón de 64 años sin antecedentes de interés que consulta por 3ª vez por dolor torácico irradiado a hombro izquierdo asociado a sudoración difusa que mejora parcialmente con metamizol y episodios de crisis hipertensivas. En la 2ª consulta, se objetiva fiebre de 38º y electrocardiograma con ascenso de ST de 1mm en I, II, AVL y cara anterior sugerente de pericarditis; analítica y radiografía normales, instaurándose tratamiento con ibuprofeno. En esta ocasión el paciente continúa con la misma clínica, sin haber mejorado a pesar del tratamiento.

Exploración física sin hallazgos significativos, analítica con leucocitosis con neutrofilia y radiografía con cardiomegalia. Posteriormente, ecocardiografía con derrame pericárdico leve a moderado.

Enfoque familiar y comunitario núcleo familiar en etapa IV (contracción). Jubilado de la construcción. Buen apoyo social.

Juicio clínico: pericarditis aguda complicada con derrame pericárdico.

Diagnóstico diferencial principalmente con infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST. Tratamiento, plan de actuación: se cursa ingreso en cardiología instaurándose tratamiento con colchicina y corticoides. Se añade a su tratamiento habitual antihipertensivo.

Evolución: mejoría sintomática y resolución del derrame pericárdico.

Conclusiones

La pericarditis aguda es un síndrome clínico plurietiológico que se manifiesta por dolor torácico, roce pericárdico y cambios evolutivos de la repolarización en el electrocardiograma. Aunque existen numerosas causas de pericarditis aguda, en nuestro medio, la etiología más frecuente es la idiopática o viral, especialmente en pacientes ambulatorios, en los que ésta representa más del 90% de los casos. La manifestación clínica fundamental es el dolor torácico, precordial irradiado a trapecio, cuello, espalda, hombro y brazo izquierdo. El signo característico y patognomónico de la pericarditis aguda es el roce pericárdico, el cual se ausculta en un 60-85% de los casos, aproximadamente. En el ECG se observa elevación difusa del segmento ST de concavidad superior (curva de lesión subepicárdica) y con ondas T positivas. El tratamiento consiste en reposo y la administración de aspirina o de otros antiinflamatorios no esteroideos. En pacientes con 2 o más recurrencias o con pericarditis incesante está indicado el tratamiento con colchicina.

Palabras clave

Acute pericarditis, chest pain, pericardial effusion

Uso de opioides en pacientes con dolor crónico en atención primaria

Alcalá García R¹, Molina Díaz R², León López F²

¹ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Zaidín Sur. Granada

² Médico de Familia. CS Zaidín Sur. Granada

Introducción

Uso de fármacos opioides en pacientes con dolor crónico en atención primaria de salud. Variabilidad, utilidad y seguridad del paciente.

Objetivos

1 describir el perfil clínico de los pacientes con dolor crónico en tratamiento con opiodes en cinco zonas básicas de salud (ZBS) de diferente nivel socioeconómico. 2 estimar el perfil de uso de opioides y la variabilidad interprofesional. 3 Evaluar el impacto del tratamiento con opiodes en la calidad de vida del paciente y resultados de eficacia y seguridad del paciente.

Diseño

Observacional descriptivo.

Emplazamiento

Ámbito. Atención primaria. Multicéntrico. Cinco ZBS de nivel socioeconómico medio-bajo y medio-alto con una población de referencia de habitantes y 31 médicos.

Población. Pacientes en tratamiento con analgésicos opioides al menos durante tres meses en el último año y diagnosticados de dolor por cualquier problema de salud.

Criterios inclusión. Edad superior o igual a 50 años, adscritos a las ZBS de estudio y con registro en historia clínica digital (HCD) de dolor con una duración superior a tres meses.

Criterios de exclusión: pacientes con deterioro cognitivo y/o mental severo; negativa a participar y fallecido en momento de la entrevista.

El tamaño muestral es timado para precisión del 4%, confianza del 95% y 11% de prevalencia de dolor crónico es de 400 pacientes. Del marco muestral se seleccionarán los pacientes mediante muestreo estratificado Intercentros y muestreo sistemático intracentro.

La fuente de identificación de casos se realizará mediante dos fuentes: HCD y aplicación informática sobre prescripción de: morfina oral, fentanilo transmucoso, oxycodona, buprenorfina y fentanilo transdérmico.

Mediciones. Tres fuentes: 1 aplicación informática fármacos. 2 historia clínica digital. 3 entrevista con paciente.

Las dimensiones y variables de estudio serán: 1 perfil del paciente. 2 perfil dolor, 2 perfil del profesional. 3 perfiles de opioides. 4 seguridad objetiva (efectos adversos) y percepción del paciente. 5 calidades de vida.

Material y métodos

Análisis: univariante, bivariente y multivariante; considerando variable dependiente la calidad de vida, eficacia analgésica percibida e indicadores de seguridad. Las variables predictoras/independientes serán: perfil clínico del paciente, perfil de opioides y perfil profesional.

Limitaciones: no representatividad en proyecto de: 1 pacientes con dolor crónico pero que rechazan tratamiento con opioides por des confianza. Sobre seguridad (sobres timaría seguridad y eficacia en es te proyecto). 3 pacientes en nivel asistencial hospitalario sin medicación de atención primaria. Se minimizarán dos potenciales sesgos informativos: deseabilidad social y validez de instrumento de medida.

Aplicabilidad

Ofrecer conocimiento sobre perfil clínico del dolor crónico en atención primaria y sobre toma de decisiones respecto al uso de opioides . Así como facilitar medidas de resultados en atención primaria relacionadas con seguridad y calidad de vida en el dolor crónico; al igual que evaluar oportunidades percibidas por paciente a través de u evaluación de calidad de vida.

Aspectos ético-legales:

Aprobado por comité de ética provincial; cumplimiento de requisitos documentales en distrito sobre protección de datos, consentimiento informado y uso de datos clínicos para investigación.

Palabras clave

Opioids analgesics, Cronic pain, Primary care

Erupción cutánea generalizada

Jiménez Fernández L¹, Torres Martín L²

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio de Herrera. Sevilla

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Estepa. Sevilla

Ámbito del caso

Hospitalario.

Motivos de consulta

Dolor abdominal y malestar general.

Historia clínica

Varón 55 años. No presenta alergias medicamentosas conocidas.

Antecedentes personales: niega hipertensión arterial, dislipemia ni diabetes mellitus. Hábitos tóxicos: no fumador, bebedor escaso (cerveza). Intervenido de hernia umbilical en 2012. Tratamiento habitual: no realiza. Acude a consulta de centro de salud por dolor abdominal en epigastrio irradiado en cinturón acompañado de náuseas y vómitos.

Regular estado general. Consciente. Orientado. Colaborador. Bien hidratado y perfundido. Auscultación cardiopulmonar: tonos rítmicos a buena frecuencia sin soplos. Buen murmullo vesicular sin ruidos patológicos. Abdomen: blando, depresible, doloroso a la palpación en epigastrio. Blumberg negativo. Murphy negativo. Ruidos hidroaéreos presentes. No signos de irritación peritoneal.

Derivamos a hospital para completar estudio: analítica: hemograma: serie roja sin alteraciones. Leucocitos 12250, neutrófilos 76 %, linfocitos 7.80 %. Sin alteraciones plaquetarias. Coagulación: TP: 14.1, fibrinógeno 781. Gasometría venosa: sin alteraciones del equilibrio ácido-base. Bioquímica: glucosa 113.9, urea 51, CRE 1.45, GOT 48, amilasa 363, lipasa 919, PCR 147.18. Orina: proteínas 75, bilirrubina 1, urobilinógeno 1. Radiografía de tórax: sin alteraciones. Radiografía de abdomen: normal. Ecografía de abdomen: vesícula distendida de paredes finas, sin cálculos en su interior, pequeño pólipo de 6.2mm. Riñones normales. No dilatación de vía biliar intra ni extrahepática. Páncreas y retroperitoneo no valorables. TAC de abdomen: normal.

Evolución: se le pauta al paciente paracetamol y nolutil vía intravenosa para el tratamiento del dolor. La familia del paciente avisa por lesiones eritematosas, en pseudodiana, distribuidas por tronco y miembros. Afectación de plantas y palmas de las manos. Biopsia cutánea: lesiones compatibles con pénfigo paraneoplásico / reacción medicamentosa.

Diagnósticos diferenciales: síndrome de Dress que cursa con lesiones cutáneas, edema facial, adenopatías, eosinofilia y afectación de algunos órganos (entre ellos el riñón).

Juicio clínico: toxicodermia.

Enfoque familiar y comunitario: el paciente está soltero, convive con sus hermanas, quienes están diariamente en el hospital.

Enfoque psicosocial: preocupación por el origen de las lesiones. No dolor abdominal durante la evolución. Al retirar el nolutil, las lesiones fueron desapareciendo.

Conclusiones

Importancia de los efectos secundarios producidos por medicamentos y la necesidad de identificarlos para el cese de los mismos.

Palabras clave

Síndrome de Dress, toxicodermia, erupción cutánea

Diagnóstico diferencial de hematuria y proteinuria: a propósito de un caso de síndrome del cascanueces

Rojas Arquero F, Melgares Ruiz R, Pérez Romera F

Médico de Familia. UGC de Adra. Almería

Ámbito del caso

Atención primaria y atención hospitalaria.

Motivos de consulta

Hematuria y proteinuria persistente.

Historia clínica

Enfoque individual: mujer de 34 años, sin antecedentes de interés, que consulta por orina oscura, dolor fosa renal y molestias miccionales. Es diagnosticada de cistitis vs cólico nefrítico y se le pauta empíricamente fosfomicina.

Ante la persistencia de la clínica se realiza urocultivo (negativo) y sistemático de orina que muestra hematuria y proteinuria. Se repiten unas semanas después con orina de 24 horas y estudio de función renal, confirmándose lo obtenido en la primera analítica. Se deriva a urología en donde realizan cistoscopia que mostro sangrado a nivel de uréter izquierdo y posteriormente una tomografía que evidenció una compresión y dilatación de la vena renal izquierda entre la mesentérica superior y aorta abdominal, siendo diagnosticada de síndrome del cascanueces.

Enfoque familiar y comunitario: casada y madre de una niña de 4 años, trabaja como profesora de educación física en un instituto. Persona activa en la comunidad, es voluntaria en cruz roja y ayuda en la organización de eventos deportivos en la localidad. Su familia de nacimiento vive en otra comunidad. Buena relación con la familia de su marido.

Juicio clínico. Durante el proceso diagnóstico se han barajado diferentes diagnósticos que se han descartado: infección urinaria, cólico nefrítico, patología tumoral y el diagnóstico final de síndrome de cascanueces.

Tratamiento. La paciente se trasladó a su comunidad de origen al existir allí mayor experiencia en este tipo de casos que en nuestro hospital de referencia. Fue intervenida mediante la colocación de un Stent en vena renal izquierda.

Evolución. Buen postoperatorio y evolución. Actualmente en tratamiento con hierro y ácido fólico (por anemia), hipotensores y doble antiagregación (ácido acetilsalicílico y clopidogrel). Está de baja laboral y con nuestro asesoramiento trabaja en la constitución de una asociación de afectados de esta enfermedad.

Conclusiones

Todo diagnóstico requiere de un diagnóstico diferencial objetivo yendo siempre de lo más común a lo más extraordinario. Aunque estamos ante una patología muy rara con casos contados a nivel internacional, es importante tenerla en cuenta ante un cuadro de hematuria persistente que se acompañe de proteinuria.

Palabras clave

Diagnosis differential, hematuria, proteinuria

La importancia de explorar al paciente. A propósito de un caso

Moreno Obregón F¹, Herrera Campos E², Ambrona García E³

¹ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Cartaya. Huelva

² MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Adoratrices. Huelva

³ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC El Torrejón. Huelva

Ámbito del caso

Urgencias hospitalarias.

Motivos de consulta

Dolor costal tras traumatismo.

Historia clínica

Antecedentes personales: no RAM. Fumador de 30 paquetes/año. IQ: hernia inguinal izquierda. Tratamiento: diazepam, omeprazol, metamizol y paracetamol.

Anamnesis: varón de 66 años que acude por persistencia de dolor en zona costal derecha tras caída accidental con el ciclomotor varios días antes. Es un dolor localizado, no irradiado, de carácter agudo y punzante que aumenta con la tos y con las inspiraciones profundas. No presenta cambios en la expectoración y tampoco hemoptisis ni esputos hemoptoicos. Afebril.

Exploración: afectado por el dolor, coc, BHYP y normocoloreado. Eupneico en reposo. TA: 147/100 mmhg. Sato2: 92% sin aporte. Inspección: hematoma en cara postero-lateral derecha de tórax. No se observa deformidad de tórax. Palpación: se palpa crepitación de enfisema subcutáneo en costado derecho desde cuello hasta abdomen. AC: tonos fuertes y rítmicos a 100 lpm. AP: disminución de MV en hemitórax derecho y crepitantes.

Pruebas complementarias: Analítica: hemograma, coagulación y bioquímica: normal. Gases arteriales: PH: 7,47; PCO2: norma, PO2: 58 y sato2: 92%. Radiografía tórax PA en inspiración y espiración y lateral: neumotórax derecho. Tac tórax: fracturas lineales sin desplazamiento de 8 arcos costales derechos. Se observa un marcado neumotórax derecho con disminución del volumen pulmonar y zonas de atelectasia basal y un muy significativo enfisema subcutáneo que se extiende disecando los planos musculares desde la región cervical derecha hasta el hemiabdomen derecho.

Enfoque familiar y comunitario: soltero, vive sólo, independiente para ABVD.

Juicio clínico: neumotórax traumático derecho. Enfisema subcutáneo.

Diagnóstico diferencial: asma, embolia, iam, disección aorta, rotura aneurisma, perforación de esófago, neumonía, pericarditis, síndrome del distrés respiratorio.

Tratamiento y planes de actuación: se coloca drenaje pleural con posterior control radiológico. Ingreso en neumología para ver evolución.

Evolución: favorable, con buen control del dolor sin llegar a precisar morfínicos. Leve derrame pleural derecho hemático. En el momento del alta se encuentra asintomático.

Conclusiones

Tras la anamnesis y mediante una buena exploración nuestros hallazgos clínicos se vieron reflejados en el TAC solicitado. De ahí, una vez más, la importancia de explorar bien al paciente, a pesar de tener escaso tiempo en las consultas tanto de urgencias como de atención primaria.

Palabras clave

Subcutaneous emphysema, pneumothorax, costal trauma.

Traumatismo craneal severo en el niño

Trillo Díaz E¹, Daryani Lachhman P², Tomás Monroy L³

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Vélez Norte. Málaga

² MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Nerja. Málaga

³ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Vélez Sur. Málaga

Ámbito del caso

Servicio de urgencias.

Motivos de consulta

Traumatismo craneal.

Historia clínica

Enfoque individual. Antecedentes personales: no alergias medicamentosas. No antecedentes médicos o quirúrgicos de interés.

Anamnesis: paciente de 4 años traído por O61 por traumatismo craneoencefálico accidental en domicilio (se le cae la televisión en la cabeza). Presenta buen nivel de conciencia inicial pero sufre deterioro posterior en urgencias, presentando vómitos y disminución del nivel de conciencia, por lo que es intubado y se procede a sondaje orogástrico. Se aprecia rinoliquorrea y otoliquorrea con cese espontáneo. El paciente ingresa en neurocirugía infantil.

Exploración física: escala de Glasgow a su llegada: 15/15, con tendencia al sueño aunque reactivo a estímulos; posteriormente Glasgow 8/15. Rinoliquorrea y otoliquorrea. Se aprecia parálisis facial periférica derecha leve. Hematoma frontal. Resto de exploración anodina.

Pruebas complementarias: TAC craneal: fractura de pared lateral, techo y lámina papirácea de la órbita izquierda. Base de órbita izquierda con fractura sin herniación. Fractura de pared medial de órbita derecha. 2 fracturas frontales izquierdas. Fractura de celdillas etmoidales. Fractura occipital derecha que se extiende a peñasco y pared externa del canal del nervio óptico derecho. Electroneurograma de nervios faciales: neuropatía axonal de nervio facial derecho ligero.

Enfoque familiar y comunitario: familia disfuncional: el paciente convive con su madre.

Juicio clínico: traumatismo craneoencefálico con fracturas craneales múltiples. Parálisis facial periférica del VII par derecho.

Tratamiento: intervenido por parte de neurocirugía.

Evolución: buena evolución desde su alta de planta. Cefalea con buen control analgésico. Parálisis facial periférica leve que ha mejorado desde el ingreso. Se ha mantenido en reposo sin nuevos episodios de rino u otoliquorrea. Revisión por ORL para estudio auditivo y por neurocirugía infantil con electroneurograma.

Conclusiones

Destacar la importancia del médico de familia a la hora de conocer los signos de alarma en relación con el deterioro neurológico, para poder actuar con agilidad en situaciones en las que un paciente previamente estable desde el punto de vista neurológico, sufra un empeoramiento brusco del nivel de conciencia u otros signos neurológicos. Saber identificar signos de alarma tales como en este caso la otorrea, que sugiere fractura a nivel de peñasco.

Palabras clave

Traumatismo craneal, otorrea, inconsciencia.

Diagnóstico de aneurisma de aorta abdominal en medicina rural

Ruiz Cinta J, Alconchel Cesar A, Lerate Torre F

Médico de Familia. Consultorio de Espera. Cádiz

Ámbito del caso

Atención primaria. Consultorio rural.

Motivos de consulta

Dolor lumbar irradiado a hipogastrio acompañado de pérdida de peso de 8 kg en 1 mes.

Historia clínica

Antecedentes personales: varón de 55 años sin alergias conocidas. Hipertenso. Dislipémico. Diabético. Ex fumador desde 2 años antes. Tratamiento basal: metformina 850/12h. Simvastatina 20mg/24h. Telmisartan 80mg/24h (que había abandonado desde 6 meses antes). Enfermedad actual: dolor lumbar de repetición en los últimos 6 meses, que se habían achacado a cólicos nefríticos de repetición. En el último mes pérdida de peso de unos 8 kg. Exploración complementaria: eco abdominal en consulta de atención primaria: imagen hipoecoica, pulsátil, que se veía en cualquier ventana y en cualquier proyección de unos 6 cm de diámetro.

Exploración física: exploración anodina a destacar abdomen globuloso, blando, no doloroso, se palpa (después de la ecografía) masa pulsátil a nivel periumbilical izquierdo.

Juicio clínico: aneurisma de aorta abdominal.

Plan de actuación: se derivó urgente a hospital de referencia, donde tras confirmar diagnóstico se trasladó a hospital de tercer nivel para su intervención quirúrgica.

Tratamiento: intervención quirúrgica, prótesis aórtica.

Evolución: el paciente evolucionó favorablemente y fue dado de alta sin incidencias. Actualmente en seguimiento por especializada y primaria.

Conclusiones

La ecografía se muestra como una exploración complementaria, de alto rendimiento, inocua y “relativamente” barata. Muy barata si, como en este caso, ayuda a diagnosticar patología potencialmente letal. Debería haber explorado primero al paciente antes que hacerle una ecografía, pero ¿sería el primero que no explora el abdomen a un paciente con una lumbalgia de 6 meses de evolución?. Por suerte para el paciente hacía poco tiempo que disponíamos de un ecógrafo en nuestro centro, y prácticamente buscábamos una excusa para hacer ecografías... y teníamos un paciente con posibles cólicos nefríticos... así que “a ver si le vemos la piedra”. Y vimos una imagen hipoecoica que dominaba toda la ventana ecográfica con 6 cm de diámetro y pulsátil.

Palabras clave

Abdominal aortic aneurysm, ultrasonography in primary care, new technologies in primary care.

No todo es lo que parece

Ruano García J¹, Tomás Monroy L², Sánchez Ruiz, Y³.

¹ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Torre Del Mar. Málaga

² MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Vélez Sur. Málaga

³ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Vélez Norte. Málaga

Ámbito del caso

Atención primaria y atención hospitalaria.

Motivos de consulta

Hombre de 33 años que consulta por amigdalitis crónica.

Historia clínica

Antecedentes personales: alérgico a aines. Exfumador. Bebedor esporádico. Paciente, con amigdalitis frecuentes (más de 8 episodios en un año), que acude a la consulta pidiendo información sobre un posible tratamiento definitivo y curativo de su enfermedad. Se decide derivar al paciente al ORL. Para valoración por su parte, quien indica intervención quirúrgica y durante el acto toma muestra de una posible lesión papilomatosa en amígdala faríngea. 15 días más tarde el paciente acude de nuevo a nuestra consulta para recoger los resultados de anatomía patológica (lesión compatible con sarcoma de Kaposi y papiloma en úvula).

Tras los resultados, primero informamos de la patología que presenta al paciente, e intentamos tranquilizarlo diciéndole que eran necesarias otras pruebas para llegar a un diagnóstico de base. Solicitamos una analítica completa con serología de ETS, TAC cervical y toracoabdominal. Una semana más tarde, el paciente acude a recoger los resultados de la analítica, la cual arroja una positividad para LUES y VIH, con resto de parámetros normales.

Exploración: CYC: adenopatías laterocervicales derechas. TAC: múltiples adenopatías cervicales y ambas regiones axilares con captación de contraste altamente sugestiva de afectación por Kaposi. No podemos descartar no obstante otras opciones como linfadenopatía asociada a VIH.

Juicio clínico: infección VIH pendiente de estadificar. Sarcoma de Kaposi en amígdala faríngea. Infección por LUES pasada y no tratada.

Planes de actuación: se realiza interconsulta a infecciosas con carácter prioritario, pendiente de ser citado para TAC y con repetición de prueba de VIH y LUES para su confirmación.

Conclusiones

Con este caso queremos resaltar la importancia que tiene realizar una buena anamnesis a nuestros pacientes (por ejemplo: indagar e informar sobre relaciones sexuales de riesgo), así como, no dejarnos llevar siempre por el diagnóstico más común y más prevalente de una patología - en nuestro caso, el paciente había consultado varias veces por amigdalitis y había sido tratado casi siempre con antibióticos, sin mejoría completa. No fue hasta que el paciente nos consultó por la posibilidad de ser visto por un especialista, cuando decidimos derivarlo al otorrino -.

Palabras clave

Hiv. Kaposi's sarcoma. Chronic tonsillitis

Un mismo motivo de consulta..., ¡y múltiples diagnósticos!

Franquelo Hidalgo B, Flores Montañés M, Rodríguez Escobar J

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro De Salud Palma-Palmilla. Málaga

Ámbito del caso

Atención primaria y urgencias hospitalarias.

Motivos de consulta

Mujer de 72 años con dolor intenso en hipocondrio derecho de varios días de evolución.

Historia clínica

Vive con su marido. Totalmente independiente para las actividades de la vida diaria. Ama de casa. Alergia a amoxicilina-clavulánico. Colectomizada, hipotiroidismo y dislipémica. Tratamiento: lorazepam, eutirox, simvastatina, omeprazol.

Paciente con antecedentes de CRU previo que acude a consulta por dolor en hipocondrio derecho continuo, no relacionado con los movimientos ni la ingesta, que irradia a espalda. Abdomen blando y depresible con intenso dolor en hipocondrio derecho. No palpo masas ni megalias. Murphy negativo. No irritación peritoneal. Se aprecia a nivel de dermatoma intercostal, algunas lesiones vesiculares, eritematosas, no pruriginosas, que no desaparecen a la presión.

Se pauta analgesia y tratamiento antirretroviral. Sistemático de orina normal. Se le recomienda vigilancia domiciliaria y si dolor persistente acudir al servicio de urgencias.

Juicio clínico: Herpes zóster vs patología urológica vs compromiso biliar postcolectomía.

Evolución: La paciente continúa con intenso dolor y acude a urgencias en varias ocasiones, donde se intensifica el tratamiento analgésico. Ante la persistencia de la sintomatología y visitas sucesivas a urgencias se amplía estudio con pruebas complementarias. Analítica: hemograma normal. Hemostasia normal. Creatinina 1.46, iones normales. Perfil hepatopancreático normal. PCR <2.9. Orina: leucocitos +. No hematíes. Nitritos negativos. Radiografía de abdomen normal. Ante un deterioro de la función renal se solicita eco abdominal, la cual confirma ectasia piélica grado I/IV derecha, sin litiasis en la vía excretora. Se deriva a consulta de urología para valoración. Pendiente de completar estudio.

Conclusiones

Antes de confirmar un diagnóstico clínico, se debe barajar la posibilidad de otros diagnósticos diferenciales sí, a pesar de tratamiento ambulatorio, la clínica persiste. La patología urinaria de esta paciente, además de presentarse de forma atípica, se había enmascarado con las lesiones típicas del herpes zoster. Es fundamental en atención primaria, donde no disponemos de una gran amplitud de pruebas diagnósticas, una adecuada historia clínica donde queden reflejados los antecedentes previos, la evolución y las medidas terapéuticas realizadas. En definitiva, no podemos identificar al enfermo con una "única patología", sino con "múltiples patologías" que puedan presentarse conjuntamente.

Palabras clave

Cru, cólico renal, herpes zoster, atención primaria, ectasia piélica.

Doctora me duele la espalda

Ureña Arjonilla M¹, Sanchez Torres E², Lendinez Durán I¹

¹ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Mancha Real. Jaén

² MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS José Barneo. Torredonjimeno (Jaén)

Ámbito del caso

Atención primaria, urgencias, atención especializada

Motivos de consulta

Dolor de espalda de 1 mes de evolución.

Historia clínica

Antecedentes personales: artrosis y osteoporosis en tratamiento con analgesia y bifosfonatos.

Anamnesis: mujer de 72 años que acude habitualmente a nuestra consulta por artralgiyas y dolores derivados de su osteoporosis. Se ha realizado correctamente y sin incidencias el programa de cáncer de mama hasta los 69 años. Refiere dolor de espalda, sobre todo en escápula derecha, se modifica con los movimientos, nos comenta que últimamente subiendo escaleras presenta algo de disnea. Lo asociamos a su patología de base y cambiamos analgesia. A los 15 días vuelve a consultarnos y comenta que la disnea va a más y que el dolor ya baja por el brazo.

Exploración: disminución del murmullo vesicular en hemitórax derecho con crepitantes basales, sato2: 91%. Se palpan adenopatías en axila derecha. Se hace radiografía de tórax urgente y se aprecia derrame pleural derecho que llega hasta lóbulo medio. Se decide derivar a urgencias para ingreso en medicina interna para estudio.

En la planta de hospitalización de realiza analítica: HB 11, fórmula leucocitaria normal, perfil tiroideo normal, colesterol total 230, PCR 75, CA 15-3 88 u/ml. Resto normal. Se realiza toracocentesis diagnóstica y evacuadora donde se podía objetivar que el líquido pleural no era infeccioso si no de naturaleza oncológica, con aumento de la LDH y una disminución del PH y la glucosa. TAC toracoabdomino pélvico: derrame pleural derecho que ocupa hasta lóbulo medio. Ecografía de mama: se visualiza masa que corresponde a proceso neoplásico. Se procede a PAAF diagnóstica de neoplasia de mama y adenopatías axilares. Anatomía patológica: carcinoma ductal de mama con afectación de ganglios axilares.

Se ha llevado el caso al comité de tumores y actualmente estamos esperando respuesta.

Conclusiones

Resalto la importancia de la exploración física, que se debe de hacer de forma rutinaria a todos los pacientes, aunque sea una enferma que siempre acude con la misma patología, a veces esos síntomas pueden ser signos de otra enfermedad de diferente naturaleza a la habitual, por lo que la exploración física minuciosa y una buena historia clínica nos pueden llevar a un diagnóstico diferente del esperado como en este caso.

Palabras clave

Breast neoplasm, Women's health, Back pain

Neumonitis química en paciente adolescente por consumo de cocaína

Rojas Arquero F, Melgares Ruiz R, Pérez Romera F

Médico de Familia. UGC de Adra. Almería

Ámbito del caso

Atención primaria/atención hospitalaria.

Motivos de consulta

Hemoptisis franca.

Historia clínica

Enfoque individual: hombre de 19 años, sin antecedentes que consulta por odinofagia sin tos, fiebre ni expectoración. Se le pauta ibuprofeno y líquido al no cumplir los criterios de centro para antibioticoterapia. Acude a urgencias un día después por persistencia de la clínica, indicándosele seguir con ibuprofeno y amoxicilina 750mg/8horas. Dos días después vuelve a la consulta por varios episodios de hemoptisisfranca con la tos a lo largo de esa mañana.

Se pide una radiografía en la que se observa un infiltrado basal derecho. Estable hemodinámicamente, es trasladado a urgencias de hospital en donde piden hemocultivo, antigenuria, estudio de esputo y analítica siendo ingresado a cargo de neumología. Durante el ingreso el paciente es tratado con antibioticoterapia empírica y se somete a Mantoux (0mm) . Tras 5 días de ingreso sin llegar a un diagnóstico, esre-historiado, reconociendo consumo de cocaína los días previos a la clínica.

Enfoque familiar y comunitario: sortero y sin hijos, vive con sus padres y hermana mayor. No estudia pero trabaja en la construcción con su padre. Mantiene las amistades de su infancia, todos ellos del barrio y con un perfil similar (sin estudios superiores y trabajadores de la construcción agricultura. Tío materno muerto en su infancia por consumo de drogas.

Juicio clínico. Diagnosticado inicialmente de faringitis, ante la aparición de signos de alerta se pensó en neumonía, tuberculosis o proceso neoclásico; siendo diagnosticado finalmente de neumonitis química por consumo de cocaína.

Tratamiento: el paciente es dado de alta con pauta de antibioticoterapia oral así como con corticoides orales durante 1 semana más.

Evolución: el paciente evoluciona favorablemente. Es derivado a una asociación de drogodependientes de la localidad y al centro de drogodependencia de la diputación provincial. Actualmente asiste con sus padres a sesiones complementarias de psicoterapia breve y de atención familiar con nosotros y se ha sometido voluntariamente a controles de drogas.

Conclusiones

Una buena historia clínica es la base de todo diagnóstico. Si se hubiese insistido en el consumo de tóxicos, el paciente se podría haber evitado pruebas y tratamientos innecesarios, con el consiguiente riesgo para su salud.

Palabras clave

Hemoptysis, Medical history taking, Pneumonia

Disnea en decúbito y tos en mujer de 30 años con antecedente traumático en los días previos

Rodríguez Martínez R¹, Sánchez García N², Díaz Fernández M³

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Plaza de Toros. Almería

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Nueva Andalucía. Almería

³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Viator. Almería

Ámbito del caso

Atención primaria, servicios de urgencias y atención especializada. Caso multidisciplinar.

Motivos de consulta

Disnea en decúbito y tos en mujer de 30 años con antecedente de fractura isquiopubiana tras caída accidental previa.

Historia clínica

Antecedentes personales: NAMC. Sin interés.

Anamnesis: paciente de 30 años que solicita atención por el servicio de urgencias del centro de salud. En su domicilio la paciente refiere sensación disneica en decúbito y tos con dificultad para la expectoración. La paciente había sufrido caída accidental por escaleras dos días antes, acudiendo a urgencias donde se le diagnóstico fractura de rama isquiopubiana de pelvis derecha no desplazada, derivándose a domicilio con recomendación de reposo.

Exploración: la paciente presenta buen estado general, Glasgow de 15 puntos, sin disnea en sedestación. En la auscultación respiratoria se detecta una abolición completa del murmullo vesicular en hemitórax izquierdo.

Se decide traslado al servicio de urgencias del hospital de referencia. En urgencias hospitalarias se le realiza RX tórax (desplazamiento mediastínico a izquierda con pérdida de volumen en dicho hemitórax).con posterioridad TAC toraco-abdominal, que se informa como colapso completo del lóbulo inferior izquierdo con desplazamiento mediastínico y ocupación-obliteración completa del bronquio lobar inferior. No se observan fracturas costales ni neumotórax. Ante la potencial gravedad la paciente ingresa en UCI para monitorización y tratamiento.

Evolución: buena evolución en UCI tras tratamiento con mucolíticos inhalados, broncodilatadores, decúbito lateral derecho y analgesia. Control radiográfico con mejoría. Pasa a planta de cirugía donde continua la buena evolución. Posterior alta y seguimiento por MAP y consulta de cirugía.

Conclusiones

Los politraumatismos son unas de las principales causas de muerte en las primeras cuatro décadas de la vida. La muerte sobreviene en las primeras horas tras el accidente, y aún superada esta etapa, persiste el riesgo de aparición de importantes complicaciones. Las bases del manejo pre-hospitalario y la atención inicial al paciente politraumatizado están claramente establecidas y aceptadas unánimemente. Sin embargo, el seguimiento y la vigilancia estrecha tras el alta hospitalaria no está tan claramente definida. A nuestro parecer esta función recae en el médico de atención primaria, que es pieza esencial para el control y seguimiento de estos pacientes, como ha quedado plasmado en el caso clínico presentado.

Palabras clave

Polytrauma, traumatic injuries, radiology

¡Doctores!. ¿somos sólo la puerta de entrada al sistema sanitario?

Ruiz Rodríguez M¹, Fernández Carmona C², Del Cuerpo Navarro A³

¹ Médico de Familia. CS Santa Fe. Granada

² Enfermera. CS Santa Fe. Granada

³ Celador-Conductor. CS Santa Fe. Granada

Ámbito del caso

Atención primaria-urgencias extrahospitalarias. ZBS. Rural

Motivos de consulta

Debilidad miembros izquierdos.

Historia clínica

Mujer de 30 años, NAMC, sin antecedentes de interés y no realiza ningún tratamiento. Refiere pérdida de sensibilidad en brazo y pierna izquierda. El brazo desde hace dos días y desde esta noche la pierna y la parte izquierda de la cara y la lengua. No cefalea, náuseas, vómitos ni otra sintomatología.

Exploración: BEG, consciente, orientada, colaboradora, normoperfundida y buena coloración mucocutánea. ACR: rítmica sin soplos; murmullo vesicular conservado sin ruidos patológicos. Disminución de fuerza (4/5) y claudicación de miembros izquierdos con hipoestesia de mismo hemicuerpo. Disminución de sensibilidad en región malar izquierda. Pares craneales normales. TA: 118/75; FC: 108; DTT: 134; Tª: 37.2°C.

Juicio clínico: accidente cerebro vascular (ACV).

Tratamiento: canalización de vía periférica, perfusión de suero fisiológico, reposo en decúbito con cabecero a 30°, control de constantes y derivación a urgencias hospital neurotraumatológico.

Evolución: urgencias: activan código ictus. TAC: no objetiva hallazgos patológicos. NIHSS 3. Dada la escasa puntuación y la falta de datos del TAC deciden no realizar fibrinólisis y observar evolución. RNM: pequeño aneurisma de 2 mm para-oftálmico, postero-inferior derecho. Evoluciona satisfactoriamente hasta quedar asintomática.

Diagnóstico: episodio de hemiacorchamiento izquierdo sin correlato estructural, cabe postular naturaleza migrañosa. Resonancia de control sin cambios. Permanece asintomática. No ha realizado seguimiento alguno en atención primaria (AP).

Conclusiones

Aunque menos, siempre existe riesgo de sufrir un ACV en cualquier rango de edad. En jóvenes habrá que valorar más aún la posibilidad de realizar fibrinólisis precoz con la activación del código ictus. Criterios de activación: Edad <80. Situación previa, dependencia. Tiempo de evolución. Déficit neurológico (escala Cincinnati) y NIHSS. Existe dificultad para detectar un ACV por la población general. Principal causa de demora en la atención precoz del ACV. Debemos insistir en la educación poblacional. Parece existir aún descoordinación entre AP y especializada (AE): Activación del código ictus en urgencias hospitalarias pese a incumplir el criterio del tiempo transcurrido. ¿Se obvió la historia realizada en urgencias extrahospitalarias? Es llamativa la falta de continuidad asistencial por AP. No ha vuelto a la consulta de AP aunque si se han realizado controles por AE.

Palabras clave

Stroke, thrombolysis, emergency

Estudio de un síndrome constitucional

Martínez Cabello R¹, González Armayones M¹, Jiménez Fernández L²

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Estepa. Sevilla

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Herrera. Sevilla

Ámbito del caso

Atención hospitalaria.

Motivos de consulta

Cuadro de pirosis y vómitos alimentarios desde hace dos años que en los últimos 3 meses se complicado con anemia (hemoglobina 8.5); insuficiencia renal progresiva (creatinina 3.49, hace 7 creatinina 1.6); dolores óseos -más acentuado en los costados, brazo derecho y zona lumbar- y deterioro general con pérdida de peso (20kg en menos de un año).

Historia clínica

Mujer de 74 años sin alergias medicamentosas, hipertensa, diabética tipo 2, no dislipémica, niega hábitos tóxicos, insuficiencia cardíaca, gonartrosis y cervicoartrosis severa. Medicación crónica: omeprazol 20 mg, AAS 100 mg, linagliptina 5 mg, carvedilol 6.25, lactulosa y cinitrapida.

Exploración física: palidez mucocutánea; auscultación cardiorrespiratoria: corazón rítmico, soplo sistólico II/VI, mínimos crepitantes en ambas bases, mínimos edemas con fovea en miembros inferiores, afebril.

Pruebas complementarias: análisis de sangre: hemoglobina 8.6, leucocitos 5.8, neutrófilos 67.6%, plaquetas 253, glucosa 110.7, urea 135, creatinina 3.50, sodio, potasio y PCR normal, VSG>140, anca positivo, marcadores tumorales negativos; endoscopia y colonosopia: normal; TAC toraco abdominal: cardiomegalia, cambios degenerativos de esqueleto axial; RMN de columna: espondiloartritis severa; mapa óseo: lesiones radio lúcidas en calota y hombro derecho; inmuno fijación en suero: no bandas monoclonales, aspirado medular: incompatible mieloma, orina: hematuria, proteinuria 2.5g, leucocituria, filtrado glomerular 11; biopsia renal: semilunas, no depósitos de inmunoglobulinas en el glomérulo,

Juicio clínico: glomerulonefritis rápidamente progresiva tipo III (posible vasculitis).

Diagnóstico diferencial: neoplasia, gammapatía monoclonal, arteritis de la temporal, otras nefropatías.

Enfoque familiar y comunitario: la paciente es autónoma con progresiva limitación diaria asociada a su patología. Tiene un buen soporte familiar y una pensión del estado.

Tratamiento: dieta protección renal, corticoides y ciclofosfamida.

Evolución: desfavorable durante la hospitalización, la insuficiencia renal se fue acentuado hasta que se llegó al diagnóstico y se trató con corticoides. Tras controlar la patología la paciente fue dada de alta con mejoría clínica evidente.

Conclusiones

Gracias a la atención primaria se puede hacer un seguimiento evolutivo del paciente y valorar síntomas de alarma (anorexia, astenia, hematuria) que pueden hacer sospechar una patología renal, para ello es importante una correcta anamnesis y realizar una exploración completa (incluido peso y talla) con control analítico de sangre y orina.

Palabras clave

Glomerulonephritis, renal failure, pallor.

¿Hemos mejorado la atención a nuestros pacientes con asma?

Castillo Jimena M¹, Crossa Bueno M², Campos Cuenca Á², Toro Gallardo V³, Real López A³, Sánchez Sánchez C¹

¹ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Victoria. Málaga

² MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Victoria. Málaga

³ MIR 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Victoria. Málaga

Objetivos

Describir la calidad del proceso asistencial asma (PAI-asma) en nuestro centro de salud (CS) y comparación de resultados con auditoria de 2014 para identificar áreas de mejora.

Diseño

Estudio descriptivo transversal, auditoria interna.

Emplazamiento

CS urbano.

Material y método

Población: pacientes incluidos en PAI-asma (febrero 2016).

Criterios de selección: muestreo aleatorio sistemático.

Tamaño muestral: 10% de pacientes en PAI-asma.

Variables edad, sexo.

Indicadores: 15 criterios de calidad del PAI-asma.

Método de evaluación: cumplimiento del criterio en historia clínica digital.

Resultados

Se incluyeron 66 pacientes (n=660), edad media 45'15, desviación estándar 20'47. Mujeres 71%.

Cumplimiento de criterios de calidad: diagnóstico funcional de asma 20%; registro del criterio alguna vez/en el último año/ anual respectivamente: de espirometría: 61%; 18%; 5%; gravedad (gema 2009): 55%; test de control de asma (act): 15%; 6%; 2%; agudizaciones: 64%; 15%; 5%; hábito tabáquico: 74%; 12%; 3%; manejo de inhaladores: 26%; 3%;2%; vacunación antigripal: último año 27%, anual 21%; vacunación antineumocócica alguna vez 6%.

Comparación de resultados 2014-2016: diagnóstico funcional (13'8% -20%), espirometría anual (1'7% - 5%); gravedad (46'6%- 55%), control de síntomas (8'6% -15%), con disminución del registro anual (3'4%-2%), se mantiene el registro de agudizaciones (65'5% -64%), mejora del registro de hábito tabáquico (67'2%-74%),educación sanitaria en manejo de inhaladores alguna vez (15'5% -26%) y anual (0% -2%), y disminución de cobertura de vacunación antigripal (29'3% -27%).

Conclusiones

A pesar de la mejoría de indicadores entre ambas auditorías, continúa existiendo importantes áreas de mejora en este proceso asistencial.

Palabras clave

Asthma (asma), quality indicators, health care (indicadores de calidad de sistema sanitario), primary health care (atención primaria).

Doctora, esta vez no soporto el dolor del cólico renal

Sánchez Torres E¹, Lendínez Durán I², Ureña Arjonilla M²

¹ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS José Barneo. Torredonjimeno (Jaén)

² MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Mancha Real. Jaén

Ámbito del caso

Consulta de atención primaria y urgencias hospitalarias.

Motivos de consulta

Dolor abdominal y vómitos en poso de café.

Historia clínica

Anamnesis: paciente de 51 años sin antecedentes patológicos de interés. Refieren familiares consumo de antiinflamatorios no esteroideos sin protector gástrico, a demanda. Presenta desde hace un día dolor abdominal que se inicia a nivel de fosa lumbar derecha y que se irradia a hemi cinturón derecho y se localiza en epigastrio. Acudió a urgencias hace unos días con diagnóstico de cólico renal dándose de alta por su parte. Acude a consulta por dolor intenso abdominal, de iguales características, con náuseas y vómitos en pequeña cantidad que según la paciente describe como vómitos en poso de café. Última deposición de características normales hace dos días. Afebril.

Exploración general: tensión arterial 108 / 70. Abdomen tenso, en tabla, muy doloroso a la palpación en hemiabdomen superior, marcada reacción peritoneal. Acentuado en epigastrio. Peristalsis conservada. Se deriva a urgencias hospitalarias en ambulancia medicalizada pautándose suero salino fisiológico 100ml intravenoso y paracetamol 1 gramo intravenoso, monitorizada. En urgencias se realiza TAC abdominal con diagnóstico: probable úlcus perforado. Perforación pilórica; por lo que se intervino de urgencia por parte del servicio de cirugía general (laparotomía exploradora y sutura gástrica) dándose posteriormente de alta con analgésicos y cita para control endoscópico posterior con el servicio de digestivo, con cirugía y con evolución por atención primaria.

Conclusiones

La aplicabilidad de éste caso para la medicina de familia y comunitaria es la importancia de educar a los pacientes con sus hábitos diarios, tanto de dieta, factores de riesgo como toma de medicación. Dicha paciente estaba acostumbrada a tomar antiinflamatorios no esteroideos durante más de tres veces al día, y sin el estómago lleno, sin indicación por nuestra parte y sin saber lo perjudicial que podría ser en un futuro.

Palabras clave

Antiinflamatorios no esteroideos, perforación, dolor abdominal

Obstrucción intestinal secundaria a hipopotasemia

Cabello Romero A¹, López Tello A², Torre Martín I²

¹ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital de La Merced. Osuna (Sevilla)

² MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital de La Merced. Osuna (Sevilla)

Ámbito del caso

Paciente derivada desde atención primaria a atención hospitalaria (urgencias).

Motivos de consulta

Dolor y distensión abdominal.

Historia clínica

Antecedentes personales: mujer de 89 años, intolerante a la pregabalina, con antecedentes personales de hipertensión arterial, espondiloartrosis cervical y fractura de C1. En tratamiento con ramipril 5mg/24h, amiloride/hidroclorotiazida 5/50 mg/24h, amitriptilina 25 mg/24h, omeprazol 20mg/24h, metamizol 575 mg /8h y tramadol/paracetamol 37,5 mg /325 mg.

Anamnesis: la paciente acude al servicio de urgencias, derivado de atención primaria por dolor y distensión abdominal acompañado de estreñimiento de 24 horas de evolución y náuseas, sin vómitos ni fiebre.

Exploración física: abdomen: globuloso, no depresible, doloroso a la palpación generalizada, no presencia de signos de irritación peritoneal. No defensa involuntaria. Ruidos abolidos. No se palpan masas

Exploraciones complementarias: Analítica: destaca hiperglucemia, hipopotasemia y leucocitosis. Radiografía abdomen: dilatación de asas intestinales con niveles hidroaéreos. TAC abdomen: vólvulo en sigma.

Diagnóstico diferencial: hernia incarcerada, bridas, fecaloma, invaginación, isquemia mesentérica.

Juicio clínico: vólvulo en sigma secundario a hipopotasemia.

Plan de actuación: se administra enema rectal que es efectivo y cloruro potásico. Posteriormente fue valorada por el cirujano de guardia que aconsejó sonda Foucher, con lo que mejoró tanto clínica como radiológicamente, por lo que desde el servicio de cirugía se desestimó la intervención.

Conclusiones

La obstrucción intestinal es un conjunto de signos y síntomas que se pueden producir por diversas patologías lumenales (bezoares, litos), extralumenales (adherencias) o intramurales (enfermedad de Crohn) del tracto gastrointestinal, peritoneal y sistémico, que dan como problema principal la imposibilidad de canalizar gases y evacuar el contenido intestinal. Ocupa un 20% de las admisiones quirúrgicas agudas y es una de las causas de intervención quirúrgica más frecuentes. El diagnóstico se realiza mediante pruebas de laboratorio y de imagen. El tratamiento consiste en: rehidratación, corrección del desequilibrio hidroelectrolítico, aplicar sonda de Foley, sonda nasogástrica, intubación del intestino delgado, uso de antibióticos y manejo quirúrgico. Ante una sospecha de obstrucción intestinal, a parte de las causas mecánicas, que son las más frecuentes, habría que incluir en el diagnóstico diferencial, las alteraciones electrolíticas, por lo que siempre que se sospeche ésta, habrá que derivar al hospital para realizar las pruebas complementarias adecuadas y descartar patología urgente

Palabras clave

Obstrucción, vólvulo, hipopotasemia

Rinorrea unilateral

Jodar Casanova C, Colchero Calderón M

Médico de Familia. CS Olivares. Sevilla

Ámbito del caso

Consulta de médico de atención primaria rural.

Motivos de consulta

Paciente mujer de 53 años de edad, que consulta en junio de 2015 por cuadro catarral de vías altas, tratado de manera convencional.

Historia clínica

Acude nuevamente en las dos semanas siguientes por persistencia de la tos con sensación de disnea en las crisis y rinorrea intensa. En esta ocasión se le indicó tratamiento con azitromicina, loratadina y budesonida nasal cada 12 h.

Al mes, consulta por goteo nasal desde el catarro que no ha cedido, siendo cada vez más intenso, con la particularidad de que se ha hecho uniorificial, claro -como agua de roca- y que aumenta con las maniobras de Valsalva. Inmediatamente procedemos a solicitar una interconsulta al servicio de ORL para descartar fistula de LCR etmoidal como primera sospecha diagnóstica.

A la semana consulta de nuevo por empeoramiento de la tos con disnea, fiebre y cefalea presentando una auscultación cardiopulmonar patológica bronquial, con roncus dispersos y saturación de oxígeno al 97%. En esta ocasión derivamos al servicio de urgencias hospitalario, indicando la historia previa y explicando en el informe que ha sido derivada a ORL por la persistencia de la rinorrea uniorificial de líquido claro en agua de roca, para acelerar la atención.

En el servicio de urgencias toman una muestra de la secreción nasal para análisis etiológico y adelantan la cita de consulta en ORL. Se confirma que la secreción corresponde a líquido cefalorraquídeo confirmando la existencia de la fistula etmoidal. Desde allí (el 14 de julio) es derivada a consulta de neurocirugía de forma preferente. El día 22 de julio es valorada en neurocirugía donde aconsejan programa de vacunación de adultos y valoran tratamiento quirúrgico

Tras las vacunaciones y las pruebas complementarias necesarias, es intervenida con resultado exitoso en diciembre de 2015.

Conclusiones

Presentamos este caso excepcional de presentación espontánea de una fistula etmoidal, donde el dato clave fue la secreción en agua de roca unilateral. La coordinación entre los diferentes servicios posibilitó la resolución del caso. El seguimiento de la paciente en atención primaria requirió especial asistencia preventiva de infecciones con especial gravedad.

Palabras clave

Ethmoidal fistula, neurosurgery, primary care.

Debut y manejo de diabetes tipo 2 en paciente joven en atención primaria

Lendinez Durán I¹, Sánchez Torres E², Ureña Arjonilla M¹

¹ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Mancha Real. Jaén

² MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS José Barneo. Torredonjimeno (Jaén)

Ámbito del caso

Mixto: atención primaria, atención hospitalaria.

Motivos de consulta

Poliuria con nicturia.

Historia clínica

Varón de 45 años, sin antecedentes médicos ni quirúrgicos ni alergias medicamentosas conocidas, que consulta porque desde hace 2 años nota que la frecuencia miccional es cada vez mayor y por la noche se levanta para orinar una media de 2-3 veces, boca muy seca con aumento de la sed. No refiere pérdida de peso ni aumento de apetito. Fumador de 2 puros los fines de semana y bebedor ocasional de fin de semana.

Exploración física por aparatos y sistemas normales, excepto sensibilidad vibratoria en ambos pies ausente. TA en diferentes tomas y días 172/102 mmhg.

Pruebas complementarias: glucemia capilar en consulta 300. Analítica general con hemograma y coagulación normal. Colesterol total 315mg, triglicéridos 473, HDL y LDL no calculables por hipertrigliceridemia. HBA1C 13%. Cetonemia 2,6. Combustorina con glucemia y cetonuria positiva.

El paciente pertenece a una familia nuclear normofuncionante, en fase III o etapa final de la expansión, con 3 hijos sanos. Como antecedentes familiares tiene una hermana sana, padre hipertenso y madre diabética tipo 2 no insulina-dependiente diagnosticada hace 7 años con buen control metabólico.

Nos planteamos el diagnóstico diferencial entre una diabetes mellitus o una diabetes insípida que descartamos tras pruebas complementarias que nos confirmaron el diagnóstico de diabetes mellitus. HTA. Dislipemia.

Se inició tratamiento con 20 unidades de levemir a las 23h, enalapril 20mg y simvastatina 20mg. Enseñamos, junto con enfermería, nociones básicas de dieta de diabetes, determinaciones de glucemia capilar y técnica de inyección de insulina. Derivamos a consulta endocrinología. Citamos cada 1-2 semanas, durante 9 meses, con controles de glucemia capilar, presentando actualmente cifras en torno a 121 y HBA1C 5,9% con desaparición de la clínica.

Conclusiones

La importancia de este caso radica en que la medicina de familia ejerce un papel fundamental y tenemos una posición privilegiada por accesibilidad, continuidad en la asistencia e integración de los cuidados trabajando coordinados con enfermería para un buen control metabólico del paciente. Esto nos anima a participar de forma todavía más activa en su tratamiento, evitando futuras complicaciones y mejorando su calidad de vida.

Palabras clave

Diabetes mellitus type 2, Primary health care, Diabetic ketoacidosis

Los colirios también son medicamentos

García González J¹, Chávez Sánchez J¹, Carbajo Martín L²

¹ Médico de Familia. DCCU. AGS Sur de Sevilla. Sevilla

² Médico de Urgencias. Hospital de Alta Resolución Utrera. Sevilla

Ámbito del caso

Urgencias extrahospitalarias.

Motivos de consulta

Hipertensión arterial.

Historia clínica

Mujer de 77 años con AP de HTA, DM, osteoporosis y poliartritis. Avisan por cifras altas de TA (176/97 mmHg) en control domiciliario. A nuestra llegada al domicilio se encuentra asintomática con cifras de TA de 145/89 mmHg. En la exploración se detecta frecuencia cardíaca de 40 lpm. Resto de la exploración sin hallazgos. EKG: bradicardia sinusal a 42 lpm, no signos de bloqueos, no alteraciones agudas de la repolarización.

La paciente está asintomática, no refiere mareo, síncope, dolor torácico ni disnea. Interrogada de nuevo, refiere inicio de tratamiento con colirio de timolol hace 20 días tras detección de presión intraocular elevada en la revisión por oftalmólogo.

Juicio clínico: bradicardia secundaria a timolol. Tensión arterial controlada.

Evolución: se remite a centro hospitalario para valoración oftalmológica para considerar cambio de tratamiento, ya que impresiona de bradicardia secundaria a fármacos. A los quince días la paciente acude a MAP para control: en oftalmología han cambiado timolol por latanoprost y en este momento presenta una frecuencia cardíaca de 80 lpm, se mantiene asintomática.

Conclusiones

El timolol es un antagonista de los receptores beta-adrenérgicos utilizado en el tratamiento de la presión intraocular elevada, pero además como beta-bloqueantes, disminuye la conducción a través del nodo AV, pudiendo provocar como en este caso cuadros de bradicardia. La población está cada vez más polimedicada y el médico de atención primaria debe conocer los efectos secundarios de los medicamentos para no obviar la patología que pueden provocar cuando se presenta. Los colirios, cada vez más utilizados, deben considerarse como medicamentos. En los pacientes polimedicados en seguimiento por varios problemas de salud, es necesario un proceso de conciliación terapéutica en beneficio de su salud. El mejor ámbito para realizarlo es la atención primaria y debe incluir la consideración de los posibles efectos secundarios de los fármacos y de las interacciones entre ellos.

Palabras clave

Bradycardia, adverse effects, adrenergic beta-antagonists

Pacientes típicos con fracturas atípicas

Lemos Pena A¹, Ojeda López L², García Sánchez M³

¹ Médico de Familia. UGC Posadas. CS Almodóvar del Río. Córdoba

² MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Almodóvar del Río. Córdoba

³ Médico de Familia. UGC Posadas. Córdoba

Ámbito del caso

Atención primaria y urgencias.

Motivos de consulta

Dolor en cadera dcha.

Historia clínica

Mujer de 57 años con artritis reumatoide de 25 años de evolución en seguimiento por reumatología. HTA. Menopausia a los 40 años. Fumadora habitual de 15cig/día. En tratamiento con leflunomida, folico, metotrexato, indometacina, diazepam, calcio/vd, ieca y omeprazol. Crisis frecuentes de artritis que han precisado tratamiento con corticoides.

Consulta en urgencias por dolor en cadera derecha en relación con resbalón hace 5 días. No presenta deformidad ni hematoma ni impotencia funcional, tan solo dolor a la deambulación y palpación de la cadera. Se solicita estudio radiológico para descartar fractura de cuello de fémur a pesar de ausencia de signos clínicos.

Una semana más tarde consulta en atención primaria por mismo motivo, dado que no han cambiado los hallazgos exploratorios y está en tratamiento analgésico de segundo escalón, se plantea realizar reposo adecuado, que no ha hecho. Se cataloga como bursitis de cadera postraumática y se plantea incluso infiltración si no mejora con el reposo indicado.

Dos meses después del traumatismo inicial la paciente acude nuevamente a urgencias remitida desde la consulta de reumatología, donde en revisión programada realizan eco de cadera que descarta bursitis. Al revisar imagen radiológica inicial descubren fisura diafisaria de fémur proximal.

Conclusiones

Cuando no se encuentra lo esperado, debemos buscar lo atípico. La paciente típica con menopausia precoz, enfermedad crónica, fumadora y en tratamiento reiterado con corticoides no presentaba fractura típica de cuello de fémur, sino fractura atípica por estrés en relación con el uso prolongado de bifosfonatos. Se aconsejó retirada de los mismos y mantener miembro en descarga de 3 a 4 semanas

Palabras clave

Bisphosphonates; femoral fractures; fatigue fractures.

Saturnismo, enfermedad poco prevalente pero de alto valor clínico

Cordova Medina A¹, Boujida Bourakkadi T², García Castro A³

¹ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Arrayanes. Linares (Jaén)

² Médico de Familia. CS Bailén. Jaén

³ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San José. Linares (Jaén)

Ámbito del caso

Urgencia hospitalaria.

Motivos de consulta

Malestar general.

Historia clínica

Varón de 55 años, atendido en el servicio de urgencias, por sensación distérmica, astenia importante de 10 días de evolución. Dolores generalizados sin respetar el descanso nocturno, dolor torácico de características no isquémicas, que se modifican con la inspiración profunda, dolor abdominal generalizado irradiado a la región lumbar, estreñimiento de 3 días de evolución, que no mejora con analgesia habitual. Pérdida ponderal de 10 kg, por falta de apetito y plenitud precoz, de 7 días de evolución. No nausean ni vómitos, ni tos ni expectoración. Orina levemente colúrica.

Antecedentes personales sin datos de interés. Tóxicos: fumador de 30 cig/día, consumo acumulado 40 paq/año. Antecedentes familiares: padre con cáncer de laringe y hermana con cáncer gástrico. Se plantea ingreso hospitalario pero el paciente se niega. Regresa 24 horas después con empeoramiento de su sintomatología y acepta el ingreso con juicio clínico de síndrome constitucional y dolor abdominal a estudio (para descartar patología pancreática y neoplásica).

Pruebas complementarias: analítica: HB 8.2, HTO 23.7 (N-N) y aumento de bilirrubina a expensas de indirecta, marcadores tumorales negativos, proteinograma normal, serología negativa, radiografía de tórax y abdomen y TAC tóraco-abdominal normal. Endoscopia sin hallazgos.

Tras interrogar al paciente refiere que lleva unos meses picando plomo en minas y luego vende el producto. Llega a estar hasta 6 horas picando, sin protección. Con ello se tiene alta sospecha de saturnismo que se confirmó con la realización de frotis de sangre periférica con observación de punteado basófilo. Niveles de plumbemia de 116 ug/dl. Se instauro tratamiento dada los niveles de plomo y a que se encontraba muy sintomático con EDTA (edetato cálcico disódico), con gran mejoría clínica y así se mantiene asintomático.

Conclusiones

Se debe hacer un enfoque biopsicosocial, con buena comunicación médico-paciente y crear un ambiente de confianza. Hay enfermedades que son poco prevalentes pero suponen riesgo para la salud y un reto para el médico de familia además de estar condicionadas por el estatus económico de las personas en las que se debería realizar la prevención primaria.

Palabras clave

Saturnism, abdominal pain, poisoning.

Dismenorrea, la importancia de una exploración exhaustiva

Gallardo Pastor M¹, Romero Moreno S², Carricondo Avivar M³

¹ Médico de Familia. CS Santa Ana. Dos Hermanas (Sevilla)

² FEA Urgencias. Hospital de Zafra. Badajoz

³ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Príncipe de Asturias. Utrera Norte (Sevilla)

Ámbito del caso

Atención primaria, atención especializada.

Motivos de consulta

Dismenorrea y dolor pélvico.

Historia clínica

Enfoque individual: mujer de 28 años sin antecedentes de interés que acude a su médico de familia por presentar desde hace 5 años dismenorrea intensa y dolor pélvico continuo que se irradia a región lumbar y MMII, intensificándose en fase menstrual. Asocia disquecia, distensión abdominal, dispareuria, disuria y tenesmo vesical. En la exploración presenta dolor a la palpación superficial de abdomen y en ingles, sin signos de peritonismo. En el TAC to vaginal se palpa nódulo en tercio superior de vagina. Se deriva a ginecología apreciándose en una ecografía transvaginal masa rectovaginal, confirmándose con RMN la sospecha de endometriosis con afectación tabique recto-vaginal.

Enfoque familiar y comunitario: estudio de la familia y la comunidad. Familia nuclear en etapa I (formación). red social con importante apoyo emocional e interacción social positiva.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas. Endometriosis profunda con afectación de tabique recto vaginal. Diagnóstico diferencial con la dismenorrea primaria, infección pélvica crónica, síndrome de colon irritable y neoplasia benigna o maligna.

Tratamiento, planes de actuación: se remite a cirugía general para valoración de tratamiento quirúrgico.

Evolución: mejoría sintomática. Revisiones con cirugía y ginecología.

Conclusiones

La endometriosis es una enfermedad benigna, pero crónica y progresiva, que se caracteriza por la presencia de tejido endometrial, glándulas y estroma fuera de la cavidad uterina. Generalmente estos implantes ectópicos se localizan en la pelvis (ovarios, ligamentos útero sacros, saco de Douglas.), pero pueden aparecer en cualquier otra localización. La verdadera prevalencia es desconocida, aunque probablemente esté entre un 3 y un 10% de mujeres en edad de procrear. Los síntomas más frecuentes son dolor, dismenorrea, infertilidad, dispareuria, síntomas urinarios e intestinales y menstruaciones anormales. El tratamiento tiene dos vertientes: el tratamiento médico con analgésicos y terapia hormonal; y el quirúrgico, que está reservado para casos más graves con enfermedad infiltrante profunda y endometriomas. La enfermedad estaba provocando una alteración en la calidad de vida de la paciente inducida por el dolor y la sintomatología intestinal, por lo tanto es importante por parte del médico de familia realizar una buena exploración en la patología ginecológica, con los medios disponibles en consulta.

Palabras clave

Dysmenorrhea, pelvic pain, endometriosis

Proyecto sobre hipotiroidismo en adulto

López Macías I¹, Pérez Membrive E², Mateos Ortega R¹, Bellido Moyano C³, Fontans Salguero A⁴, Aguilar López I⁵

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Lucena I. Córdoba

² MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Lucena II. Córdoba

³ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Lucena I. Córdoba

⁴ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Lucena II. Córdoba

⁵ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Lucena I. Córdoba

Introducción

La patología tiroidea es un trastorno muy común en la consulta de atención primaria. Tienen una elevada prevalencia en todas las edades y especialmente en el sexo femenino. Si no se trata este trastorno puede causar a la larga complicación cardiovascular. También puede reducir la fertilidad y en embarazadas aumenta el riesgo de abortos y de prematuridad. Conociendo la prevalencia del hipotiroidismo en nuestra zona podremos concluir si sería necesario actuar con campañas de prevención por déficit de yodo.

Objetivos

Estudiar la prevalencia, características clínicas, demográficas y epidemiológicas asociadas al hipotiroidismo adulto en un centro de salud.

Diseño

Estudio observacional, descriptivo y transversal en pacientes ≥ 14 años diagnosticados de hipotiroidismo (código 244.9 según cie-9mc, a través de DIRAYA).

Emplazamiento

Atención primaria.

Material y métodos

Población y muestra: se seleccionarán a 214 pacientes, mediante muestreo sistemático, con error alfa del 5%, con una precisión del 3% en la estimación de una proporción, mediante un intervalo de confianza del 95% (ic95%) (ene 3.0).

Variables: variable principales la prevalencia del hipotiroidismo (TSH y T4). Variables epidemiológicas: edad (variable cuantitativa discreta), sexo (variable cualitativa nominal dicotómica), índice de masa corporal (variable cuantitativa continua); antecedentes familiares (variable cualitativa nominal policotómica); diabetes (variable cualitativa nominal dicotómica); SAHS (variable cualitativa nominal dicotómica); depresión (variable cualitativa nominal dicotómica).

Variables relacionadas con el diagnóstico: colesterol (variable cuantitativa continua), HDL (variable cuantitativa continua), LDL (variable cuantitativa continua), triglicéridos (variable cuantitativa continua); hiperprolactinemia (variable cualitativa nominal dicotómica). Variables de control del proceso: porcentaje de pacientes en tratamiento.

Análisis estadístico: análisis univariado de las variables cuantitativas (medidas de tendencia central, dispersión y posición) y de las variables cualitativas (frecuencias relativas). Se empleará el análisis bivariado con las pruebas de ji-cuadrado de Pearson (test exacto de Fischer en su caso) para variables cualitativas, y las pruebas T-Student o anova (previa comprobación de ajuste a la normalidad: test de Shapiro-Wilk); ($p < 0,05$ contrastes bilaterales). Estimar la prevalencia a través del listado de los cupos de atención primaria adscritos a dicho centro de salud (pacientes ≥ 14 años).

Limitaciones: es un estudio que no permite evaluar las relaciones causa-efecto. Sólo se podrán generar hipótesis que tendrán que ser contrastadas en estudios analíticos posteriores.

Aplicabilidad

El hipotiroidismo adulto en nuestra población tiene una prevalencia del 2% en mujeres y del 0,1-0,2% en varones, aumentando en el hipotiroidismo subclínico a 7,9%. Estimar la prevalencia de hipotiroidismo adulto en la zona y los factores asociados; lo que, sin duda, será útil en la planificación de programas de prevención y tratamiento del hipotiroidismo en la zona.

Aspectos ético-legales

Se ajustará a la legislación vigente (LOPD, ley de investigación). Se remitirá para su autorización a la dirección de la UGC de centro de salud. Se enviará para su aprobación, al comité provincial de ética de la investigación de la provincia a través del PEIBA (<https://portaldeetica.csbs.junta-andalucia.es/salud/portaldeetica/>).

Palabras clave

Hipotiroidismo; prevención; prevalencia.

¿Y esta mancha?

Morales Rincón S¹, Barbero Rodríguez E², García Sánchez M¹

¹ *Médico de Familia. CS La Caleta. Granada*

² *MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Caleta. Granada*

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de consulta

Cuadro de malestar general y fiebre.

Historia clínica

Pacientes de 22 y 54 años, padre e hijo. Sin antecedentes de interés. Acuden por malestar general con fiebre, que comienza tras viajes a Sudáfrica. Pautamos tratamiento sintomático con sospecha de cuadro viral y solicitamos analítica general con serología y coagulación.

Acuden de nuevo por empeoramiento clínico con cefalea, vómitos, diarrea y mialgias generalizadas. Refieren múltiples picaduras de insectos.

A la exploración se observan lesiones papulosas múltiples junto con una lesión pustulosa compatible con “mancha negra”. No alteraciones en analítica general. Exploración abdominal y auscultación normal. Ante estos hallazgos, llegamos al diagnóstico de fiebre botonosa mediterránea y comenzamos tratamiento con doxiciclina 100mg/12horas.

En el diagnóstico diferencial se incluye infecciones víricas como sarampión o primoinfección por VIH, o bacterianas.

Los pacientes evolucionan favorablemente con resolución del caso.

Conclusiones

La fiebre botonosa es una enfermedad de declaración obligatoria. Es necesario hacer un correcto seguimiento del paciente, ya que aunque en la mayoría de los casos el pronóstico es bueno, puede dar lugar a complicaciones. Es importante el inicio de tratamiento precoz.

Palabras clave

Boutonneuse fever; myalgia, headache

Disfagia en urgencias. A propósito de un caso poco frecuente

Otero Garrido M¹, Tomás Monroy L², Baena Castro S³

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Algarrobo. Málaga

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Vélez Sur. Málaga

³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Torrox. Málaga

Ámbito del caso

Atención primaria, urgencias hospitalarias y atención especializada.

Motivos de consulta

Disfagia y leve pérdida de peso.

Historia clínica

Varón de 37 años. Alergia a penicilina. Antecedentes personales: diverticulitis. Intervenciones quirúrgicas: apendicetomía, sinus pilonidal, operación de Hartman por perforación diverticulitis que precisó colostomía durante ocho meses, herniorrafia por cicatriz laparotomiano fumador ni bebedor. No antecedentes familiares de interés.

Acudió a su centro de salud por molestias a la deglución de una semana de evolución sin otros síntomas asociados; posteriormente acudió a urgencias hospitalarias por dificultad para la deglución a sólidos prescribiéndosele domperidona y omeprazol. Al mes del inicio de los síntomas acudió de nuevo a las urgencias hospitalarias por progresión de la disfagia a líquidos e imposibilidad para comer, así como pérdida de unos 3 kilogramos de peso, no refiere vómitos ni episodios de atragantamiento.

Exploración: buen estado general. Consciente y orientado. Bien nutrido e hidratado. Eupneico. Afebril. Normotenso. Tonos cardíacos rítmicos, sin soplos. Buena ventilación ambos campos pulmonares, sin ruidos patológicos. Abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpación. No edemas. No alteraciones vasculares en miembros inferiores, no adenopatías. Exploración neurológica dentro de la normalidad

Pruebas complementarias: se solicitó gastroscopia de forma urgente, con diagnóstico de neoplasia del tercio distal esofágico con anatomía patológica de adenocarcinoma moderadamente diferenciado. se solicitó TAC torácico y abdominal evidenciándose neoplasia en unión gastroesofágica con adenopatías locorregionales e implantes retroperitoneales.

Juicio clínico: adenocarcinoma de esófago

Tratamiento: se presentó en el comité oncológico donde se decidió tratamiento con quimioterapia paliativa y la posibilidad de prótesis esofágica para control sintomático.

Evolución: el paciente se encuentra en situación terminal, con tratamiento paliativo para control de los síntomas.

Conclusiones

La disfagia en la mayoría de los casos se debe a procesos benignos tales como reflujo gastro esofágico, trastornos motores esofágicos, y en menor medida a neoplasias, alteraciones neuromusculares o enfermedad tiroidea. En nuestro caso es excepcional el encontrar este diagnóstico en un paciente joven, sin factores de riesgo y sin más síntomas acompañantes es muy importante una correcta anamnesis y exploración para orientarnos en el diagnóstico diferencial y el enfoque de las pruebas complementarias

Palabras clave

Esophageal neoplasms, Deglutition disorders, Esophageal stenosis

Neuropatía braquial tras apoyo prolongado sobre el miembro superior por IMV

Gallardo Pastor M¹, Carricondo Avivar M², Romero Moreno S³

¹ Médico de Familia. CS Santa Ana. Dos Hermanas (Sevilla)

² MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Príncipe de Asturias. Utrera Norte (Sevilla)

³ FEA Urgencias. Hospital de Zafra. Badajoz

Ámbito del caso

Atención primaria, atención especializada.

Motivos de consulta

Dolor y pérdida de fuerza en mano izquierda.

Historia clínica

Enfoque individual: mujer de 65 años diagnosticada de trastorno esquizoafectivo que realiza IMV grave, permaneciendo durante 20 horas apoyada sobre MSI, acude a su médico de familia por presentar dolor y disminución de fuerza en mano izquierda.

En la exploración muestra paresia 0/5 en musculatura cubital con anestesia en borde cubital de la mano, hipoestesia en territorio mediano y borde cubital de antebrazo. Rot normal salvo tricipital. Uroanálisis, hemograma, bioquímica con perfil tiroideo, vitamina B12, ácido fólico y marcadores tumorales normal. Se deriva a neurología que realiza RMN sin hallazgos significativos en el plexo braquial izquierdo. En el EMG sí se reflejó lesión de dicho plexo.

Enfoque familiar y comunitario: estudio de la familia y la comunidad. Familia nuclear en etapa IV (disolución). red social con importante apoyo emocional pero con interacción social negativa.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas. Axonotmesis parcial de tronco inferior braquial izquierdo. Diagnóstico diferencial con masa de origen tumoral, enfermedades autoinmunes/inflamatorias, infecciones, tóxicos, traumatismos, compresión o atrapamiento y patología vascular.

Tratamiento, planes de actuación: valorada por neurocirugía, que descarta intervención microquirúrgica, pautando tratamiento sintomático.

Evolución: se remite a rehabilitación indicando ejercicios.

Conclusiones

La axonotmesis es un tipo de lesión traumática del nervio periférico en la cual los axones están dañados pero las vainas de tejido conectivo circundantes se mantienen más o menos intactas. Se produce una pérdida variable de la función sensorial, motora y simpática, con atrofia muscular y arreflexia. Este tipo de lesión del nervio, requiere que el axón vuelva a crecer hacia el músculo en cuestión, lo cual tarda meses en recuperarse. En general, la recuperación parcial es el resultado esperado. El tratamiento va a depender de la severidad de la lesión, pudiendo tener tratamiento conservador en la axonotmesis más leves (aínes y rehabilitación) y quirúrgico para aquellas más graves. Las lesiones de nervios periféricos traumáticas pueden causar discapacidad significativa y tienen un grave impacto en la vida del paciente. Por lo tanto, debemos tener un seguimiento estrecho de estos pacientes.

Palabras clave

Nerve injury, traumatic mononeuropathy, axonotmesis

Diagnosticando diabetes

Morales Rincón S¹, Moreno Carrasco S², Barbero Rodríguez E³

¹ Médico de Familia. CS La Caleta. Granada

² MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Caleta. Granada

³ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Caleta. Granada

Ámbito del caso

Atención primaria y especializada.

Motivos de consulta

Control rutinario para analítica general.

Historia clínica

Paciente de 44 años con antecedentes de leucemia linfóide aguda con buena evolución tras tratamiento.

Antecedentes familiares de diabetes mellitus tipo 1 (primo hermano) y tipo 2 (abuela).

En analítica de rutina observamos glucemia de 200mg/dl, confirmado en dos analíticas. Había presentado poliuria y polidipsia desde hacía unos 3 meses, por lo que no ha consultado. No sigue tratamiento con corticoides ni otra medicación, es normopeso (índice de masa corporal IMC 23,6kg/m²) y practica deporte de moderada-alta intensidad 3-4 veces/semana. Tras las dos determinaciones de glucemias basales, diagnosticamos de diabetes mellitus e iniciamos tratamiento con metformina.

El paciente presenta escasa respuesta a tratamiento, lo que unido a la brusquedad de inicio y al hecho de ser normopeso y deportista, derivamos a endocrinología, ya que planteamos la posibilidad de diabetes lada.

Tras valoración especializada, se inicia tratamiento con insulina, con buena respuesta. Se completa estudio para autoinmunidad pancreática con resultado negativo, por lo que se deriva al alta, con seguimiento desde atención primaria, con diagnóstico de diabetes tipo 2.

Conclusiones

La diabetes lada es un tipo de diabetes poco frecuente que debemos tener presente en el momento del diagnóstico. Los pacientes con lada son un grupo heterogéneo con títulos de anticuerpos variables e IMC y que frecuentemente progresan a la insulino dependencia. La presencia de anticuerpos gad, nos ayuda a determinar el diagnóstico.

Palabras clave

Diabetes mellitus; autoinmunidad.

La importancia de la búsqueda de una causa primaria ante sintomatología recurrente

Mellado Prenda C, Pérez Cornejo Y

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva

Ámbito del caso

Quinta consulta por igual sintomatología en urgencias.

Motivos de consulta

Mareo y vértigos con náuseas persistentes.

Historia clínica

Mujer de 57 años, con alergia a codeína y pólenes. Como AP presenta hipertiroidismo y tabaquismo activo. Toma tratamiento habitual con eutirox 25mcg/día.

La paciente acude a mi consulta del servicio de urgencias presentando cuadro de mareos con inestabilidad de la marcha, fotofobia y cefalea persistentes desde los últimos 20 días. Ha acudido hasta en 3 ocasiones previas a urgencias siendo tratada con juicio clínico de vértigo periférico con dogmatil 50mg sin mejoría y ha precisado asistencia domiciliaria por persistencia de la patología en otras 2 ocasiones. Presenta náuseas persistentes y vómitos esporádicos sin otras alteraciones del hábito intestinal ni otra sintomatología por aparatos. Ha acudido en ambulancia medicalizada donde han administrado dogmatil, buscapina y primperán, sin presentar mejoría clínica.

A la exploración la encuentro consciente, orientada y colaboradora, eupneica en reposo, con buenas constantes mantenidas, auscultación cardiorespiratoria rigurosamente normal. En la exploración neurológica llama la atención un nistagmo horizontal y marcha inestable sin caída ni otros signos de focalidad neurológica.

Solicito analítica y electrocardiograma que resultan normales y TAC craneal ante la persistencia de la clínica a pesar del tratamiento administrado durante varios días con hallazgo de loe cerebelosa izquierda sugerente de hemangioblastoma.

Curso el ingreso de la paciente en neurocirugía donde realizan RMN que muestra la existencia de una masa pulmonar en LID y adenopatías que se filian como carcinoma de células pequeñas de pulmón mostrando las loes previas como MTX cerebrales de CA pulmonar primario. La paciente pasa a cargo de oncología tras exéresis de MTX cerebelosas donde administran tratamiento con qt-rt paliativa que resulta inefectiva, siendo derivada a la unidad de cuidados paliativos.

Conclusiones

Como médicos de familia hemos de estar alertas ante la presencia de posibles casos en los que habría que buscar las causas subyacentes más allá de tratar unos síntomas persistentes. En este caso, la paciente ha consultado en múltiples ocasiones por los mismos síntomas, lo cual debe sentar ese signo de alarma para buscar diagnósticos alternativos.

Palabras clave

Persistent symptomatology, carcinoma, differential diagnosis.

Carcinomas basocelulares múltiples

Morales Rincón S¹, García Sánchez M¹, Moreno Carrasco S²

¹ *Médico de Familia. CS La Caleta. Granada*

² *MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Caleta. Granada*

Ámbito del caso

Atención primaria y especializada.

Motivos de consulta

Lesión en ala nasal.

Historia clínica

Paciente de 74 años, con antecedentes de EPOC, insuficiencia cardiaca e ictus. Diagnosticado desde hace 7 años de dermatosis pustulosa subcórnea en tratamiento con prednisona, sulfonas y linimento con buen control. Acude a consulta por lesión en ala nasal izquierda, perlada y telangiectasias ramificadas, según cuenta de reciente aparición.

A la exploración se observan múltiples lesiones de características similares en frente, mejilla izquierda, sienes y labio superior. Con estos hallazgos, ante la sospecha de carcinomas basocelulares múltiples, se decide derivación a dermatología para completar estudio. Se pauta imiquimod crema.

El paciente es valorado por dermatología que remite a cirugía plástica por las patologías asociadas y al número de tumores, ya que precisa anestesia general. Tras intervención, seguimiento por dermatología.

El paciente evoluciona favorablemente a la cirugía, pero ha vuelto a presentar múltiples recidivas. Ha sido valorado de nuevo por dermatología, pero en este caso se desestima nueva intervención por riesgo quirúrgico.

Conclusiones

Destacamos este caso por la peculiaridad de la presentación. Queremos mostrar la importancia de una correcta exploración dermatológica. En un primer momento, pensamos que las lesiones podrían deberse a la dermatosis pustulosa ya conocida, pero con la exploración bajo dermatoscopio observamos las características descritas que nos hicieron plantear el diagnóstico de carcinoma basocelular, y que presentaba otras múltiples lesiones que el paciente no había percibido.

Palabras clave

Carcinoma basal cell; skin diseases;; vesiculobullous

Patrón intersticial nodular y corticoides. A propósito de un caso

Moreno Obregón F¹, Herrera Campos E², Ambrona García E³

¹ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Cartaya. Huelva

² MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Adoratrices. Huelva

³ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC El Torrejón. Huelva

Ámbito del caso

Enfermedades respiratorias.

Motivos de consulta

Tos crónica.

Historia clínica

Antecedentes personales: HTA y depresión. Tratamiento: AAS 100, lecardipino 10, HCT 25, paroxetina 20 y omeprazol 20 cada 24h.

Anamnesis: mujer de 80 años que hasta hace 4 meses lleva una vida activa. Acude a consultas por presentar desde entonces tos productiva sin expectoración. Se acompaña de astenia, pérdida de apetito y de peso. No presenta fiebre ni disnea, tampoco hemoptisis. Había finalizado recientemente tratamiento con corticoides vía oral por dicho motivo.

Exploración: REG, asténica. Eupneica en reposo.ac: tonos cardíacos rítmicos y sin soplos. AR: MVC. Abdomen y MMII: sin hallazgos patológicos.

Pruebas complementarias: Radiografía tórax en consulta: patrón intersticial nodular bilateral (comparando con una previa de 3 meses antes podríamos estar ante una TBC miliar, motivo por el que ingresa). Analítica en planta: calcio, elevado y enzimas de colestasis, fosfatasa alcalina y GGT, muy elevadas. Cea, discretamente elevado. Resto, normal. Tac tórax y abdomen superior: hallazgos compatibles con metástasis pulmonares, esplénicas y hepáticas múltiples.

Enfoque familiar y comunitario: vive acompañada por sus hijos.

Juicio clínico: ante patrón radiológico y tratamiento con corticoides se sospecha TBC miliar, pero ante los hallazgos en el TAC solicitado y en la analítica el juicio clínico es de neoplasia primaria desconocida con pulmón, hígado y bazo metastásico.

Diagnóstico diferencial: al ser patrón homogéneo en ambos hemitórax, se descarta el predominio en campos medios y superiores (neumoconiosis, silicosis y sarcoidosis) y nos centramos en: a) procesos de diseminación hematógena: infecciones, TBC miliar o micosis miliar; diseminación de células malignas, metástasis (cáncer tiroides) y talcosis y b) cáncer bronquioloalveolar.

Identificación de problemas: dada la situación de la paciente y los hallazgos en las pruebas complementarias se decide no seguir estudiando el tumor primario, probable ca. Tiroides.

Tratamiento y planes de actuación: tras presentar el caso en sesión de oncología se decide derivación a cuidados paliativos.

Evolución: mala, decaída y apenas come. Mal pronóstico.

Conclusiones

Es importante dejarnos guiar por la anamnesis y antecedentes para correlacionar los hallazgos en las pruebas complementarias, pero también es fundamental conocer los patrones radiológicos para realizar un diagnóstico diferencial estricto sensu de la patología que sospechemos para llegar a nuestro diagnóstico.

Palabras clave

Nodular patron, corticosteroids.

Doctora, ¿qué le pasa a mi vena?

Lendinez Durán I¹, Ureña Arjonilla M¹, Sánchez Torres E²

¹ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Mancha Real. Jaén

² MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS José Barneo. Torredonjimeno (Jaén)

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de consulta

Dolor, tumefacción y aumento de perímetro de brazo izquierdo.

Historia clínica

Paciente de 43 años, sin antecedentes personales de interés ni alergias medicamentosas, que acude a nuestra consulta por presentar desde hace 10 días dolor en región interna de antebrazo izquierdo que irradia a brazo con aumento del diámetro del mismo y sensación de bulto en la zona. Comenta que va al gimnasio y hace musculación y que hace 15 días se hizo una extracción sanguínea. No hábitos tóxicos.

Se explora al paciente que presenta aumento del diámetro de brazo izdo de 2-2,5 cm aproximadamente con respecto al derecho, aumento de temperatura y tumoración a nivel de antebrazo muy dolorosa a la palpación pero sin presencia de eritema. Resto de exploración por órganos y sistemas normal. TA 120/70 mmhg y sato2 98%. Se sospecha trombosis venosa superficial de miembro superior aunque el diagnóstico diferencial debe realizarse con trombosis venosa profunda, eritema nodoso, tinfangitis, erisipela, picadura de insectos, celulitis o paniculitis y tras realización de ecografía en consulta se confirma sospecha.

El paciente pertenece a una familia nuclear normofuncionante, en fase III o etapa final de la expansión, con 2 hijos sanos. Como antecedentes familiares tiene una hermana sana, padre EPOC y madre hipertensa. No antecedentes de coagulopatías ni eventos cardiovasculares.

Se solicita analítica sanguínea con coagulación básica y marcadores tumorales así como radiografía torácica sin hallazgos patológicos.

Se realiza tratamiento con antiinflamatorios y analgésicos, vendaje compresivo y calor seco local resolviéndose el cuadro en 3 semanas.

Conclusiones

De este caso clínico se pueden deducir varias conclusiones la ecografía en atención primaria como método rápido y efectivo para el diagnóstico y tratamiento precoz de ciertas patologías evitando el desplazamiento del paciente para la realización de la misma. Cualquier técnica invasiva no está exenta de riesgos y un procedimiento habitual como puede ser la extracción sanguínea puede dar complicaciones. La presencia de una trombosis venosa en miembro superior es una patología poco frecuente por lo que se debe descartar la presencia de coagulopatías o procesos neoplásicos por lo que se debe estudiar con detenimiento al paciente.

Palabras clave

Primary health care, phlebothrombosis, doppler color ultrasonography

Cuidado con el levantamiento de peso

Sierras Jiménez M¹, Barbero Rodríguez E², Moreno Carrasco S¹

¹ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Caleta. Granada

² MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Caleta. Granada

Ámbito del caso

Atención primaria y especializada.

Motivos de consulta

Dolor lumbar.

Historia clínica

Paciente de 30 años sin antecedentes de interés que acude por dolor lumbar. Hacía unos meses acudió a consulta solicitando consejo para reducción de peso. Presenta ligero sobrepeso por lo que damos recomendaciones dietéticas y aumento de actividad física. Actualmente refiere que el dolor ha comenzado tras clase grupal de crossfit en el gimnasio, con el levantamiento de una carga de unos 60 kg.

A la exploración la paciente presenta dolor intenso a la palpación selectiva de apófisis espinosas sobre vertebrae lumbares. Además presenta dolor con la flexión del tronco y grandes molestias con la marcha. Solicitamos radiografía urgente donde observamos fractura vertebral.

Ante estos hallazgos decidimos derivación a urgencias donde es valorada por traumatología que decide ingreso para intervención. La paciente evoluciona favorablemente, con rehabilitación y tratamiento analgésico.

Conclusiones

Presentamos este caso para mostrar la importancia de un adecuado consejo de hábitos de vida saludable, ya que nos planteamos la necesidad de mejorar nuestros conocimientos en medicina deportiva. En los últimos meses, hemos atendido en consulta varios pacientes con problemas de salud derivados de una práctica deportiva poco adecuada, y concretamente en relación a crossfit, deporte de muy alta intensidad que en muchos casos no se realiza con un correcto asesoramiento. Por nuestra parte, un mejor consejo, prescribiendo pautas de ejercicio más concretas y personalizadas, podría disminuir las complicaciones mencionadas.

Palabras clave

Fractures bones; low back pain; exercise

Rectorragia en paciente de 19 años: a propósito de un caso

Rojas Arquero F, Melgares Ruiz R, Pérez Romera F

Médico de Familia. UGC de Adra. Almería

Ámbito del caso

Atención primaria y atención hospitalaria.

Motivos de consulta

Rectorragia de varios días de evolución.

Historia clínica

Enfoque individual: hombre de 19 años, fumador sin otros antecedentes que acude a consulta por dolor abdominal difuso sin signos de alerta de varios días de evolución. Tras valoración se diagnostica de aerofagia indicándole medidas dietéticas. Un mes después regresa ante persistencia de la clínica y aparición de sangre roja en heces. Se le pregunta sobre antecedentes familiares de cáncer de colorectal (CCR) y refiere que un tío suyo fue tratado de uno a los 25 años.

Tras descartar existencia de hemorroides o fisuras que explicaran el sangrado se solicita analítica y colonoscopia. En la primera se observa anemia y elevación de transaminasas. En la segunda lesión sugerente de CCR. Visto esta se realiza estudio de extensión observándose 2 metástasis hepáticas. Ante ello se decide quimioterapia neoadyuvante con posterior intervención quirúrgica de las lesiones.

Enfoque familiar y comunitario: casado y con dos hijos de 2 y 1 año trabaja en la agricultura. Madre muerta a los 45 años por neoplasia de endometrio, se crió con su abuela materna ya muerta. Buena relación con su padre así como con sus tíos, uno de los cuales (materno) fue diagnosticado de neo de colon a los 25 años. Son estos los que se encargan de llevarlo al médico así como de recoger recetas y partes de baja. Se indicó cribado CCR a familiares maternos siendo diagnosticados dos primos de CCR de 35 y 40 años.

Juicio clínico: descartada la aerofagia, hemorroides y fisuras, se diagnosticó de CCR dentro de un síndrome de Lynch familiar

Evolución: tras quimioterapia neoadyuvante el paciente pudo ser intervenido de las metástasis hepáticas. Actualmente está con radioterapia y quimioterapia y está pendiente de intervención de la neoplasia de colon.

Conclusiones

Hasta un 30% de los pacientes con CCR tienen una historia familiar detrás. Desde atención primaria con tan solo una buena historia clínica que recoja tanto signos de alerta como antecedentes familiares va a permitir seleccionar población de riesgo, accediendo a diagnósticos precoces y evitando complicaciones por retraso terapéutico.

Palabras clave

Medical history taking, colorectal neoplasms, hereditary nonpolyposis

Enfermedades raras: síndrome de Dress

García Sánchez M¹, Morales Rincón S¹, Barbero Rodríguez E²

¹ Médico de Familia. CS La Caleta. Granada

² MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Caleta. Granada

Ámbito del caso

Mixto (primaria y especializada).

Motivos de consulta

Fiebre.

Historia clínica

Enfoque individual. Antecedentes personales: neuralgia del trigémino en tratamiento con carbamazepina desde hace dos meses. No otras patologías. NAMC

Anamnesis: mujer de 37 años que desde hace 3 días presenta fiebre elevada de hasta 39°C, mialgias, astenia y erupción generalizada craneocaudal. Además, sensación disneica con dolor centrotorácico, no irradiado. Náuseas y vómitos esporádicos, junto con dolor abdominal. No otra sintomatología

Exploración: MEG, leve deshidratación, Glasgow 15 / 15. TA 110/70. FC:112. Edema principalmente periorbitario adenopatías retroauriculares y cervicales dolorosas. Insinúa hepatomegalia. Exantema maculopapular morbiliforme generalizado. Se deriva a la paciente a las urgencias hospitalarias.

Pruebas complementarias: Hemograma alterado. Serie roja normal. Leve trombocitopenia serie blanca en la que destaca marcada eosinofilia (16%). En frotis se evidenció la presencia de linfocitos atípicos. Bioquímica: aumento de transaminasas X2. F alcalina y PCR elevada. Aumento de la CPK y CK-MB sin cambios en la troponina no alteración de la función renal ni del sedimento. Serología VHB-VHC-VIH-CNV-VEB: NEG. Hemocultivos: sin crecimiento. Ecografía abdominal: leve hepatomegalia. RX: leve cardiomegalia. No condensación ni patrón intersticial. ECG: cambios inespecíficos del ST. Ecocardiograma: normal. BX cutánea: inespecífica.

Enfoque familiar y comunitario: familia nuclear en etapa de formación. Buen apoyo social. No ave

Juicio clínico: síndrome de Dress (Drug Rash With Eosinophilia And Systemic Symptoms) con afectación hepática y miocarditis asociada. Registar 10 (diagnóstico definitivo)

Diagnóstico diferencial: síndrome Steven-Johnson, sind hiperesosinofílico, enfermedad de Kawasaki, enfermedad de Still, linfoma, pseudolinfoma medicamentoso e infecciones víricas.

Tratamiento: suspensión de carbamazepina y tratamiento corticoideo oral por la afectación sistémica.

Evolución: resolución completa sin secuelas y sin recidiva tras finalizar el tratamiento corticoideo

Conclusiones

El síndrome de Dress es una entidad rara que debe sospecharse ante un exantema con afectación sistémica (neurológica, pulmonar miocárdica, renal...), alteración hepática y eosinofilia. Hay que realizar el diagnóstico diferencial con otras entidades. Tras retirada del fármaco involucrado, la clínica suele remitir precisando la administración de corticoides orales solo los casos más graves.

Palabras clave

Fever; exantema; eosinophilia

Síndrome de Reiter diagnosticado en atención primaria

Morera Pérez P¹, Toro Cortés C¹, Pérez-Cereza Moreno M²

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Luis. Sevilla

² Médico Adjunto. CS San Luis. Sevilla

Ámbito del caso

Mixta: atención primaria y hospitalaria.

Motivos de consulta

Paciente de 39 años que acude a consulta por presentar molestias urinarias y ojo rojo asociado a dolor articular en rodilla derecha y segundo dedo de la mano izquierda.

Historia clínica

Paciente de 39 años sin antecedentes personales del interés y antecedentes familiares de espondilitis anquilosante HLA-B27 positivo que acude a consulta por presentar desde hace 20 días síntomas urinarios, disuria, polaquiuria y molestias en glándula con la relación sexual asociada a dolor en rodilla derecha y tumefacción de segundo dedo de la mano izquierda. Refiere ojo rojo y sensación de arenilla en ojo derecho. Niega fiebre en todo momento.

Exploración y pruebas complementarias: buen estado general, tensión arterial 140/90mmHg. No presencia de fiebre. Cardio-respiratorio sin hallazgos relevantes. Osteoarticular con eritema y tumefacción de rodilla derecha asociada a edema e inflamación de falange proximal de segundo dedo de mano izquierda. Ojo derecho con eritema conjuntival y sequedad ocular. No presencia de adenopatías, no aftas bucales.

Análítica de sangre: velocidad de sedimentación globular 31.0mm/h. Proteína C reactiva 5,8mg/l. Factor reumatoide 3,5ui/ml. Beta-globulinas 13,8%. Hemograma 3 series sin hallazgos. Serología: chlamidia trachomatis IGG 1/128pg/ml. Aslo 160pg/ml. Coxiella Burnetii IGG, rosa de bengala, Rickettsia Conorii y Typhi, parvovirus b19, Epstein Barr Igm, VIH Elisa, sífilis negativos. Microbiología exudado uretral: PCR chlamidia trachomatis positivo. Neisseria gonorrhoeae y mycoplasma genitalium negativos. Tinción de Gram con polimorfonucleares neutrófilos cocos Gram positivos. Radiografía manos comparadas y rodillas comparadas sin lesiones evidentes.

Diagnóstico diferencial: artritis inflamatoria, enfermedad transmisión sexual, conjuntivitis vírica.

Juicio clínico: síndrome de Reiter.

Tratamiento: doxicilina 100mg cada 12 horas durante 7 días, deflazacort 30mg diario en pauta descendente. Ibuprofeno 600mg si dolor o fiebre.

Conclusiones

El síndrome de Reiter es definido como la triada de uretritis, conjuntivitis y artritis. Existen dos formas fundamentales: origen entérico y origen genitourinario. Las formas genitourinarias son más frecuentes en varones adultos jóvenes aunque están descritos casos en ancianos y niños. En nuestro medio el agente desencadenante más frecuente es chlamidia trachomatis aunque existen casos de herencia familiar con HLB-27 positivo característico por su cronicidad y mayor agresividad.

Palabras clave

Reiter syndrome, reactive arthritis, urethritis.

Test de Findrisk: detección de pacientes con riesgo de padecer diabetes en un centro de salud

López Macías I¹, Arias Vega M², Rodríguez Guerrero E³, Ocaña Rodríguez M⁴, Blanco Mora A⁵, Luque Domínguez J⁵

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Lucena I. Córdoba

² Médico de Familia. DCCU. CS Priego de Córdoba. Córdoba

³ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Lucena I. Córdoba

⁴ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Castro del Río. Córdoba

⁵ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Cabra. Córdoba

Objetivos

Detectar pacientes con riesgo de diabetes mellitus (DM) tipo 2 en el ámbito de atención primaria.

Diseño

Estudio observacional, descriptivo y transversal, en pacientes entre 30-65 años.

Emplazamiento

Atención primaria.

Material y método

Tamaño muestral: 182 pacientes, mediante muestreo aleatorio sistemático no diagnosticados de DM. Se evaluó riesgo de padecer DM mediante el test de Findrisk. Análisis univariado de variables cuantitativas (medidas de tendencia central, dispersión y posición) y de variables cualitativas (frecuencias relativas). Análisis bivariado de variables cualitativas con las pruebas de ji-cuadrado de Pearson.

Resultados

Se captaron 182 pacientes, edad media 49,59 años (DT: 7,87), 25,8% hombres y 74,2% mujeres. Según el test Findrisk: riesgo de padecer DM tipo 2 en 10 años: bajo 22%; ligeramente elevado 36,3%; moderado 16,5%; alto 23,1%; muy alto 2,2%. Los >55 años presentan un 33,3% alto riesgo frente un 9,4% para < 44 años. Los pacientes con IMC>30kg/cm²(41,9%) presentan alto riesgo; frente al 6,4% con IMC< 25kg/cm²($\chi^2=75,58$; $p<0,0001$). El 50,9% de los hipertensos y el 11,5% de los no hipertensos presentan alto riesgo ($\chi^2=50,35$; $p<0,0001$). de los que han tenido hiperglucemia ocasional presentan alto riesgo el 57,1% frente al 16,8% de los que no ($\chi^2=41,35$; $p<0,0001$).

Conclusiones

Según el test de Findrisk, se prevé que en 10 años más de la mitad de pacientes tienen riesgo de desarrollar DM tipo 2 (más en >55 años). Éste se ve incrementado por factores de riesgo cardiovascular. Es importante realizar esfuerzos encaminados a la prevención, mediante promoción de hábitos saludables.

Palabras clave

Diabetes mellitus; test Findrisk; prevención.

Abordaje de un paciente con mioclonías y temblor en atención primaria

Lendinez Durán I¹, Ureña Arjonilla M¹, Sánchez Torres E²

¹ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Mancha Real. Jaén

² MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS José Barneo. Torredonjimeno (Jaén)

Ámbito del caso

Atención primaria, atención hospitalaria en consultas externas (neurología).

Motivos de consulta

Temblor.

Historia clínica

Varón de 48 años, con antecedentes personales: asma bronquial, flutter auricular revertido farmacológicamente, taquimiocardiopatía e HTA, que acude por presentar movimientos involuntarios de flexión del tronco, breves y estereotipados desde hace una semana. El paciente los achaca a la toma reciente de amiodarona por flutter auricular. No otra sintomatología asociada.

A la exploración física destacan mioclonías en flexión del tronco con aparente participación del diafragma que desaparece al concentrarse en alguna tarea. Resto de exploración neurológica sin alteraciones. No reflejos patológicos. Resto de exploración por órganos y sistemas sin hallazgos. TA 140/80mmhg, FC 66lpm, sato2 98%. Se realiza analítica sanguínea con hemograma, bioquímica y perfil tiroideo en rango de normalidad. ECG: normal. RMN cráneo y columna normales. Datscan normal.

El paciente pertenece a una familia nuclear normofuncionante en fase de contracción (fase IV del ciclo vital familiar) formada por la pareja y 3 hijas que no conviven en el núcleo familiar.

Antecedentes familiares sin interés. Vida previa activa, trabajador en la limpieza nocturna, hace poco cambió de ubicación de trabajo a peor barriada.

Se sospecha de patologías como pueden ser mioclonía esencial, Parkinson, epilepsia mioclónica progresiva, enfermedad de Lafora, panencefalitis esclerosante subaguda, mioclonías espinales, mioclonías farmacológicas, simulador aunque todavía no se ha filiado la causa del temblor.

Se decide retirada progresiva de amiodarona cambiando a dronedarona. Pautamos diazepam 5mg con retirada progresiva. Derivación a neurología para continuar estudio. Tras retirada de amiodarona no mejoría clínica de la sintomatología a pesar de diazepam por lo que se decide suspenderlo junto con dronedarona con estabilidad cardíaca. Empeoramiento progresivo de la clínica predominando movimiento cefálico y dificultad para la deambulacion, camina con muletas. Derivado desde neurología a salud mental para descartar patología psiquiátrica.

Conclusiones

Las enfermedades psiquiátricas y neurológicas son patologías que los simuladores pueden reproducir con cierta facilidad. Desde nuestra posición como médicos de familia debemos realizar una anamnesis y exploración minuciosa para discernir muy bien entre la línea que separa la simulación de la realidad y debemos profundizar en el ámbito psicosocial del paciente buscando cualquier desencadenante que nos pueda ayudar a diferenciarlas.

Palabras clave

Myoclonus, tremor, primary health care

Déficit de fuerza en paciente alcohólico y fumador severo

Moreno Carrasco S¹, Barbero Rodríguez E¹, Morales Rincón S²

¹ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Caleta. Granada

² Médico de Familia. CS La Caleta. Granada

Ámbito del caso

Atención primaria-hospital.

Motivos de consulta

Pérdida de fuerza progresiva.

Historia clínica

Antecedentes personales. Varón de 56 años. Bebedor y fumador activo de 78paquetes/año.

Anamnesis. Acude a la consulta por pérdida de fuerza en miembro superior derecho que ha progresado a hemicuero derecho de 20 días de evolución. Sufre múltiples caídas en este tiempo, por lo que acude a urgencias. Diagnosticado de lesión radial derecha postraumática y estado de embriaguez. Pérdida de peso estimada en 7 kg en los últimos meses.

Exploración física. Consciente y orientado. Comportamiento normal. No apraxias ni agnosias. Lenguaje espontáneo. No disartria. Pinla. Moec. Resto de pares craneales normales. Sistema motor: fuerza MSD 1/5, MSI 3/5, MID 1/5 Y MII 4/5. Sensibilidad y reflejos difíciles de valorar. No dismetría dedo-nariz. Auscultación pulmonar: murmullo vesicular disminuido. Resto de exploración por aparatos normal. Ante la exploración se deriva a urgencia.

Pruebas complementarias. TAC cráneo: dos lesiones nodulares intraparenquimatosas con realce periférico, en transición corticosubcortical; de 20x20x25 mm en circunvolución precentral de lóbulo frontal izquierdo y de 14x20x25 mm en circunvolución temporobasal izquierda. Ausencia de realce central en ambas lesiones, indicativo de necrosis. Importante edema de sustancia blanca perilesional con desviación de línea media de 3mm. Compatible con enfermedad metastásica. RX tórax: loe en LSD. TAC tórax: tumoración sólida, de 6x4.5 cm, contorno irregular en lóbulo superior derecho, en contacto con la superficie pleural. Signos de EPOC tipo enfisema severo, fundamentalmente en lóbulos superiores. Pet-TAC: masa hipermetabólica pulmonar en lóbulo derecho con centro ametabólico, dos lesiones hipometabólicas en parénquima cerebral, a nivel frontal izquierdo y polo inferior temporal izquierdo. TAC tórax-biopsia guiado: carcinoma epidermoide.

Enfoque familiar y comunitario. El paciente vive solo en medio urbano, sin relación con su familia.

Juicio clínico. Carcinoma epidermoide pulmonar con diseminación cerebral.

Diagnóstico diferencial. Hemorragia cerebral tras tace.

Tratamiento. Dexametasona intravenosa para reducir edema cerebral. Al alta dexametasona oral.

Plan de actuación. Tratamiento paliativo. Evolución. El paciente se traslada a un centro para cuidados paliativos por claudicación familiar. Convulsiones frecuentes que se controlan con antiepilépticos.

Conclusiones

Mala praxis debido a los factores psicosociales de este paciente.

Palabras clave

Metástasis, alcohólico, fumador.

¿Controlamos bien a nuestros pacientes con asma diagnosticados en la infancia?

Rodríguez Ladrón De Guevara S¹, Real López A¹, Sánchez Sánchez C¹, Ramos Díaz De La Rocha M¹, Castillo Jimena M¹, Domínguez Santaella M²

¹ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Victoria. Málaga

² Médico de Familia. CS Victoria. Málaga

Objetivos

Comparar el seguimiento clínico por el médico de familia de los pacientes con asma diagnosticada en la infancia con el resto de pacientes con asma.

Diseño

Descriptivo transversal. Auditoría interna.

Emplazamiento

CS urbano.

Material y método

Pacientes incluidos en PAI-asma (febrero 2016). Se estudiaron por separado los pacientes diagnosticados en la edad pediátrica en seguimiento por el MF.

Criterios de selección y tamaño muestral: 10% de pacientes incluidos en PAI-asma; todos los pacientes diagnosticados en edad pediátrica y seguidos actualmente por el MF.

Variables edad, sexo.

Indicadores: 15 criterios de calidad del PAI-asma.

Método de evaluación: cumplimiento del criterio en historia clínica digital.

Análisis estadístico: estadística descriptiva. Comparación de resultados en ambos grupos.

Resultados

Pacientes incluidos en PAI-asma (n=660) se incluyeron 55 pacientes diagnosticados después de los 15 años (grupo general) y 32 diagnosticados en edad pediátrica.

Grupo general: diagnóstico funcional de asma 20%; registro del criterio alguna vez/en el último año/anual, respectivamente: de espirometría: 61%/18%/5%; agudizaciones: 64%/15%/5%; hábito tabáquico: 74%/12%/ 3%; manejo de inhaladores: 26%/3%/2%; vacunación antigripal: último año 27%.

Grupo diagnosticado en edad pediátrica: diagnóstico funcional de asma 18,8%; registro del criterio alguna vez/en el último año/anual respectivamente: de espirometría: 50%/6,3%/0%; agudizaciones: 59,4%/12,5%/0,5%; hábito tabáquico: 59,4%/12,5%/0%; manejo de inhaladores: 28,1%; 0%; 0%; vacunación antigripal: último año 12,5%.

Conclusiones

Los pacientes diagnosticados en edad pediátrica presentan un seguimiento clínico inferior al resto de pacientes asmáticos cuando llegan la edad adulta. Es preciso establecer medidas de seguimiento activo de los pacientes asmáticos en este grupo de edad.

Palabras clave

Asthma (asma), Quality indicators, health care (indicadores de calidad de sistema sanitario), Primary health care (atención primaria)

Dolor faríngeo. A propósito de un caso de cáncer de cavidad oral

López Pradas C¹, García Prat M², Pardo Álvarez J³

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Torrejón. Huelva

² MIR 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Torrejón. Huelva

³ Médico de Familia. CS El Torrejón. Huelva

Ámbito del caso

Atención primaria. Atención hospitalaria.

Motivos de consulta

Úlcera lingual.

Historia clínica

Varón de 51 años. Antecedentes personales: no alergias medicamentosas. Fumador de 1.5 paquetes/día. Bebedor habitual. Mínimas visitas al médico de familia.

Anamnesis: consulta en el mes de julio por aparición desde hace 2 meses de una lesión en lateral izquierdo de la lengua, dolorosa, con sensación de inflamación de las encías. Se deriva a odontólogo de zona quien deriva a cirugía maxilofacial pero finalmente es valorado por ORL quedando ingresado para estudio por lesión amigdalina izquierda que afecta a base de lengua y zona de pilar amigdalino.

Exploración: cuello: no se palpan adenopatías. Orofaringe: lesión ulcerada en borde anterior de amígdala izquierda que alcanza surco glosamigdalino y trigono homolateral.

Pruebas complementarias: TAC de cuello: lesión de unos 22mm de diámetro en amígdala izquierda, sin infiltración de musculatura pterigohioidea ni extrínseca lingual, no infiltración de estructuras óseas. Adenopatías de 1.5 mm de diámetro en cadena yugular interna izquierda. Lesión pulmonar en lóbulo superior derecho confirmada por AP como carcinoma epidermoide de células grandes. Anatomía patológica de amígdala izquierda: carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado.

Juicio clínico: carcinoma de amígdala izquierda estadio T2N1M0. Carcinoma pulmonar epidermoide de células grandes LSD.

Plan: se decide como primera opción terapéutica quimioterapia neo adyuvante + radioterapia posterior.

Evolución: en el mes de marzo se realiza intervención mediante laringectomía y colocación de sonda nasogástrica que tolera adecuadamente. Hasta el momento con tratamiento analgésico oral y pendiente de nueva prueba de imagen para valorar evolución.

Conclusiones

De acuerdo con algunos estudios, el riesgo de estos tipos de cáncer en personas que consumen bebidas alcohólicas y tabaco en exceso puede ser 100 veces mayor que el riesgo en personas que no fuman ni toman bebidas alcohólicas. No existen programas eficaces para la detección precoz del cáncer de cabeza y cuello. Se recomienda un seguimiento estrecho a las personas con factores de riesgo conocidos como grandes fumadores y bebedores. Una simple exploración puede diagnosticar tumores en estadios precoces, muchas veces asintomáticos. Esa labor está al alcance del médico de familia quien además debe incidir en evitar consumo de tabaco y alcohol como principales factores de riesgo para muchos tipos de cánceres y enfermedades cardiovasculares.

Palabras clave

Carcinoma, amígdala, tabaco

Una emergencia con buen final

García Sánchez M¹, Morales Rincón S¹, Moreno Carrasco S²

¹ Médico de Familia. CS La Caleta. Granada

² MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Caleta. Granada

Ámbito del caso

Urgencias centro rural.

Motivos de consulta

Sensación de disnea con estridor, angioedema palpebral y labial, dolor abdominal generalizado y empeoramiento progresivo de rápida evolución.

Historia clínica

Mujer de 25 años sin alergias, no fumadora y sin tratamiento crónico. Episodios previos de angioedema no pruriginosos con rash cutáneo y autoresolución de los mismos en aprox 48-72 h. Extracción dental el día anterior, sin complicaciones. Inicio de los síntomas media hora antes de su llegada al centro con afonía, disfagia, rash cutáneo y molestias abdominales.

Exploración: tiraje intercostal con edema facial y de úvula. Intenso dolor abdominal generalizado. Constantes vitales: temperatura: 36.3C. Tensión arterial: 90/50 mmhg, frecuencia cardíaca: 125 lpm. Saturación 89 %. Glasgow 13, con empeoramiento. Intubación endotraqueal ante la no respuesta a hidrocortisona iv/ dexclorferinamina iv ni adrenalina SC. Traslado hospitalario monitorizado asistido.

Ante esta clínica de angioedema no pruriginoso y sin respuesta al tto, se sospechó un déficit de C1-inhibidor y se administró 2 ampollas de ácido tranexámico IM. Se avisó al centro sanitario de referencia y a la llegada al mismo, ya se suministró 1000unidades / iv de concentrado con mejoría progresiva de la paciente tras el mismo. Finalmente, se confirmó el angioedema hereditario.

Enfoque familiar y comunitario: Familia en la etapa 3 del ciclo vital (final de la extensión). Hermano menor con episodios similares no estudiados.

Plan de actuación: instrucciones para la paciente y familiares. Suministro del concentrado para aportarlo junto a las pautas escritas de actuación en caso de crisis. Entrenamiento del personal de enfermería para la administración del concentrado. Profilaxis ante cualquier proceso que requiera analgesia local o general. Se añadió a su historia la contraindicación de la toma de estrógenos y de iecas por ser desencadenantes. Se derivó a su hermano para estudio.

Evolución: nuevos episodios con evolución favorable.

Conclusiones

El angioedema por déficit de C1 es una enfermedad rara, y una emergencia si no se actúa precozmente en las crisis. Es vital conocer la enfermedad, disponer del concentrado, saber administrarlo y evitar los desencadenantes en la medida de lo posible.

Palabras clave

Angioedema; complement c1, dyspnea

Nódulo mamario en mujer con gatos

García Pigne I¹, Otero Garrido M², Tomás Monroy L³

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Vélez Málaga Norte. Málaga

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Algarrobo. Málaga

³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Vélez Málaga Sur. Málaga

Ámbito del caso

Atención primaria. Medicina interna.

Motivos de consulta

Tumoración no dolorosa en mama derecha de un mes de evolución.

Historia clínica

Mujer de 67 años. No alergias a medicamentos. Ausencia de patologías crónicas. Fumadora de 10 cigarros/día. Tiene dos gatos en la casa. Consulta con su médico de AP por tumoración en mama en cse de mama derecha desde hace un mes. No dolorosa. No refiere pérdida de peso, fiebre o sudoración.

Exploración física: buen estado general. Bien hidratada y perfundida. Afebril. Sensación de nodulación de unos 2 cm en cse de mama derecha. No retracción de pezón ni secreción. Adenopatía axilar derecha de pequeño tamaño. Sin adenopatías a otros niveles. Auscultación cardiopulmonar sin alteraciones. Abdomen con ligera hepatomegalia.

Pruebas complementarias: mamografía y ecografía mamaria: lesiones nodulares de contornos bien definidos en ambos cse que en estudio ecográfico corresponden a ganglios intramamarios, el de mayor tamaño de 13,2mm en mama derecha. Hallazgos en relación con cuadro inflamatorio sistémico vs proceso linfoproliferativo. Llegados a este punto de deriva al servicio de medicina interna para completar estudio: TAC tórax: adenopatías inflamatorias en ambas mamas y a nivel 1 axilar bilateral. Sin adenopatías a otros niveles. TAC abdomen: sin hallazgos. Analítica: colesterol 251, creatinina 1.11, PCR 9.4, VSG 14mm. Resto de bioquímica, hemograma y coagulación normal. Serología VHC, VHB y VIH negativo. Toxoplasma IGG e IGM positivo. VEB IGG positivo e IGM negativo. CMV negativo. Ana negativo. Beta 2 microglobulina 3.8. Ca 15.3 27'1 (0-25). Proteinograma normal.

Se inicia tratamiento para la toxoplasmosis aguda: primetamina 25mg 2 c/12 h el primer día y continua con 1 c/12 h + clindamicina 300mg/6 h + ác. Fólico 5mg 1c/24 h todo durante 3 semanas

Se revisa en consulta a los 2 y 5 meses del tratamiento: serología toxoplasma IGM + e IGG. Nueva revisión en 2 meses con PCR a toxoplasma GONDII para valoración de nuevo tratamiento: PCR negativo. Se repite ecografía mamaria que resulta sin alteraciones. Se procede al alta.

Conclusiones

En una persona con un sistema inmunológico sano la toxoplasmosis no suele dar síntomas. Sin embargo, a mujeres embarazadas y personas inmunodeprimidas puede provocarles serios problemas de salud.

Palabras clave

Toxoplasmosis. Lymph nodes. Immunoglobulin.

Síncope en paciente oncológica.

Moreno Carrasco S¹, García Sánchez M², Morales Rincón S²

¹ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Caleta. Granada

² Médico de Familia. CS La Caleta. Granada

Ámbito del caso

DCCU-hospital.

Motivos de consulta

Pérdida de conciencia.

Historia clínica

Antecedentes personales. Mujer de 77 años con antecedente de síndrome mielodisplásico en tratamiento con azacitidina.

Anamnesis. Pérdida de conciencia de forma brusca, sin prodromos y durante segundos, mientras andaba por su domicilio.

Exploración física. Regular estado general. Palidez cutánea. Sudorosa. Desorientada en tiempo. Taquicárdica (FC 110 lpm), taquipneica (FR 22 rpm) y saturación O₂ 90%. No apraxias ni agnosias. Lenguaje espontáneo. No disartria. Pinla. Moec. Resto de pares craneales normales. Sistema motor: fuerza 5/5 y sensibilidad normal. No disimetría dedo-nariz. ROT simétricos y conservados. RCP flexor bilateral. Resto de exploración por aparatos normal.

Pruebas complementarias. Analítica: destaca dímero D 7.48, troponinas ultrasensibles 195 y BNP 1406. ECG: ritmo sinusal a 106 lpm, sin alteración de la repolarización. Score ginebra modificada: 8 (probabilidad de TEP intermedia). Angio-TAC tórax: múltiples defectos de repleción en arterias lobares y segmentarias superiores, del lóbulo medio, lingula y segmentarias de ambos lóbulos inferiores. Dilatación de cavidades derechas cardíacas y signos de compresión del ventrículo izquierdo. Hallazgos compatibles con tromboembolismo pulmonar severo, con signos de repercusión hemodinámica. Ecocardiograma: ventrículo izquierdo no dilatado con fracción de eyección conservada. Ecodoppler de miembros inferiores: trombosis venosa profunda parcial izquierda. Se traslada a UCI. La paciente evoluciona favorablemente, pasando a planta de neumología en unos días.

Enfoque familiar y comunitario. La paciente vive sola en medio rural, independiente para ABVD.

Juicio clínico. Tromboembolismo pulmonar agudo bilateral con repercusión hemodinámica. Insuficiencia respiratoria hipoxémica. Trombosis venosa profunda parcial izquierda.

Diagnóstico diferencial. Síncope vasovagal vs síncope cardíaco vs síncope TEP vs AIT.

Tratamiento. HIBOR (bemiparina) 10.000 ui subcutánea cada 24 horas.

Evolución. A los 10 días del ingreso es dada de alta, quedando con una disnea de medianos esfuerzos y cansancio generalizado. Test breve de la marcha a 200 m: saturación o₂ 95% - 94% y FC 92lpm - 106lpm. Ecocardiograma: cavidades normales, con fe normal. Va recuperando su estado basal de forma progresiva.

Conclusiones

Prevalencia de TEP en pacientes oncológicos. Puntuación elevada de cáncer activo en score ginebra modificado.

Palabras clave

Tep, tvp, hbpm.

No es fibromialgia todo lo que reluce

Anguís Horno J¹, Fernández Zabala S¹, Pérez Verdugo J²

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Camas. Sevilla

² Médico de Familia. CS Camas. Sevilla

Ámbito del caso

Atención primaria. Urgencias hospitalarias y extrahospitalarias.

Motivos de consulta

Dolor interescapular.

Historia clínica

Mujer de 61 años, sin alergias medicamentosas. Hipertensa con buen control. Glucemia basal alterada. Diagnosticada en 2010 de fibromialgia en base a 14 puntos gatillo positivos de 18 posibles. Hábito tabáquico: fumadora desde la adolescencia de menos de 10 cigarrillos/día. Enfermedad actual: refiere dolor interescapular de 5 meses de evolución refractario a analgesia de tercer escalón, asociado a debilidad muscular, astenia y pérdida discreta de peso (dos tallas en los últimos 5 meses). Numerosas valoraciones en atención primaria y en urgencias, catalogada de dolor mecánico secundario a fibromialgia. Acude a urgencias de traumatología por reagudización del dolor y para solicitar información sobre una resonancia magnética nuclear (RMN) cervico-dorsal realizada el día anterior.

Exploración física: ptosis palpebral y enoftalmos izquierdos. Apofisalgia dorsal interescapular. Alodinia, hiperalgesia e hipoestesia en miembro superior derecho.

Pruebas complementarias. RMN: destrucción lítica de cuerpo vertebral de D3 con masa de partes blandas que estenosa moderadamente el canal medular. Radiografía de tórax: ocupación de lóbulo superior izquierdo (LSI). Tomografía computarizada con contraste: masa especulada paramediastínica posterosuperior izquierda compatible con carcinoma broncogénico que provoca invasión de cuerpos vertebrales de D2, D3 y D4 y desplazamiento de médula en sentido contralateral. Tomografía por emisión de positrones (PET): hallazgos compatibles con tumoración de pancoast en LSI estadio IIB (T3N0M0).

Evolución: la paciente precisó una laminectomía descompresiva urgente de D3 por síndrome de compresión medular. Tras la intervención, la paciente es ingresada en planta de oncología donde presenta una evolución infausta por desarrollo de complicaciones secundarias a la inmovilidad (fecaloma con rectorragia abundante, úlcera sacra por decúbito, bacteriemia posterior por staphylococcus aureus), lo que finalmente deriva en el fallecimiento de la paciente.

Conclusiones

No debemos alimentar el cajón de sastre que supone la FM y sesgar nuestras valoraciones. Siempre es necesario actualizar nuestros conocimientos para replantear este diagnóstico, además de realizar una minuciosa anamnesis y exploración física. No podemos caer en el sobrediagnóstico y en el etiquetado de los pacientes con fibromialgia, ya que existen criterios diagnósticos establecidos.

Palabras clave

Fibromyalgia, chronic pain, lung carcinoma.

Consecuencias de la no anticoagulación oral

Uribe Viudez A1, Moral Cañas M2, Pérez Fernández L3

1 Médico de Familia. CS Órgiva. Granada

2 Médico. Hospital de Alta Resolución de Guadix. Granada

3 Médico de Familia. CS Huétor Tájar. Granada

Ámbito del caso

Mixto: atención primaria, urgencias hospitalarias y atención especializada.

Motivos de consulta

Renovación medicación tarjeta xxi. Dolor intenso en pie izquierdo de forma súbita.

Historia clínica

Antecedentes personales: fibrilación auricular no anticoagulada. Hipertensión arterial en tratamiento farmacológico. EPOC leve. Hernia de hiato.

Anamnesis: Varón de 69 años poco frecuentador, destacando en sus antecedentes la negativa a ser anticoagulado por una FA permanente; que acude a nuestra consulta de atención primaria para renovar medicación en tarjeta XXI, momento que aprovechamos para animar a realización de analítica de rutina para control de factores de riesgo cardiovasculares.

La semana próxima viene a recogida de resultados, que se encuentran dentro de la normalidad e insistimos de nuevo en la necesidad de iniciar tratamiento anticoagulación, intentando explorar sus creencias y temores; pero se niega en rotundo, por lo que cesamos de nuevo en el intento y dejamos recogida en su historia clínica dicha decisión.

Una semana después avisa al servicio de urgencias de atención primaria por dolor súbito en pie izquierdo de intensidad importante, acuden a valorarlo a su domicilio y derivan a urgencias hospitalarias por sospecha de isquemia arterial de miembro inferior izquierdo (MII).

Exploración física urgencias: Estado general conservado. Eupneico. Constantes mantenidas. Auscultación cardiorrespiratoria: tonos arrítmicos, sin soplos ni extratonos. Murmullo vesicular conservado. Abdomen globuloso, blando, depresible sin palpar masas. MMII: mid: pulsos presentes a todos los niveles. MII: pulso femoral débil sin poplíteo ni distales. Frialidad, anestesia y disminución de movilidad del pie. No edemas en miembros inferiores.

Plan de actuación: Se interviene urgente por isquemia aguda mii de origen trombón icono, realizando trombectomía transfemoral y fibrinólisis mii, recuperando pulsos distales y mejoría importante de la percusión del pie. Es dado de alta de cirugía vascular.

Acude a nuestra consulta tras el alta, momento en el que acepta iniciar anticoagulación oral con acenocumarol (sintrom), derivando a consulta programada de enfermería para información acerca de dicho tratamiento.

Evolución: actualmente nuestro paciente se encuentra con notable mejoría clínica, buen control de cifras de INR, en seguimiento por atención primaria y en consulta de c. Vascular.

Conclusiones

En pacientes con fibrilación auricular y criterios de anticoagulación, es importante animarlos a su iniciación; así como informar de las consecuencias de su decisión.

Palabras clave

Anticoagulants . Atrial fibrillation. Acute ischemia.

Cefalea en atención primaria

Morales Valverde A¹, Infante Ruiz M², Lara Muñoz A³

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Santa Rosa. Córdoba

² MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Villa del Río. Córdoba

³ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Santa Rosa. Córdoba

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de consulta

Varón de 54 años, sin antecedentes personales de interés, que acude a su centro de salud porque desde hace unos meses presenta cefalea de aparición brusca y a diario, de características opresivas y localizadas en región occipital. Refiere que le impedía realizar sus actividades diarias y que seguía un empeoramiento progresivo. No le impedía el sueño. Se acompañaba de náuseas sin vómitos, visión borrosa y fotofobia. No se desencadenaba por estrés, ejercicio ni otros factores. No polimialgia ni claudicación mandibular. No síntomas constitucionales. No cedía con aines.

Historia clínica

Exploración física: buen estado general. Consciente, orientado y colaborador. TA 130/80. Afebril. ACP: normal. Auscultación de arteria carótida: sin soplos. Exploración neurológica: Glasgow 15/15. Pares craneales normales. Pupilas isocóricas y reactivas a la luz. Sensibilidad, tono y fuerza conservados. No rigidez de nuca. No alteración del habla ni del pensamiento. No dismetrías. Marcha normal. Arterias temporales no induradas, no dolorosas a la palpación y con latido presente. Fondo de ojo: normal.

Evolución: el dolor no cede en frecuencia ni en intensidad con triptanes, amitriptilina ni flunaricina. Pasadas unas semanas se decide derivar a neurología para estudio, donde se realiza resonancia magnética cerebral: lesión sugestiva de malformación arteriovenosa occipital derecha. Posteriormente la lesión es confirmada mediante arteriografía cerebral.

Juicio clínico: cefalea secundaria (malformación arteriovenosa cerebral).

Tratamiento: a la espera de valoración por neurocirugía para decidir tratamiento.

Conclusiones

Las malformaciones arteriovenosas cerebrales son la causa más frecuente de malformaciones vasculares. Clínicamente se manifiestan con síntomas como cefalea, crisis parciales o generalizadas, signos neurológicos focales como son los trastornos visuales, deficitarios motores y sensitivos, aunque en muchas ocasiones se mantienen asintomáticas. El diagnóstico de una cefalea es un problema de "historia clínica" y su finalidad principal es diferenciar las primarias (constituyen el 90% de las cefaleas) de las secundarias. Es de especial importancia conocer los síntomas de alarma de una cefalea: cefalea intensa de comienzo súbito, empeoramiento progresivo, resistencia a tratamiento médico, precipitación por esfuerzo físico, tos o cambio postural, síntomas acompañantes (alteración de la conciencia, fiebre, crisis convulsivas, focalidad neurológica, papiledema, signos meníngeos), ... ect.

Palabras clave

Secondary headache disorder

Torsión testicular subguda oligosintomática en un adulto

Anguís Horno J¹, Catalán Casado D², López Rodríguez Pacheco M³

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Camas. Sevilla

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Porvenir. Sevilla

³ Médico de Familia. CS La Candelaria. Sevilla

Ámbito del caso

Atención primaria, urgencias hospitalarias y extrahospitalarias.

Motivos de consulta

Inflamación testicular.

Historia clínica

Varón de 21 años, sin alergias medicamentosas, hábitos tóxicos, antecedentes médicos ni quirúrgicos de interés ni medicación habitual. Enfermedad actual: inflamación testicular de 12 horas de evolución, mínimamente dolorosa, en ausencia de fiebre, traumatismo testicular ni relaciones sexuales de riesgo.

Exploración: testículo izquierdo agrandado, de consistencia dura, transiluminación testicular negativa, signo de Prehn negativo, signo de Gouverneur ipsilateral positivo y abolición del reflejo cremastérico ipsilateral.

Pruebas complementarias. Ecografía testicular con doppler: teste izquierdo ascendido y rotado, con aumento de tamaño y aspecto edematoso. Engrosamiento marcado e inflamación de cubiertas escrotales y del cordón espermático. En modo doppler no se aprecia flujo interno.

Juicio clínico. Torsión testicular izquierda subaguda.

Diagnóstico diferencial: descartar otras causas de escroto agudo, como torsión de apéndice testicular (curso subagudo, en prepúberes, transiluminación con polo superior azulado y reflejo cremastérico positivo), epididimitis (curso subagudo, en adolescentes, reflejo cremastérico positivo, signo de Prehn positivo), traumatismo testicular (curso agudo, cualquier edad) y hernia inguinal (curso subagudo, en el adulto, reflejo cremastérico positivo).

Tratamiento: orquiectomía izquierda. Anatomía patológica de pieza quirúrgica: necrosis de tipo isquémico.

Evolución: favorable en el postoperatorio inmediato sin complicaciones de la herida quirúrgica.

Conclusiones

La torsión testicular es una urgencia urológica que es más común en los recién nacidos y los niños después de la pubertad, aunque puede ocurrir a cualquier edad. La prevalencia de la torsión testicular en pacientes adultos hospitalizados con dolor escrotal agudo es aproximadamente 25-50%. En general se considera que el testículo sufre daños irreversibles después de 12 horas de isquemia debido a la torsión testicular. La infertilidad puede resultar, incluso con un testículo contralateral normal, porque la ruptura de la barrera inmunológica "sangre-testículo" puede exponer el espermatozoides a la circulación general y conducir al desarrollo de anticuerpos anti-esperma. El objetivo más importante en la evaluación del dolor escrotal agudo es identificar una emergencia urológica, que requiera una intervención quirúrgica inmediata.

Palabras clave

Acute scrotum, testicular torsion, testicular pain.

La historia clínica de salud: clave para evitar errores

Rodríguez Martínez R¹, Díaz Fernández M², Sánchez García N³

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Plaza de Toros. Almería

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Viator. Almería

³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Nueva Andalucía. Almería

Ámbito del caso

Caso multidisciplinar.

Motivos de consulta

Varón de 59 años trasladado por 061, en situación de shock hipovolémico y edema agudo de pulmón.

Historia clínica

Paciente de 59 años que es trasladado por el 061 a urgencias hospitalarias, en situación de shock hipovolémico y edema agudo de pulmón, con un primer control de HB 3,8 g/dl. Presentaba HDA, y tras realizar EDA se objetiva úlcera gigante excavada con coágulo sobre fondo sañoso, con sangrado en YET. La clínica se había iniciado en las 24 horas previas con vómitos oscuros, deposiciones melénicas, sudoración, frialdad y mal estado general.

Tras realizar anamnesis se averigua que el paciente había sido intervenido 20 días antes de rotura traumática de tendón en muñeca izquierda y que al alta se le había prescrito medicación por vía oral (paracetamol, amoxicilina-clavulánico y aines). Desde entonces el paciente refería pirosis, malestar general, decaimiento y pérdida de peso.

Tras indagar en los AP y revisar los problemas de salud activos en su historia digital de salud, descubrimos que entre los mismos se incluye, epigastralgia crónica tras ingesta de medicamentos.

Evolución: durante su estancia en observación continúa mala evolución y se decide ingreso en UCI. Requerirá intervención quirúrgica urgente a cargo del servicio de cirugía. Tras la misma, regresa a UCI con evolución lenta pero favorable. Tras varios días pasa a planta donde continúa evolución favorable, y posteriormente es dado de alta.

Conclusiones

¿se podía haber evitado esta emergencia si al prescribir el tratamiento tras la cirugía se hubieran indagado los AP, que por otro lado eran de fácil acceso ya que estaban registrados por su MAP en su historia de salud? Se debe hacer hincapié y tomar conciencia del papel destacado del MAP al ser el encargado de recoger los AP de interés, alergias a fármacos y los problemas de salud de cada uno de sus pacientes en su historia de salud. Esta gran labor permite y facilita que otros profesionales, especialistas o en la atención de urgencias, puedan hacer una primera valoración del paciente, que les ayuda a orientar diagnósticos y evitar errores en las indicaciones de procedimientos terapéuticos, pruebas diagnósticas y prescripción de medicamentos.

Palabras clave

Electronic patient record, anamnesis, emergency

Estudio de síntomas de alarma orgánicos en un paciente con trastorno de ansiedad

Vaquero Álvarez M

MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Linares C. Jaén

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de consulta

Pérdida de apetito, anhedonia, abulia, pérdida de peso de 9 kg en los últimos 3 meses.

Historia clínica

Antecedentes personales. Varón de 63 años sin alergias medicamentosas. Hipertenso. Dislipémico. No diabético. Niega hábito enólico. Hábito tabáquico: fumador 30 cigarrillos/día. Tratamiento habitual: simvastatina 20 mg/día, enalapril 20mg/día. Ácido acetilsalicílico 100 mg/día. Lorazepam 1 mg/día.

Anamnesis: paciente que acude por pérdida de apetito, anhedonia, abulia, pérdida de peso 9kg en 3 meses. Finalización tratamiento antibiótico por itu. Tras varias visitas se ofrece realización ecografía abdominal en centro salud.

Exploración física: sin hallazgos de interés. Peso: 65. Talla: 1,70 IMC: 22,49 kg/m2.

Análítica: hemograma: hemoglobina 15.3 mg/dl, plaquetas 210000 leucocitos 9850. Bioquímica: glucosa 95 mg/dl. Creatinina 1.41 mg/dl, filtrado glomerular 69.5 mg/dl PCR 2.5 mg/l. Ecografía abdominal (centro salud): neoformación vesical. Sistemático orina: leucocitos 500 eritrocitos 150 nitritos negativo. Urología: confirma diagnóstico cáncer vesical. RTU vesical. Estudio de extensión negativo.

Juicio clínico: cáncer vesical.

Diagnóstico diferencial: ansiedad-depresión. Trastorno adaptativo con predominio de síntomas depresivos.

Identificación problemas: síntomas proceso ADS, cáncer vesical, laborales.

Enfoque familiar y comunitario: el paciente vive con su mujer con la que mantiene una buena relación. Tiene 2 hijos que viven fuera de casa. Inestabilidad en empresa desde hace 3 años. Cambio de turno trabajo, de diurno a nocturno. Mala alimentación y dificultad de adaptación al nuevo puesto de trabajo.

Tratamiento: paroxetina 20mg/día.

Plan de actuación: derivación a urología quién confirma diagnóstico y procede a resección transureteral tras estudio de extensión negativo. Actualmente en seguimiento. Control factores de riesgo cardiovascular. Deshabitación hábito tabáquico.

Evolución: el paciente evolucionó favorablemente tras intervención quirúrgica, disminuyendo a 10 cigarrillos/día su consumo tabáquico con objetivo de abandonarlo.

Conclusiones

El médico de atención primaria no debe infravalorar signos y síntomas de alarma en pacientes con historia de ansiedad y tratamiento ansiolítico

Palabras clave

Ansiedad, vejiga, perdida peso

Enfermedades relacionadas con antecedentes de obesidad infantil en adultos jóvenes de una zona básica de salud

Terrón Fuentes D¹, Gómez Zafra L¹, Orozco Casado N²

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Felipe. Jaén

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria.. CS Federico Del Castillo. Jaén

Introducción

La obesidad infantil es un problema creciente en nuestro medio que alcanza valores del 30%. El objetivo es analizar cómo influye la obesidad infantil en el desarrollo de enfermedades cardiovasculares y otros problemas de salud en el adulto joven, además de conocer el perfil clínico de la población adulta joven con antecedentes de obesidad infantil.

Objetivos

Objetivo principal: analizar la relación entre los problemas de salud en adultos jóvenes mayores de 14 años y su diagnóstico de obesidad durante la infancia.

Objetivos específicos: 1 conocer el perfil clínico de los pacientes adultos jóvenes con diagnóstico de obesidad en la infancia. 2 determinar las características antropométricas asociadas a mayor riesgo cardiovascular.

Diseño

Cohorte histórica de pacientes con diagnóstico de obesidad infantil sin grupo control. Se realizará un seguimiento de pacientes con diagnóstico de obesidad infantil e incluidos en el proceso asistencial obesidad infantil en el año 2007.

Emplazamiento

Dos centros de salud de la zona básica de una provincia andaluza.

Material y métodos

Población de estudio: población mayor de 14 años con antecedentes de diagnóstico de obesidad infantil en el área urbana.

Criterios de inclusión: pacientes mayores de 14 años en el año 2016, con diagnóstico de obesidad infantil en seguimiento por atención primaria a través del proceso obesidad infantil durante el año 2007 y que hayan firmado el consentimiento informado para entrar en el estudio.

Criterios de exclusión: pacientes con cambio de residencia que imposibilite el seguimiento.

Tamaño muestral y procedimiento de muestreo: muestreo aleatorio simple de los pacientes incluidos en el proceso obesidad infantil en el año 2007 de tres centros urbanos de la capital. En el caso de no existir muestra suficiente, se ampliaría a la totalidad de la zona básica de salud compuesta por siete centros urbanos.

Recogida de datos: mediante la historia digital de salud, DIRAYA, y la aplicación de gestión analítica GIPI.

Análisis de datos: los cálculos se realizarán con el programa estadístico SPSS 15.0, analizando como variables dependientes la presencia de diagnóstico de diabetes mellitus; hipertensión arterial; dislipemia; hiperuricemia; cardiopatía isquémica y/o accidente cerebrovascular. Como independientes el IMC, edad, sexo, tabaquismo, disfunción tiroidea, síndrome de ovarios poliquísticos, ejercicio físico, síndrome depresivo y perímetro abdominal.

Aplicabilidad

La utilidad práctica del estudio es intentar mejorar la salud y el bienestar de la población de la provincia andaluza. Con nuestro trabajo queremos detectar casos incidentes y casos asintomáticos de enfermedades o situaciones clínicas que se asocian a un mayor riesgo cardiovascular y un aumento de la morbimortalidad. Secundariamente se pueden poner en marcha estrategias de prevención de la obesidad y de la enfermedad cardiovascular actuando sobre aquellos factores que son modificables como la dieta, el ejercicio o el consumo de tabaco.

Aspectos ético-legales:

Se aplicarán según la ley 14/2007 de 3 de julio y el informe Belmont y la declaración de Helsinki de investigaciones biomédicas, la ley de autonomía del paciente 41/2002. Los datos de carácter personal se ajustará a la ley orgánica de protección de datos de carácter personal, 15/1999 de 13 de diciembre. Este proyecto será sometido al dictamen del comité de ética de la investigación de la provincia

Palabras clave

Pediatric obesity; cardiovascular risk factors; young adults.

Arteritis de la temporal. A propósito de un caso

Infante Ruiz M¹, Fernández Escribano J², Morales Valverde A³

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Villa del Río. Córdoba

² MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Fuensanta. Córdoba

³ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Santa Rosa. Córdoba

Ámbito del caso

Atención primaria. Urgencias hospitalarias y medicina interna.

Motivos de consulta

Cervicalgia.

Historia clínica

Mujer de 70 años con antecedentes personales de diabetes tipo II que acude a consulta de atención primaria refiriendo cervicalgia irradiada a región occipital derecha de características mecánicas de tres semanas de evolución.

En exploración física: se aprecia contractura cervical y limitación en la movilización cervical. Se pauta tratamiento con antiinflamatorios. A las dos semanas acude de nuevo refiriendo empeoramiento del estado general, fatigabilidad, persistencia del dolor con irradiación además a región temporal derecha sin otra clínica acompañante. EF: aceptable estado general. Consciente y orientada. Bien hidratada y perfundida. TA: 110/80, FC: 82lpm, Tª: 36.6ºC, sato2 98%. Persiste contractura y limitación en la movilidad cervical. Dolor a la palpación de región temporomandibular derecha. Disminución del pulso de arteria temporal derecha. Resto de exploración física anodina. Dada la sospecha clínica se deriva a urgencias hospitalarias y tras valoración se decide ingreso en medicina interna.

Pruebas complementarias: hemograma: normal. Velocidad de sedimentación globular: 109. Bioquímica con glucosa, urea creatinina, iones, ast, alt, GGT, FA, TSH normal. Proteína C reactiva: 71. Coagulación normal. Ecografía de arterias temporales: halo hipoecoico en la arteria temporal derecha, resto sin hallazgos. Biopsia de arteria temporal derecha compatible con arteritis de la temporal (AT).

Se inicia tratamiento con prednisona, AAS, calcio y bifosfonatos mejorando la sintomatología.

Juicio clínico: arteritis de la temporal.

Diagnóstico diferencial: fibromialgia, migraña, arteritis de Takayasu, tumores.

Conclusiones

La AT es una entidad que afecta a vasos de mediano y gran calibre siendo la forma más común de vasculitis sistémica en personas de edad avanzada. Puede desembocar en complicaciones potencialmente severas sistémicas y oftalmológicas por lo que es imprescindible la realización de un diagnóstico precoz. Para el MAP supone un auténtico reto diagnóstico dado la florida sintomatología con la que puede debutar. El tratamiento con corticoides debe comenzarse lo más precozmente posible puesto que ayuda a mejorar la clínica y a prevenir complicaciones graves como puede ser la ceguera. Bibliografía: Acosta Mérida A. Y Francisco Hernández F. Diagnóstico y tratamiento de una arteritis temporal en urgencias. Semin fun esp reumatol. 2012; 13(4):134-141

Palabras clave

Giant cell arteritis, headache, fatigue.

Nódulo tiroideo y su repercusión en paciente psiquiátrico

Cordova Medina A¹, Ferriz Bedmar M², Mora Sosa K²

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Arrayanes. Linares (Jaén)

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San José. Linares (Jaén)

Ámbito del caso

Urgencia hospitalaria.

Motivos de consulta

Disfagia.

Historia clínica

Paciente de 39 años, atendida en el servicio de urgencias por sensación disneica, inflamación a nivel de cara anterior de cuello de 8 horas de evolución que posteriormente asocia disfagia para sólidos y líquidos, sialorrea y sensación de náusea y arcadas. No fiebre.

A la exploración física, eupneica en reposo, sato2 99%, en orofaringe puntos petequiales en úvula, sin edema, en cuello no se evidenciaba tumoraciones pero se palpaba nódulo duro doloroso de 5 cm en cara lateral derecha.

Se realizó analítica normal e interconsulta con otorrinolaringología que decidió ingresarla en planta por posible epiglotitis. se repitió ecografía, tránsito faringo-esofágico normal, se descartó epiglotitis.

Antecedentes personales: no alergias medicamentosas, un embarazo ectópico, tres abortos espontáneos, trastorno límite de la personalidad, síndrome depresivo-ansioso en seguimiento por salud mental, déficit de atención, trastorno del sueño y parestesias por lo que fue valorada por neurología desde hace 6 meses y realizaron TAC craneal, analítica y spect cerebral normales, RMN con lesiones puntiformes aisladas subcorticales frontales bilaterales en relación con vasculopatía de pequeño vaso y lesión en lóbulo tiroideo derecho, hallazgos no compatibles con la clínica de la paciente por lo que fue dada de alta por neurología, y se continuó estudio de nódulo tiroideo por endocrinología realizándose analítica con función tiroidea, ecografía, PAAF, gammagrafía tiroidea, radiografía de tórax sin desviación traqueal, concluyendo como nódulo frío. A partir de estos hallazgos empieza con síntomas disfágicos y pérdida ponderal de 10 kg. Tratamiento habitual: había autosuspendido toda su mediación psiquiátrica.

Después de su alta, presentó 3 episodios similares atendidos en urgencia y fue derivada a cirugía para hemitiroidectomía derecha por clínica compresiva y realizan tiroidectomía total por insistencia de la paciente que refería miedo a que le pudiera salir otro nódulo contralateral. Posteriormente a cirugía encuentra mejoría clínica.

Conclusiones

Hacer un abordaje multidisciplinario, integral del paciente, más cuando hay antecedentes psiquiátricos. Dar apoyo psicológico, emocional e información necesaria para que ante un diagnóstico nuevo crear la menor repercusión en la calidad de vida y realizar pruebas complementarias y tratamiento adecuado tanto desde el enfoque orgánico como psiquiátrico.

Palabras clave

Thyroid nodules, anxiety disorders, psychiatric aid.

No hay enemigo pequeño

Anguís Horno J¹, Chacón Mora N², Toral Marín J³

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Camas. Sevilla

² Médico Especialista en Medicina Interna. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla

³ Médico Especialista en Neumología. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla

Ámbito del caso

Enfermedades respiratorias. Urgencias hospitalarias y extrahospitalarias.

Motivos de consulta

Dolor costal izquierdo.

Historia clínica

Mujer de 54 años, fumadora de 20 cigarrillos/día con un consumo acumulado 34 paquetes/año y bebedora de 40 gramos de etanol al día. Enfermedad actual: dolor costal izquierdo de mes y medio de evolución junto con tos no productiva, sensación disneica y febrícula en los últimos 5 días. Negaba otros síntomas a la anamnesis por aparatos y sistemas.

Exploración física: buen estado general, afebril y eupneica con saturación de oxígeno del 95%. A la inspección orofaríngea, numerosas piezas dentales en mal estado y piorrea. A la auscultación cardiopulmonar, tonos cardíacos rítmicos taquicardico y abolición del murmullo vesicular en hemitórax derecho. No edemas ni signos de trombosis venosa profunda en miembros inferiores.

Pruebas complementarias: en el electrocardiograma, ritmo sinusal a 140 latidos/minuto y un bloqueo de rama derecha del haz de HIS. En el hemograma destacaba una leucocitosis de 28.80 x10⁹/l, con 24.0 x10⁹/l neutrófilos y 2.3 x10⁹/l linfocitos. En la bioquímica, únicamente una proteína C reactiva (PCR) de 402 mg/l. En la radiografía de tórax, hidroneumotórax derecho con estrechamiento de los espacios intercostales. En la tomografía computarizada de tórax, hidroneumotórax con atelectasia compresiva de todo el pulmón derecho.

Diagnóstico diferencial: iatrogénicas, traumáticas, neoplásicas e infecciosas. Diagnóstico final: hidroneumotórax derecho secundario a empiema por *Gemella Morbillorum*.

Evolución: se practicó una toracocentesis diagnóstica que reveló un exudado complicado, iniciándose tratamiento antibiótico empírico con piperacilina/tazobactam. Colocación de un tubo de drenaje endotorácico que dio salida a abundante contenido purulento. En el cultivo del líquido pleural creció una *Gemella Morbillorum*, cambiándose el tratamiento antibiótico a amoxicilina/ácido clavulánico. Hemocultivos: negativos. Después de una semana, se retiró el tubo endotorácico y se continuó tratamiento durante 14 días más con mejoría clínica y radiológica progresiva.

Conclusiones

Ante un paciente con empiema, considerar la posibilidad de infección por microorganismos anaerobios comensales de flora normal orofaríngea, sobre todo en pacientes inmunodeprimidos (alcoholismo en nuestro caso), manipulación reciente del tubo digestivo o dentaria (mala higiene dental en nuestro caso) o en los que se sospechen microaspiraciones nasofaríngeas.

Palabras clave

Oral hygiene, immunosuppression, empyema.

Otitis y complicaciones neurológicas

Trillo Díaz E¹, Rodas Díaz M², Tomás Monroy L³

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Vélez Norte. Málaga

² MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Torrox. Málaga

³ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Vélez Sur. Málaga

Ámbito del caso

Urgencias.

Motivos de consulta

Cefalea, disminución de conciencia.

Historia clínica

Mujer de 73 años, sin alergias medicamentosas, con los siguientes antecedentes personales: hipertensión arterial, neuralgia del trigémino. En tratamiento con candesartán/hidroclorotiazida, amitriptilina y pregabalina. Funciones cognitivas preservadas y vida autosuficiente.

Anamnesis: acude por cefalea intensa, fiebre de 40°C y postración de 9 horas de evolución. Sufre empeoramiento progresivo, acompañándose desde hace 2 horas de desorientación y tendencia al sueño. En los dos días previos otalgia derecha con otorrea.

Exploración física: Tª 38.8°C. Mal estado general, estuporoso. Glasgow 9. En la exploración neurológica destaca lenguaje incomprensible, cierta rigidez con la flexión de rodillas con movilidad de los 4 miembros conservada. Otoscopia derecha con secreción purulenta en conducto auditivo externo, sin visualizarse tímpano. Resto de exploración anodina.

Pruebas complementarias: ECG normal. Analítica: PCR 292. HB 11.2, leucocitos 11010 (neutrófilos 92%, linfocitos 3%). Gasometría venosa normal. Analítica de orina: hematíes 150. Antigenuria neumococo negativo. Radiografía tórax normal. TAC cráneo: ocupación completa de la mastoides y caja timpánica derecha sin imagen de disrupción de la cortical ósea compatibles con otomastoiditis aguda. Líquido cefalorraquídeo por punción lumbar: hematíes 200, leucocitos 1283 (polimorfonucleares 96%), glucosa 2, proteínas 326; purulento con cultivo positivo para neumococo. Hemocultivos positivos para neumococo. Cultivo del exudado ótico positivo para neumococo.

Enfoque familiar: familia normofuncional.

Juicio clínico: meningitis neumocócica secundaria a otomastoiditis derecha.

Evolución: la paciente ingresa en UCI donde se procede a tratamiento con ceftriaxona parenteral empírica, y se realiza miringocentesis que drena una gran cantidad de pus. Una vez estabilizada a la paciente es trasladada a medicina interna donde continúa evolución favorable. Se le realiza RMN craneal, que es normal. En el momento del alta la paciente presenta cierto grado de deterioro cognitivo junto con hemiparesia izquierda de predominio braquial.

Tratamiento: se prescribe levofloxacino para completar tratamiento en domicilio. Plan terapéutico: ejercicios de rehabilitación, revisión en consulta de otorrinolaringología y de medicina interna.

Conclusiones

Destacar la importancia de saber detectar signos neurológicos de gravedad, así como su etiología desencadenante para poder realizar un abordaje correcto. Asimismo, saber identificar y tratar a tiempo infecciones que a priori pueden ser banales, como una otitis, para prevenir posibles complicaciones graves, como la meningitis.

Palabras clave

Otorrhea, headache, consciousness disorders

Estudio descriptivo sobre el perfil del paciente con diabetes mellitus tipo 2 en un centro de salud urbano

Morera Pérez P¹, Mesa Rodríguez P², Reyes Sánchez T³, Muñoz López M⁴, Brazo Cubero M¹, Rangel Torrejón M¹

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Luis. Sevilla

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS De Juncal. Sevilla

³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Pablo. Sevilla

⁴ Médico Adjunto. CS San Luis. Sevilla

Objetivos

Estudiar el perfil de los pacientes con diagnóstico de diabetes tipo 2 pertenecientes a un centro de salud urbano con el fin de reducir la morbi-mortalidad de la enfermedad en estos pacientes.

Diseño

Estudio descriptivo, retrospectivo y transversal.

Emplazamiento

Centro de salud urbano.

Material y método

Estudio descriptivo, retrospectivo y transversal realizado mediante el análisis de las historias clínicas de los pacientes incluidos en el proceso asistencial integrado diabetes mellitus perteneciente a un centro de salud urbano durante el año 2015.

Resultados

Se estudiaron 439 pacientes. Un 5,69% de la población del centro de salud. El 35,54% de los diabéticos tipo 2 no tienen realizada la hba1c en el último año y de los realizados el 33,47% tienen cifras de hba1c mayor a 7%. El 18,23% de los diabéticos tipo 2 es fumador. El 43,75% es obeso. El 19,24% no tiene registro de tensión arterial en el último año y de los que están registrados sólo el 27,85% tienen controlada la tensión arterial por debajo de 130/80. El 52,2% de la población con registro de colesterol tiene valores superiores a 200 mg/dl. El 72,31% realiza tratamiento con antidiabéticos orales. 16,32% insulino-terapia y 11,37% antidiabéticos e insulina.

Conclusiones

La diabetes tipo 2 es la enfermedad endocrina más frecuente, representa en nuestro centro de salud una prevalencia de 5,69% de diabetes mellitus tipo 2. Está asociada a un conjunto de síndromes de origen multifactorial por lo que debemos vigilar los hábitos de vida, valores de tensión arterial, índice de masa corporal y niveles de colesterol.

Palabras clave

Diabetes mellitus, prevalence, primary health care.

A propósito de un caso de pericarditis recurrente

Carmona González P¹, Ramírez Sánchez D¹, Gil Cañete A²

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Molino de la Vega. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva

² Facultativa. CS Molino de la Vega. Huelva

Ámbito del caso

Atención hospitalaria (urgencias).

Motivos de consulta

Dolor torácico.

Historia clínica

Antecedentes personales: no reacciones alérgicas medicamentosas conocidas. Fumador de 12.5 paquetes/año. Bebedor de más de 80 gr de etanol/día. Pericarditis aguda hace 5 años. No otros antecedentes médico-quirúrgicos de interés.

Anamnesis: varón de 38 años que acude por dolor torácico de 72 horas de evolución que define como punzadas y en ocasiones opresivo que localiza en región pectoral izquierda con irradiación contralateral. Es de predominio vespertino/nocturno y empeora con la extensión del tórax en bloque mejorando dudosamente al inclinarse hacia delante. No asocia cortejo vegetativo, disnea ni otra sintomatología por aparatos. Le recuerda a episodio de pericarditis aguda diagnosticado hace 5 años.

Exploración: sin fiebre ni otros hallazgos salvo por tensión arterial de 160/100 y pésimo estado de salud buco-dental.

Pruebas complementarias: estudio analítico con leucocitosis como único hallazgo con enzimas cardíacas seriadas normales; electrocardiograma en ritmo sinusal a buena frecuencia, signos de hipertrofia ventricular izquierda y elevación del punto j de v2 a v4 con morfología en guirnalda del St en I, II, III, AVR y AVF; radiología simple de tórax con masa mediastínica sin hallazgos en parénquimas pulmonares; TAC de tórax con gran masa mediastínica paracardial izquierda y dos adenopatías paracelíacas de 1 cm; anatomía patológica de biopsia de mediastino compatible con timoma, probablemente tipo ab o b.

Juicio clínico: timoma.

Diagnóstico diferencial: linfoma; bocio intratorácico; lipoma; tumor de células germinales.

Tratamiento: exéresis tumoral por toracotomía; rehabilitación respiratoria; radioterapia sobre lecho quirúrgico; tramadol 50 mg a demanda si dolor.

Evolución: buena con disnea grado I por elevación diafragmática izquierda en relación con afectación frénica pos-quirúrgica.

Conclusiones

El timoma, una rara entidad, así como otras patologías mediastínicas pueden detectarse a través de la radiología simple de tórax, tanto a nivel de urgencias hospitalarias como en atención primaria. Para ello debemos mantenernos actualizados en radiología torácica y aplicar la sistemática de lectura a todos los estudios que demandamos. El caso que nos ocupa fue diagnosticado de pericarditis aguda 5 años antes con estudio radiológico definido como normal de forma negligente.

Palabras clave

Pericarditis; radiography; thymoma.

Grado de conocimiento del riesgo de padecer diabetes en los pacientes que acuden a un centro salud

Conesa Pedrosa I¹, Bellido Moyano C², Alcalá Grande A¹, Galán Marín F², Aguilar López I³, Rojas Feixas L¹

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Rute. Córdoba

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Lucena I. Córdoba

³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Lucena II. Córdoba

Objetivos

Evaluar grado de conocimiento sobre diabetes mellitus (DM) 2 en un centro de salud.

Diseño

Estudio observacional, descriptivo y transversal, de 182 pacientes entre 30-65 años, no diagnosticados de DM, seleccionados mediante muestreo aleatorio sistemático.

Emplazamiento

Atención primaria.

Material y método

Se emplea un cuestionario de evaluación de conocimientos en pacientes con DM 2, modificado para pacientes no diabéticos. Se realiza análisis estadístico descriptivo. Para las variables cualitativas se aplica la prueba chi cuadrado ($p < 0,05$).

Resultados

Edad media 49,59 años (DT: 7,87); 25,8% hombres, 74,2% mujeres. El 24,2% de los pacientes tenían grado intermedio de información, el 15,4% adecuado. No existieron diferencias significativas del grado conocimiento respecto al sexo ni edad, aunque el mayor porcentaje de pacientes que tienen un conocimiento adecuado (17,5%) pertenece al grupo de >55 años. Tampoco existieron diferencias significativas en los pacientes hipertensos o con hiperglucemia ocasional. Respecto al IMC el mayor porcentaje de pacientes (17,7%) con conocimiento adecuado son los obesos, aunque esto no fue significativo. La información procede 84.6% de familiares, amigos, otros pacientes; 10.4% internet o lectura de revistas; 4.9% de personal sanitario.

Conclusiones

La mayoría de los pacientes presentan bajo grado de información sobre DM, independientemente de si padecen algún otro factor de riesgo cardiovascular, del sexo o edad. La mayoría obtienen información a través de amigos, familiares u otros pacientes. Esto nos hace reflexionar en que, dada la creciente incidencia de la DM, se deben realizar mayores esfuerzos en la educación sanitaria de los pacientes, en prevención primaria.

Palabras clave

Obesity, Diabetes mellitus, Hyperglycemia

El paciente con parestesias

Morales Valverde A¹, Luque Montilla M², Infante Ruiz M³

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Santa Rosa. Córdoba

² MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Sector Sur. Córdoba

³ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Villa del Río. Córdoba

Ámbito del caso

Atención hospitalaria (urgencias).

Motivos de consulta

Mujer de 62 años que no presenta antecedentes de interés. Fumadora de 10-15 cigarrillos al día. Bebedora diaria. No tratamiento habitual. Acude a urgencias porque, estando sentada, comienza con sensación de hormigueo progresivo en miembros superiores y cara con posterior engarrotamiento y rigidez de brazos, manos y cara que le impedía movilizar los brazos y dificultad para hablar. No disnea ni disfagia. No dolor torácico ni palpitations. No crisis tónico – clónica. No cuenta ningún antecedente de interés, solo deposiciones diarreicas a la que no da importancia. A su llegada a urgencias presenta espasmos musculares en miembros superiores y peribucal.

Historia clínica

Exploración física: regular estado general. Consciente, orientada y colaboradora. Normohidratada y normoperfundida. TA 112/78. FC 81lpm. Sato2 96%. Temperatura 36.4ºC. ACP: normal. Abdomen: blando, depresible, no doloroso a la palpación. Exploración neurológica: Glasgow 15/15. Pares craneales normales. Sensibilidad disminuida en cara y parte superior del tórax. Resto normal.

Pruebas complementarias: analítica: calcio corregido 6. Fosfato 4.6. Potasio 4.4, albúmina 3.4, magnesio 1.2, PCR 13.9, proteínas totales 5.6. TSH, función renal y enzimas hepáticas normales. PTH 95.9, vitamina D 65. Gasometría venosa: PH 7.46, HCO₃ 25.9. Sistemático de orina: normal. ECG: ritmo sinusal a 90lpm, eje normal sin alteraciones agudas en la repolarización. Radiografía de tórax: normal.

Juicio clínico: crisis de tetania. Hipocalcemia aguda sintomática secundaria a hipomagnesemia en paciente alcohólica.

Evolución: la paciente evoluciona de forma favorable tras la administración de glucobionato cálcico en perfusión, cediendo la crisis de tetania. Al alta se encuentra asintomática.

Conclusiones

Ante la presencia de parestesias siempre debe realizarse un diagnóstico diferencial con las alteraciones iónicas, como es el caso de la hipocalcemia. En caso de hipocalcemia lo primero a descartar es que se trate de una pseudohipocalcemia debido a hipoalbuminemia. Una vez descartado esto, las causas de hipocalcemia son diversas: hipomagnesemia en pacientes desnutridos y alcohólicos, hipoparatiroidismo, hiperpotasemia, sepsis, rabdomiolisis, déficit de vitamina D, etc. La hipocalcemia produce alteraciones tanto neuromusculares (parestesias periorales y digitales, calambres musculares y hiperreflexia), como neurológicas (ansiedad, delirio, psicosis, papiledema) y electrocardiográficas (lo más frecuente es la prolongación del intervalo QT).

Palabras clave

Hypocalcemic, hypomagnesemia, parotid gland

Estreñimiento como manifestación de enfermedad de chagas con afectación gastrointestinal

Pérez Cornejo Y¹, Mellado Prenda C²

¹ CS Gibraleón. Huelva

² CS Adoratrices. Huelva

Ámbito del caso

Urgencias hospitalarias.

Motivos de consulta

Estreñimiento.

Historia clínica

Antecedentes personales: varón de 63 años. Sin alergias conocidas. Procedente de Bolivia. Bebedor de 3 litros de cerveza al día. Hiperplasia benigna de próstata. Estreñimiento crónico. Resección intestinal por obstrucción intestinal en 2001. Tratamiento: tamsulosina 0.4 miligramos/día, lactulosa si precisa.

Anamnesis: acude por dolor abdominal y falta de eliminación de heces y gases desde hace 6 días. No náuseas, ni vómitos.

Exploración física: buen estado general. Tensión arterial 160/82. Frecuencia cardíaca 80 latidos por minuto. Abdomen: distensión abdominal importante, ruidos hidroaéreos disminuidos. Dolor a la palpación periumbilical. Cicatriz media infraumbilical; resto de la exploración anodina. Actitud: a su llegada a urgencias se administra 1 gramo de paracetamol intravenoso y enema con sonda rectal y se solicitan pruebas complementarias.

Radiografía de abdomen: cámara gástrica distendida, un solo nivel aislado, colon dilatado. Hemograma y bioquímica incluido perfil abdominal: normales. PCR: 20 mg/litros. Tras 5 horas de tratamiento con enemas y laxante, el paciente inicia deposiciones. Juicio clínico: estreñimiento por megacolonsecundario a enfermedad de Chagas.

Diagnóstico diferencial: estenosis post-quirúrgica de anastomosis colo-cólica.

Plan de actuación: consejo dietético y actividad física. Abstención absoluta de alcohol. Derivación a consultas de enfermedades infecciosas.

Evolución: es valorado por la unidad de enfermedades infecciosas que realizan serología de enfermedad de Chagas: trypanosoma cruzi IGG: positivo. Además, hepatitis b, hepatitis c, sífilis y VIH todos negativos. Enema opaco: dilatación de colon sigmoides, transversos y descendentes distales (15 centímetros de diámetro); zonaestenótica en unión rectosigma de unos 5 centímetros. Inician tratamiento con benznidazol 5 miligramos/kilogramo/día, con buena tolerancia y cumplimiento terapéutico.

Conclusiones

El aumento de movimientos migratorios fuera de américa latina, ha hecho que la enfermedad de Chagas, pueda diagnosticarse en otros países, como Europa, donde se ha observado un aumento progresivo de casos de infección crónica (megacolon y cardiopatía). El megacolon chagásico, se manifiesta como un estreñimiento progresivo, dolor abdominal, meteorismo y pseudo-obstrucción. La prevención desde atención primaria mediante estrategias educativas/preventivas es un arma eficaz, siendo fundamental adaptar los programas a sus antecedentes culturales, sociales y sanitarios para lograr que la información llegue de manera efectiva.

Palabras clave

Megacolon. Trypanosoma. Estreñimiento.

Diagnosticando con nuestras manos

Pérez Gómez S¹, López Rojas M², Vázquez Alarcón R²

¹ Médico de Familia. CS Vera. Almería

² Diplomada Universitaria en Enfermería. CS Vera. Almería

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de consulta

Proctalgia y sangrado anal.

Historia clínica

Antecedentes familiares: madre cáncer de ovario.

Antecedentes personales: obesidad, asma bronquial extrínseca, hipercolesterolemia. Bebedora habitual de alto riesgo (5 ube diarias), ex fumadora. Tratamiento habitual: budesonida/formoterol, salbutamol.

Anamnesis: paciente mujer de 63 años que acude en varias ocasiones a su médico de atención primaria (AP) y a urgencias tanto de AP como hospitalarias por proctalgia intensa y sangrado anal filiándose como hemorroides externas y pautando tratamiento sintomático sin respuesta.

Exploración: TAC to rectal doloroso, dos tumoraciones exofíticas en margen anal lateral derecho. No adenopatías inguinales.

Pruebas complementarias: Biopsia: carcinoma de células escamosas bien diferenciado, profundidad de invasión 2mm. RM pelvis: imagen en margen anal de 18mm que ocupa la región posterior derecha con extensión a serosa compatible con carcinoma. TAC abdomino-pélvico: ganglios de 6 y 7mm en espacio presacro. Colonoscopia: skin tag perianales, divertículos aislados en sigma, canal anal erosionado en superficie recubierto por fibrina

Enfoque familiar y comunitario: familia nuclear en etapa de nido vacío, convive con su esposo. Adecuada relación con iguales y familiares aunque sin parientes próximos. Reside en medio rural, de difícil acceso. No limitación de movilidad actual. Enfoque psicológico: ansiedad ante la enfermedad y posible gravedad de la misma. Necesidad de apoyo psicológico.

Juicio clínico: cáncer escamoso perianal bien diferenciado

Diagnóstico diferencial: hemorroides, prolapso rectal, condilomas acuminados, absceso perianal, neoplasias

Tratamiento: se remite a oncología para inicio de radioterapia.

Evolución: favorable.

Conclusiones

Los skin tag se expresan clínicamente como apéndices o repliegues cutáneos de tamaño variable y de localización habitual en pliegues cutáneos. De naturaleza habitualmente benigna, se describen casos de lesiones malignas y premalignas siendo necesario estudio histopatológico. El cual sirve también como tratamiento, siendo posible la exéresis parcial o total de forma ambulatoria. Con el presente caso clínico se pretende resaltar el papel fundamental de una adecuada anamnesis y exploración física minuciosa, siendo en muchas ocasiones lo único necesario para alcanzar el diagnóstico. En nuestro caso la paciente acudió a consulta en varias ocasiones, su proctalgia se relacionó con posibles hemorroides al no recibir una exploración apropiada inicialmente. Posteriormente, tras la sospecha diagnóstica se toman biopsias punch en consulta de AP con la consiguiente confirmación y derivación a atención especializada.

Palabras clave

Rectal carcinoma, punch biopsy, primary care

Detección de pacientes con riesgo de padecer diabetes mellitus tipo 2(DM2) y evaluación de grado de conocimiento del mismo en el ámbito de atención primaria

Conesa Pedrosa I¹, Blanco Mora A², Pascual López B², Delgado Fernández L³, Morillo-Velarde Moreno C⁴, Moreno De Juan C⁵

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Rute. Córdoba

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Cabra. Córdoba

³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Castro del Río. Córdoba

⁴ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Lucena. Córdoba

⁵ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Lucena I. Córdoba

Introducción

La DM2 es una enfermedad prevalente en nuestro medio con numerosas complicaciones tanto agudas como crónicas asociadas. Tanto el diagnóstico precoz como la adherencia terapéutica así como el estilo de vida específico que debe llevar el paciente es crucial para un buen control de esta patología.

Objetivos

Detectar pacientes con riesgo de padecer DM 2 en el ámbito de atención primaria, y evaluar el conocimiento sobre la enfermedad. Objetivos secundarios: detectar factores de riesgo favorecedores de desarrollar DM 2 en los pacientes incluidos.

Diseño

Estudio observacional, descriptivo, transversal.

Emplazamiento

Atención primaria.

Material y métodos

Población y muestra: 451 pacientes adscritos A4 cupos de 4 centros de salud del sur de una provincia, entre 30-65 años, no diagnosticados de DM, ambos sexos, seleccionados mediante muestreo aleatorio sistemático.

Variables dependientes: riesgo de padecer DM2 en 10 años y grado de conocimiento sobre DM (cualitativas).

Variables independientes sociodemográficas: edad (cuantitativa discreta), sexo (cualitativa dicotómica), IMC (cuantitativa continua); clínicas: HTA, hiperglucemia ocasional, actividad física, dieta adecuada, antecedentes familiares con DM2 (cualitativas nominales dicotómicas).

Intervenciones: utilizamos test de Findrisk validado para evaluar el riesgo de padecer DM2 y test batalla modificado para evaluación de conocimiento sobre DM. Se realizará análisis descriptivo univariado (frecuencias) para las variables cualitativas y medidas de tendencia central para las variables cuantitativas. Un análisis bivariado Mediantechi cuadrado y T de Student o anova (previa comprobación de normalidad con Shapiro-Wilk) para $p < 0,05$.

Aplicabilidad

Constituye un importante problema de salud por su alta y creciente prevalencia (sobre todo en mayores de 65 años) e importante morbi-mortalidad. En este contexto se hace necesaria la detección precoz de los pacientes en riesgo de padecerla, pudiendo servir para el desarrollo de medidas orientadas a la prevención mediante la creación de circuitos asistenciales protocolizados en el marco del plan integral de diabetes de Andalucía.

Aspectos ético-legales:

Presentado al comité provincial de ética e investigación de una provincia andaluza, pendiente de aceptación. Se ajustará a la legislación vigente (LOPD, ley de investigación).

Palabras clave

Diabetes mellitus, Obesity, Hyperglycemia

Efectos adversos a fármacos en paciente psiquiátrico y con factores de riesgo vascular

Otero Garrido M¹, Tomás Monroy L², Baena Castro S³

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Algarrobo. Málaga

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Vélez Sur. Málaga

³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Torrox. Málaga

Ámbito del caso

Urgencias hospitalarias.

Motivos de consulta

Malestar general, sudoración y debilidad en miembros inferiores.

Historia clínica

Varón de 49 años. Alérgico a codeína.

Antecedentes personales: HTA, dislipemia, obesidad y esquizofrenia. Intento de autolisis hace 3 años. Fumador de 1 paquete /día. Vive con su esposa e hijas. Tratamiento: enalapril 20 mg, hidroclorotiazida 12,5 mg, sertralina 100 mg, lormetazepam 2 mg, diazepam 20 mg, mianserina 30 mg, palmitato de paliperidona 100 mg intramuscular, oxcarbamacepina 600 mg, olanzapina 15 mg/día (los últimos 3 días aumentó la dosis 2,5 mg más), y mepifilina en los últimos 3 días por cuadro catarral. El paciente es traído a urgencias hospitalarias por cuadro de malestar general, sudoración y debilidad en miembros inferiores.

Exploración: mediano estado general, sudoroso, nervioso. Bien hidratado y perfundido. Palidez cutánea. Leve taquipnea y frecuencia cardíaca controlada. Tonos cardíacos rítmicos, no soplos. Hipoventilación generalizada. Abdomen anodino. No edemas en miembros inferiores. Exploración neurológica normal. En urgencias comienza con hipotensión, sudoración y taquicardia de QRS ancho a 180 lpm y BCRHH no conocido. Se realiza analítica detectándose hiperpotasemia de 8.5 meq/l. Se administra amiodarona, tratamiento para la hiperpotasemia, fibrinólisis e ingreso en UCI.

En analítica de control persisten niveles de potasio elevados, acidosis metabólica y electrocardiograma con signos de toxicidad cardíaca (QT largo)

Tratamiento: insulina, bicarbonato sódico, salbutamol, gluconato cálcico, hidratación oral, amiodarona, solinitrina, anticoagulación y antiagregación.

Evolución: el paciente tras el tratamiento de la hiperpotasemia normaliza su electrocardiograma y niveles de potasio. Se traslada a planta. Se revisa su tratamiento, suspendiendo el enalapril y hidroclorotiazida, que provocan retención de potasio y cambiándolo por amlodipino. Así mismo se revisa su medicación psiquiátrica.

Conclusiones

Hay muchos fármacos que producen alteraciones hidroelectrolíticas, y hay que tener especial cuidado en pacientes con patología psiquiátrica y que incurren en modificaciones de su medicación sin control médico. En este caso la mepifilina alarga el QT, la olanzapina produce hipotensión y taquicardia, la paliperidona produce hipotensión, arritmias, la mianserina produce disarritmias, el enalapril y la hidroclorotiazida producen hiperpotasemia

Palabras clave

Hyperkalemia, Cardiac arrhythmia, Long QT syndrome

Aftas bucales recurrentes

Morán Rocha T¹, Mestraitua Vázquez A², Filellas Sierpes A²

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Bollullos del Condado. Huelva

² Médico de Familia Adjunto. CS Bollullos del Condado. Huelva

Ámbito del caso

Consultas de atención primaria.

Motivos de consulta

Paciente de 38 años con aftas bucales de repetición desde hace dos meses.

Historia clínica

Paciente que consulta por odinofagia y aftas bucales de repetición desde hace dos meses que mejoran con nistatina oral. Niega relaciones sexuales de riesgo (pareja estable desde hace un año (HSH) uso regular de preservativo).

Exploración física: aftas bucales no complicadas, sin lesiones genitales. Resto sin alteraciones. Se cita a la semana para revisión de su historia clínica y del proceso, pero no acude.

En su historia de salud constan verrugas genitales y urticaria en 2013 con serología negativa para lúes, VIH, VHB y VHC y cribado para neumolárgenos y alérgenos de alimentos negativos. Derivado a dermatología con diagnóstico de verrugas genitales por VPH. En octubre 2015 vuelve a consultar por verrugas genitales y en barbilla se deriva a dermatología, tampoco acude a la cita. En febrero 2016 acude a consulta por erupción generalizada tipo circinadas tenues y pruriginosa en tronco y brazos (imagen) que respetaba palmas y plantas. Mejoría de aftas bucales. No lesiones genitales. Niega lesiones genitales, niega problemas oculares.

Se solicita analítica con serología y se deriva al servicio de medicina interna (MI), pendiente de resultados. Un mes después: serología luética positivo. VIH negativo. VHB no inmunizado. Se contacta con medicina preventiva. Se inicia tratamiento con benzetacil 2.400.000 ui y vacunación contra hepatitis a y b. Se deriva a servicio de enfermedades infecciosas para seguimiento.

Entorno familiar: pareja pendiente de realización de serología.

Juicio clínico: sífilis secundaria.

Diagnósticos diferenciales: enfermedad de Behcet. Déficit vitamínico. Enfermedad celíaca. VIH.

Conclusiones

En el caso de las aftas bucales recidivantes en paciente jóvenes en atención primaria, es importante una historia clínica adecuada, insistiendo: el número de parejas en los últimos 12 meses; última relación sexual/ parejas previas; tipo de relación sexual (oral; vaginal, anal); relación con la pareja (ocasional/estable); presencia de síntomas en la pareja, además debemos conocer los periodos de latencia de las infecciones de transmisión sexual y repetir serología si alta sospecha de infección aunque previamente resultasen negativas.

Palabras clave

Oral ulcers, syphilis, exanthema

¿Intoxicación histamínica por pescado fresco?

Rosa González M¹, López Llerena Á², Madrigal Valdes J³

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Villanueva. Madrid

² MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital El Escorial. Madrid

³ Médico de Familia. Adjunto de Urgencias. Hospital El Escorial. Madrid

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de consulta

Cefalea intensa, vómitos, alteraciones visuales y elevación de la tensión arterial.

Historia clínica

Mujer de 26 años, sin alergias medicamentosas, no hábitos tóxicos ni antecedentes médico-quirúrgicos de interés. Acude por cefalea de 30 minutos de evolución, que define como "el dolor de cabeza más intenso que ha tenido en su vida", acompañado de vómitos, visión borrosa, temblor y debilidad de miembros inferiores. Como antecedentes refiere haber realizado actividad física intensa 2 horas antes tras lo que tomó atún fresco para almorzar. La exploración neurológica es estrictamente normal salvo parestesias peribucal. Tensión arterial 190/110, electrocardiograma normal, temperatura 36,2°C.

Evolución: ante la sospecha de aneurisma cerebral sangrante se decide derivación al hospital más cercano para realizar pruebas complementarias. Durante el traslado aparece un exantema no pruriginoso en tronco y extremidades inferiores que desaparecía a la digito presión, así como inyección conjuntival. En ese momento avisan desde el domicilio de la paciente por un familiar con mismo episodio tras la ingesta también del mismo alimento, a su vez se ponen en contacto desde el centro de salud para informar de la presencia de 4 personas más con clínica similar, que a la interrogación reconocen haber ingerido atún fresco ese mismo día.

Juicio clínico: escombroidosis

Diagnóstico diferencial: el diagnóstico principalmente se realiza en forma clínica y por datos epidemiológicos. Es importante realizar diagnóstico diferencial de la intoxicación por histamina con reacciones alérgicas y anafilaxia.

Tratamiento: se inicia tratamiento con corticoides y sueroterapia intravenosa. Finalmente el cuadro se resuelve a su llegada al hospital, no siendo necesario la realización de pruebas complementarias en el centro por estar asintomática la paciente.

Conclusiones

La escombroidosis es una patología frecuente aunque infradiagnosticada. Es una intoxicación química causada por la ingesta de ciertos alimentos, fundamentalmente pescado con alto contenido de histamina que no han sido tratados de manera adecuada. Una vez diagnosticado ha de informarse a las autoridades correspondientes para activar la alerta. Es fundamental el papel del médico de familia para poder hacer un diagnóstico precoz y evitar así la aparición de más casos.

Palabras clave

Histamina, intoxicación, pescado.

Yatrogenia, una etiología imposible de olvidar

Ambrona García E¹, Neila López M², González Aguilera J³

¹ Enfermero Residente 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Torrejón. Hospital Infanta Elena. Huelva

² MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Infanta Elena. Bollullos del Condado (Huelva)

³ Enfermero Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Torrejón. Hospital Infanta Elena. Huelva

Ámbito del caso

Urgencias hospitalarias.

Motivos de consulta

Malestar general, sudoración y astenia de 2 meses de evolución.

Historia clínica

Antecedentes personales: no alergias medicamentosas. Exfumador de 2-3 paquetes/día desde 2003. Diabetes tipo 2. HTA y dislipemia. FA paroxística anticoagulada con dabigatrán y amiodarona desde 2013. Síncopes de repetición estudiada en cardiología desde 2013 con hipertrofia concéntrica ligera del ventrículo izquierdo como hallazgo patológico. Síndrome X coronario. Intervenciones quirúrgicas: apendicetomía. Síndrome del túnel carpiano. Tratamiento habitual: rosuvastatina, dabigatran, metformina, amiodarona, omeprazol.

Anamnesis: paciente de 68 años que acude por de 2 meses de astenia y sudoración que asocia cuando está en bipedestación o camina y que había empeorado con palpitaciones. Refiere visión borrosa sin pérdida de conocimiento, palidez cutánea.

Exploración: buen estado general. Consciente y orientado. Bien hidratado y perfundido, leve palidez cutánea. Eupneico en reposo. Corazón: arritmico a 130 lpm, sin soplos ni extratonos. Pulmón: buen murmullo vesicular, no ruidos patológicos. Abdomen: anodina. Miembros inferiores: no edemas ni signos de trombosis venosa profunda. TA: 120/60. Saturación de O₂: 96%.

Pruebas complementarias: ECG: fibrilación auricular (FA) a 155 lpm. Hemogramanormal. Bioquímica: glucosa: 185, TSH inexistente, tiroxina libre (T4:7,13), anticuerpos antitiroideos negativos, troponinas: 15,18, CA: 10,3, resto normal. Gasometría venosa: PH: 7.41, PCO₂: 49, Sat O₂:88%, bicarbonato: 31,1, excesos bases 6,5. Ecocardio: sin cambios desde el ultimo de 2013. Ecografía tiroides: aumento ligero de tamaño pero sin lesiones nodulares.

Juicio clínico: FA con respuesta ventricular rápida. Tirototoxicosis inducida por yodo (Jod-Basedow).

Diagnóstico diferencial: TIA tipo 1 (tirototoxicosis inducida por yodo) y la TIA tipo 2 (tiroiditis destructiva farmacológica). Tiroiditis aguda. Enfermedad de graves-Basedow. Tiroiditis autoinmune. Bocio multinodular. Tiroiditis subaguda de Quervain. Adenomas tóxicos.

Tratamiento: se ingresa en medicina interna para instauración más rápida del tratamiento con corticoterapia y tiamazol. Bisoprolol para control de síntomas y de la frecuencia cardíaca.

Evolución: favorable, fue disminuyendo los valores de tiroxina; tras ingreso control de los valores de tiroxina durante los meses posteriores.

Conclusiones

Conclusión: la importancia de revisar los tratamientos que no están exentos de efectos nocivos para el paciente.

Palabras clave

Amiodarone, hyperthyroidism, iatrogenia

Diabetes insípida nefrogenica secundaria a intoxicación por litio

Romero Rodríguez E¹, García Cintas J², Linares Ruiz A³

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Occidente Azahara. Córdoba

² MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Occidente Azahara. Córdoba

³ MIR 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Valladolid. Córdoba

Ámbito del caso

Urgencias.

Motivos de consulta

Somnolencia y enlentecimiento.

Historia clínica

Mujer, 70 años de edad, no AMC, no hábitos tóxicos, residente en Canadá, de vacaciones en España antecedentes patológicos: trastorno bipolar, actualmente en tratamiento con litio (1200 mg/d). Hipertensión arterial sistémica en tratamiento médico con amlodipino (10mg al día).

Acude a urgencias refiriendo 4-5 días de evolución de somnolencia, enlentecimiento psicomotor y adinamia, acompañado de temblor generalizado con dificultad para la marcha y disfagia. Marido refiere clínica de unos dos años de poliuria y polidipsia. Diuresis en torno a 4.5 l.

P/A 151/73mmhg, pulso 76 lpm, T^a axilar 36.0°C somnolienta, desorientada en tiempo y espacio, bradipsiquia, PINR, PC, disartria leve. Balance muscular conservado en las 4 extremidades. Sensibilidad sin alteraciones. Discreto temblor distal de miembros superiores, leve bradicinesia de las 4 extremidades, sin rigidez. Hiperreflexia generalizadas fuerza marcha no valorada. Examinación cardiopulmonar sin hallazgos significativos. ABD: normal. Glicemia 154 creatinina: 1.69 mg/dl, sodio 174 meq/l potasio 3.6 meq/l calcio 10.40, magnesio 3.0 perfil hepático: normal litio 2.63 meq/l drogas de abuso: negativo. EKG en ritmo sinusal con FC 75, bloqueo de rama derecha, sin alteraciones en conducción AV, ni signos de isquemia. Radiografía de tórax: normal. Proteína orina 24 horas: 705 mg/24 haclaramiento creatinina 50 ml/min b-2 microglobulina orina 7078.4 µg/g crn-acetil glucosaminidasa orina (NAG) 3.20 u/ltsh, 3.780 mui/l T4 0.91 NG/DL PTH 179 pg/ml, CA 9.9 mg/dl, p 2.5 mg/dl.

Diagnostico final: diabetes insípida nefrogenica secundaria a intoxicación por litio.

Se inició hidratación parenteral con glucosado al 5%, con lento descenso del NA (a ritmo de máximo 7 meq/l por día). Logrando normalizar progresivamente los niveles de sodio al 6to día, con mejoría de la clínica neurológica.

Conclusiones

75 – 90% de los pacientes tratados con litio presentan algún signo de intoxicación el proceso de absorción del fármaco puede prolongarse durante al menos 24 horas tras la sobredosis con el consiguiente retraso en la obtención de la concentración plasmática pico y el peligro de retrasar las medidas terapéuticas. Dosis tóxicas en caso de intoxicación aguda: el enfermo que no estaba bajo tratamiento con sales de litio se inicia a partir de los 100 mg/kg pero lo más frecuente es que el paciente se encuentre ya bajo esta terapéutica en cuyo caso la dosis tóxica es menor, a partir de 50 mg/kg. Intoxicación aguda inicio: náuseas, vómitos y diarreas, temblor fino de las manos, hipertonia, hiperreflexia, clonus, fasciculaciones, ataxia, disartria alteraciones graves: confusión, agitación, letargia, coma y convulsiones. La complicación más común de la terapia con litio es la diabetes insípida nefrogénica.

Palabras clave

Litio; renal failure; nephrogenic diabetes insipidus

Dolor abdominal en mujer joven...y todo lo que hay detrás

Ruiz Del Álamo I¹, Ortega Bueno I², Rubio Belmonte S²

¹ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Doctores. Granada

² MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Zaidín Sur. Granada

Ámbito del caso

Urgencias hospitalarias.

Motivos de consulta

Dolor en fosa iliaca derecha (FID) desde hace 12h, asociando febrícula y un episodio de vómitos alimenticios.

Historia clínica

Mujer de 19 años de edad que presenta como único antecedente una interrupción voluntaria de embarazo hace 1 año. No alergias. Aqueja dicho dolor abdominal en FID desde hace 12h, sin diarrea ni estreñimiento, con un vómito. La fecha de la última regla no la recuerda bien, pero hace menos de dos semanas. No síndrome miccional.

A la exploración, impresiona de enfermedad, con palidez cutánea. Su auscultación es taquicárdica, sin ruidos respiratorios patológicos. Neurológicamente sin focalidad. El abdomen presenta defensa, con ruidos presentes, y con una masa dura de características redondeadas lateralizada en FID dolorosa a la palpación.

Se solicita una analítica en la que existe elevación de reactantes de fase aguda y leucocitosis con neutrofilia. Tras pedir ecografía abdominal, se objetiva embarazo de 25 semanas de gestación, en estado de parto prematuro.

Enfoque comunitario: vive con sus hermanos mayores, siendo huérfana de madre, la cual murió por sobredosis de heroína hace 4 años, y sin conocer a su padre. Actualmente trabaja en una tienda de ropa. Estudios realizados hasta secundaria.

Juicio clínico: embarazo no conocido con parto en curso por corioamnionitis.

Diagnóstico diferencial: apendicitis aguda. Torsión ovárica. Masa ovárica.

Identificación de problemas: desconocimiento del estado de gestación. Falta de educación sexual. Abandono social y familiar. Déficit de cuidado e higiene.

Plan de actuación: se pauta antibioticoterapia empírica y se deriva a ginecología, que confirman parto debido a corioamnionitis.

Evolución: la paciente entra en shock séptico tras el parto y es ingresada en cuidados intensivos, donde se está recuperando. El feto nace sin constantes vitales.

Conclusiones

Un ámbito social inestable, con déficits educativos importantes y con despreocupación por temas sanitarios e higiene, puede derivar en situaciones dramáticas que cuesta creer que existen hoy día. Desde atención primaria tenemos la oportunidad y el deber de captar este tipo de problemas e intentar prevenir en los posibles casos en los que se comprometa la salud de nuestros pacientes.

Palabras clave

Chorioamnionitis, pregnancy, obstetric labor, premature

Intervención multidisciplinar de paciente con disfagia

Reyes Sánchez T¹, Morera Pérez P², Catalán Casado D³

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Pablo. Sevilla

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Luis. Sevilla

³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Porvenir. Sevilla

Ámbito del caso

Atención primaria y especializada.

Motivos de consulta

Alteración de la deglución.

Historia clínica

Antecedentes personales, hipertensión arterial y fibrilación auricular. Paciente de 85 años que hace dos semanas presenta dificultad al tragar sólidos y líquidos, debilidad que ha ido en aumento y que a lo largo del día empeora de forma progresiva.

Exploración: aceptable estado general, bien hidratada y profundida, estable hemodinámicamente. Auscultación cardiorrespiratoria: tonos arrítmicos a buena frecuencia. Buen murmullo vesicular, no ruidos parológicos. Neurológica: funciones superiores conservadas. Eleva uvula, protuye lengua, disfagia a sólidos y líquidos. Ptosis palpebral derecha y fatigabilidad más intensa en miembros superiores que inferiores.

Familia en etapa de nido vacío. Viuda sin hijos. Red social con gran apoyo emocional y familiar de sobrinos y hermanos. No reacción alérgica medicamentosa ni consumo de tóxicos.

Diagnóstico diferencial: síndrome miasteniforme, neoplasia esófago, acalasia.

Juicio clínico: miastenia gravis tipo bulbar.

Tratamiento: derivamos a urgencia para valoración por neurología.

Evolución: valorada en urgencias e ingresada en planta de neurología donde realizan analítica con anticuerpos antirreceptor acetilcolina y antimusk, también TAC tórax. Tratamiento con inmunoglobulinas con evolución favorable.

Conclusiones

Destacar la importancia de la historia clínica y la exploración física, gracias a los cuales hemos realizado un diagnóstico de sospecha para llegar finalmente al diagnóstico, donde destaca el trabajo multidisciplinar de atención primaria y especializada.

Palabras clave

Distonía, Disfagia, Miastenia

A propósito de un caso de infecciones urinarias de repetición e Hiperfrecuentación

Carmona González P¹, Ramírez Sánchez D¹, Gil Cañete A²

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Molino de la Vega. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva

² Facultativa. CS Molino de la Vega. Huelva

Ámbito del caso

Atención hospitalaria (urgencias).

Motivos de consulta

Disuria y dolor abdominal.

Historia clínica

Antecedentes personales: no RAMC. Fumadora de 17.5 paquetes/año. Estreñimiento crónico. Hiperfrecuentación de reciente tipificación. Implantes mamarios. No otros antecedentes médico-quirúrgicos de interés.

Anamnesis: mujer de 51 años que acude por disuria y dolor en ambas fosas ilíacas con irradiación a región vulvar de 8 semanas de evolución y carácter intermitente. Además, asocia pérdida de peso de 6 kg en 2 meses habiendo sido diagnosticada de infección del tracto urinario y tratada con diversas tandas antibióticas sin resolución completa del cuadro. No otra sintomatología por aparatos. Tras revisión de la historia se evidencian 11 motivos de consulta por dicho motivo en los últimos 5 años.

Exploración: sin fiebre ni otros hallazgos salvo por tensión arterial de 148/92 y dolor abdominal a la palpación en hipogastrio y ambas fosas ilíacas.

Pruebas complementarias: estudio analítico con LDH de 227 y leucocitos en orina de 75 como únicos hallazgos; radiología simple de abdomen con patrón aéreo intestinal normal; ecografía ginecológica con hallazgos de neoformación de 2 cm en pared vesical anterior, tras valoración urológica con ureterocistoscopia no se evidencia uropatía obstructiva; anatomía patológica pos-resección transuretral vesical compatible con vejiga de la orina y pared vesical con cistitis intersticial.

Juicio clínico: cistitis intersticial.

Diagnóstico diferencial: cistitis infecciosa; uretritis; vulvovaginitis; uropatías obstructivas (neoplasia vesical, cálculos); neoplasia ginecológica.

Tratamiento: resección transuretral vesical; instilaciones de AC. Hialurónico; analgesia habitual.

Evolución: tras la intervención realizada y posterior seguimiento, la paciente no reaccide a consultas de atención primaria ni a urgencias hospitalarias presentando sintomatología ginecológico-urinaria y cesa la hiperfrecuentación.

Conclusiones

Los pacientes hiperfrecuentadores consumen gran cantidad de esfuerzo y tiempo en las consultas pero debemos realizar un ejercicio de buena praxis y recordar que hasta un 37 % de los casos son atribuibles al impacto de enfermedades físicas crónicas. Además, la cistitis intersticial es un patología crónica en la cual se logra hasta en un 80-90% de los casos el alivio sintomático con gran mejoría de la calidad de vida de los pacientes.

Palabras clave

Abdominal pain; dysuria; hyperfrequentation.

Doctor, me sigue doliendo la espalda

Morales Del Águila M¹, Rodríguez Ordoñez M², Luna Valero M³

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Delicias. Málaga

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Tiro Pichón. Málaga

³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Coín. Málaga

Ámbito del caso

Atención primaria y especializada.

Motivos de consulta

Derivado desde atención primaria ante el hallazgo de una masa abdominal en la exploración en paciente con lumbalgia conocida.

Historia clínica

Varón de 15 años. Niega alergia medicamentosa conocida. Sin antecedentes personales de interés. Refiere dolor lumbar en fosa renal izquierda inconstante de al menos un año de evolución al que se añade mayor frecuencia en últimas semanas, hiporexia con pérdida de 2 kilogramos en el último mes, estreñimiento y sudoración nocturna. Múltiples consultas previas por dolor lumbar, catalogándose de lumbalgia y estreñimiento con meteorismo, mejorando con tratamiento analgésico.

Exploración física: buen estado general. Constantes normales. Abdomen: blando, no doloroso, no signos de irritación peritoneal, masa pétreas de unos 20 centímetros en hipogastrio, con dolor a la puño percusión renal izquierda. No adenopatías periféricas.

Pruebas complementarias (urgencias): analítica de sangre: destaca proteína C reactiva 63 miligramos/litro, resto normal. Ecografía abdominal: caudal a la bifurcación aortoiliaca, en línea media, se observa una masa sólida de 15x12x14 centímetros, multilobulada, de bordes mal definidos y ecogenicidad heterogénea, con imágenes calcificadas aisladas y flujo doppler en su interior, extendiéndose desde pared abdominal hasta musculatura prevertebral. (Medicina interna): biopsia aguja gruesa: hallazgos morfológicos, inmunofenotípicos y moleculares compatibles con sarcoma de Ewing. Estudio de extensión: afectación peritoneal y ganglionar retroperitoneal.

Juicio clínico: sarcoma de Ewing abdominal, con afectación peritoneal y ganglionar retroperitoneal.

Evolución: durante el ingreso se controlan los síntomas y se comienza el tratamiento quimioterapéutico. Tras seis ciclos se reevaluará la cirugía y/o radioterapia.

Conclusiones

Conclusión: la exploración física es una parte fundamental en la valoración de un paciente. El retraso en el diagnóstico de los procesos tumorales puede repercutir gravemente en el pronóstico, por lo que una exploración rigurosa por órganos y sistemas y el no basarnos en diagnósticos previos es determinante en el diagnóstico de patologías paucisintomáticas que presentan síntomas inespecíficos.

Palabras clave

Ewing sarcoma, delayed diagnosis, low back pain.

Meningitis tuberculosa y medicina rural

Morera Pérez P¹, Catalán Casado D², Reyes Sánchez T³

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Luis. Sevilla

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Porvenir. Sevilla

³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Pablo. Sevilla

Ámbito del caso

Atención primaria de medicina rural y atención hospitalaria.

Motivos de consulta

Hombre de 28 años que acude a consulta por presentar fiebre de hasta 39º de 1 semana de duración asociada a malestar general, letárgia, tos y cefalea intensa.

Historia clínica

Paciente hombre de 28 años, trabajador del campo, con antecedentes personales de alergia a penicilina y tuberculosis pulmonar tratada, que consulta por presentar fiebre de hasta 39º de 1 semana de duración, malestar general, tos y expectoración, con aumento de disnea y cefalea holocraneal intensa. Refiere también desde hace 15 días otalgia izquierda de carácter intermitente.

Exploración: regular estado general con confusión y letargia, tensión arterial 119/74mmhg, saturación 95%. Cardiorrespiratorio: disminución murmullo vesicular en base derecha. Otoscopia izquierda: conducto eritematoso con membrana timpánica deslustrada. Neurológico: pupilas isocóricas y normoreactivas, pares craneales conservados, rigidez de nuca y en miembros inferiores con maniobras de Kerning y Brudzinsky positivos.

Pruebas complementarias: radiografía de tórax postero-anterior: derrame pleura basal izquierdo. Test de Mantoux positivo. Tomografía axial computarizada de cráneo normal. Punción lumbar de líquido céfalo-raquídeo: aspecto de "agua de roca", PH 7,3. 840 leucocitos/ml, 99% mononucleares, adenosin-deaminasa 80 u/dl. Glucosa 45 y proteínas 183. Células mycobacterium tuberculosis aisladas en cultivo LCR.

Diagnóstico diferencial: meningitis bacteriana, recidiva de tuberculosis pulmonar, otitis media aguda.

Juicio clínico: meningitis tuberculosa.

Tratamiento: iniciamos tratamiento con antitérmicos y antibioterapia simple durante 7 días. Posteriormente tras confirmarse el diagnóstico de meningitis tuberculosa se indica cuádruple terapia desde planta de enfermedades infecciosas, presentando mejoría del cuadro, siendo finalmente alta hospitalaria.

Conclusiones

La tuberculosis es una enfermedad infecciosa producida por el mycobacterium tuberculosis. La meningitis tuberculosa es una forma poco frecuente de la enfermedad. Afecta a los pares craneales, letárgia, confusión y signos meníngeos, ocasionando secuelas neurológicas hasta el 25% de los tratados. Es necesaria la realización de punción lumbar para obtener un diagnóstico de confirmación. La tuberculosis es una enfermedad infecto-contagiosa que ha aumentado su prevalencia en España en ámbitos rurales por lo que debemos realizar diagnóstico diferencial con esta patología por considerarse de alta prevalencia en España.

Palabras clave

Tuberculosis, meningeal, meningitis, rural health.

A propósito de un caso: claudicación intermitente en brazo

Calderon Frapolli L¹, Sayago Alcázar A²

¹ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Alameda Perchel. Málaga

² CS Alameda Perchel. Málaga

Ámbito del caso

Atención primaria y hospitalaria.

Motivos de consulta

Paciente acude a consulta presentando desde hace varios meses pérdida de fuerza en miembro superior derecho tras ejercicio sostenido en actividades básicas como peinarse, coger teléfono, ducharse... asociado a parestesias mano y cambios de coloración. Refiere también cervicobraquialgia intermitente. No síncope ni mareos. No episodios febriles. No afectación general ni otra sintomatología.

Historia clínica

Mujer de 29 años. NAMC. No FRCV. No abortos previos. No antecedentes familiares de interés. No tratamiento habitual ni anticonceptivos orales.

Enfoque familiar y comunitario: vive en pareja. Trabaja como enfermera. Vida activa, nadadora habitual. No consumo de tóxicos.

Exploración: TA 130/80. FC 80. Buen estado general, buena coloración. No adenopatías. Pulsos carotídeos presentes y simétricos. ACR: tonos rítmicos y regulares, no soplos aórticos ni carotídeos. Abdomen blando y depresible, no megalias ni masas pulsátiles. Extremidades: ausencia pulso radial en MSD con diferencias de PA (MSD 60/40 MSI 120/80) no edemas en MMII, pulsos pedios conservados. Signo de Phalen negativo. Exploración neurológica: fuerza y sensibilidad conservadas, maniobras Barre y Mingazzini negativas. ROT normales. Pruebas cerebelosas normales. Por el tiempo de evolución, edad de la paciente, el fenómeno de Raynaud y la afectación unilateral sospechamos que la causa sea vascular por lo que se deriva preferentemente a m. Interna.

Pruebas complementarias: analítica: hemograma, coagulación, bioquímica, PCR normal. VSG 35. Fibrinogeno 500. Inmunología, autoinmunidad normal. Fr negativo. RX tórax y cervical: sin alteraciones. Ecocardiograma: normal. Ecodoppler TSA: engrosamiento intimal difuso aorta ascendente. Arteriografía cayado aórtico: oclusión a nivel art subclavia derecha. Estenosis en salida art vertebral derecha y disminución de calibre troncos supraaórticos. PET: depósitos hipermetabólicos en aorta y carótida común sugestivos de actividad inflamatoria moderada-leve.

Juicio clínico: cuadro compatible con arteritis de Takayasu

Diagnóstico diferencial: vasculitis. Tromboembolismo arterial. Costilla cervical. Coartación aórtica. Aneurisma

Evolución: Presentando clínica de actividad inflamatoria y progresión hacia MSI, se pautó prednisona 50mg/kg/día hasta obtener respuesta clínica. Durante todo este tiempo se mantiene en tratamiento con AAS 100mg diarios siendo buena la evolución clínica y controles radiológicos estables, por lo que se considera inactiva en la actualidad.

Conclusiones

Ante un cuadro de cervicobraquialgia pensar no sólo en la patología osteomuscular, pues podría ser aunque infrecuente, de origen vascular. Una anamnesis detallada y exploración completa en consulta nos dará la clave.

Palabras clave

Intermittent claudication, Paresthesia, Takayasu arteritis

Anemia microcítica ferropénica

Bedmar J, Carmona A, Moraleda Barba S

Médico de Familia. UGC Virgen de la Capilla. Jaén

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de consulta

Paciente de 76 años que acude acompañando a su mujer a la consulta, y tras saludarle, le animamos a hacerse una analítica porque no se las ha hecho en los últimos 4 años.

Historia clínica

Antecedentes personales: sin interés, "no acude nunca al médico".

Anamnesis: con preguntas abiertas exploramos algún síntoma guía para realizar la petición de la analítica y tras referir que se encuentra muy bien, le solicitamos el perfil analítico de los pacientes hipertensos.

Exploración: palidez de piel y mucosas que él justifica con que estamos en diciembre y no le da el sol. Obeso. TA 110/64 mmhg, FC 87 lpm. No otros hallazgos.

Pruebas complementarias: hemograma con anemia microcítica hemoglobina 7,9 g/dl, hematocrito 26,1%, VCM 68 FL. Hierro 26, ferritina 3. Sangre oculta en heces positiva.

Enfoque familiar y comunitario: vive con su mujer, 2 hijos casados con nietos. Etapa ciclo vital familiar V final de la contracción. Profesor universitario jubilado.

Juicio clínico: anemia microcítica ferropénica, en rango de transfusión. Posiblemente secundaria a pérdidas digestivas.

Diagnóstico diferencial: anemia ferropénica, betatalasemia heterocigótica, anemia en la inflamación, alfa talasemia, anemia sideroblástica, anemia por déficit de hierro refractaria al hierro.

Identificación de problemas: el hierro y la ferritina con bajos niveles apuntaron a diagnóstico de anemia ferropénica y la sangre oculta en heces positiva nos obligó a realizar el estudio digestivo con endoscopias digestivas alta y baja.

Tratamiento: ante el asombro del paciente, que asegura estar en plena forma, se deriva a urgencias donde le transfunden 2 concentrados de hematíes.

Planes de actuación: se programa colonoscopia y gastroscopia con digestivo en una semana.

Evolución: a los seis meses ya se le han realizado una gastroscopia y dos colonoscopias y el diagnóstico es angiodisplasias en colon y poliposis de colon. La anatomía patológica de los polipos extirpados es de polipos adenomatosos con displasia moderada (bajo grado). La próxima colonoscopia será en un año.

Conclusiones

Es importante la captación activa de pacientes que no frecuentan nuestra consulta, sobre todo a partir de los 65 años. Se pueden prevenir y tratar patologías asociadas a la edad.

Palabras clave

Iron-deficiency; anemia; professional competence

Cinco años de teleconsulta por correo electrónico en una consulta de atención primaria

Delgado Vidarte A¹, Montilla Álvaro M¹, Ortega Carpio A², García Ruíz C¹, Ruiz Reina A¹, Ambrona García E¹

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Torrejón. Huelva

² Tutor de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Torrejón. Huelva

Objetivos

Determinar la frecuentación, características y adecuación de las consultas de pacientes a través del correo electrónico convencional con su médico de familia.

Diseño

Estudio observacional descriptivo transversal.

Emplazamiento

Centro de salud urbano ubicado en un área de transformación social.

Material y método

Población diana: pacientes >14 años asignados a un cupo de 1790 pacientes.

Método: revisión del correo electrónico histórico recibido desde 2011 al 2016.

Variables: edad, sexo, frecuentación semanal media, tipo de consulta (clínica/administrativa), respuesta médica (resolución/citación en consulta).

Análisis estadístico descriptivo.

Resultados

Durante el periodo analizado se interaccionó con 133 pacientes (9,1% del cupo) 59 varones y 74 mujeres con edad media de 43 años (IC95% 31-51). 6% de los pacientes eran HTA, 5% DMT2 y 6% cuidadores de familiares dependientes. Se recibieron 1105 consultas electrónicas, una media de 4,6 a la semana tras excluir el periodo vacacional, siendo la media anual progresivamente mayor (2,8/1º año, 3,4/2º año, 3,8/3º año, 4,7/ 4º año y 5,6/5º año). La media de mensajes por consulta fue de 1,3 (IC95% 1,1-1,8); un 16% de pacientes fueron hiperconsultadores (>10 mail), un 64% normoconsultadores (3-10) y el resto usuarios ocasionales (1-2 mail). el 28% de las consultas fueron administrativas (solicitud de recetas, informes, partes de incapacidad, información administrativa o sobre citas pendientes) y el 72% clínicas; en un 1,1% de éstas se recomendó al paciente acudir a consulta.

Conclusiones

La comunicación por correo electrónico ente pacientes y médico es un valor añadido utilizado adecuadamente y una herramienta más de gestión en las consultas.

Palabras clave

Communication, clinical governance, electronic mail

Petequias en la infancia

Tomás Monroy L¹, Aldeanueva Fernández C², Baena Castro S³

¹ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Vélez Sur. Málaga

² MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Torre Del Mar. Málaga

³ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Torrox. Málaga

Ámbito del caso

Urgencias.

Motivos de consulta

Cefalea y manchas en la piel.

Historia clínica

Niña de 9 años sin alergias medicamentosas ni antecedentes personales. Vacunación completa.

Anamnesis: acude al servicio de urgencias hospitalaria, derivado de su centro de salud para completar estudio con pruebas complementarias, al presentar la paciente petequias junto con cefalea, mialgias y sensación nauseosa desde hace 12 horas.

En la exploración física existe excelente estado general, hematoma en pierna derecha de unos 3 cm de diámetro y lesiones micropetequiales en piernas, tronco superior y hombros. No sangrado de mucosas. Exploración cardiorrespiratoria normal, abdomen blando, depresible, sin masas ni megalias. Oídos normales, tono muscular, sensibilidad y equilibrio conservados. No focalidad neurológica ni signos meníngeos.

Pruebas complementarias: analítica: leucocitos 9.230 (neutrófilos 82 %, linfocitos 9,9%, monocitos 0%, basófilos 0%), hemoglobina 12,7, hematocrito 35 %. Plaquetas 15.000 (no alarma de blastos ni agregados). Coagulación: tiempo de protrombina 13%, tiempo de tromboplastina parcial activada 36,7%, control tiempo de tromboplastina parcial activado 33,5. Bioquímica con iones, creatinina y transaminasas normales. Lactato deshidrogenasa 479. Inmuglobulinas IG G 990, IG A 146, IG M 123. Anticuerpos ana, anticitomegalovirus IG M, anti- virus hepatitis C, anti IG A para virus hepatitis a y anti core hepatitis B (IG G + IG M) negativos.

Enfoque familiar y comunitario: padre de origen español y madre de origen danés. Ambos sanos. Núcleo familiar normofuncionante. Tío paterno: leucemia crónica. Tía paterna: éxitus hace un mes con 26 años por leucemia mieloide aguda con síndrome mielodisplásico previamente. Bisabuelo paterno: éxitus por leucemia.

Juicio clínico: púrpura trombocitopénica inmune.

Evolución: el paciente a su ingreso y de acuerdo con el servicio de hematología inició tratamiento con gammaglobulina en perfusión endovenosa en dosis única y corticoides durante 4 días. A las 48 horas se produce ascenso del recuento plaquetario estando al alta hospitalaria en 34300.

Conclusiones

La actuación médica en el centro de salud fue clave para orientar, informar y derivar a los padres de la niña al hospital. Inicialmente se pensó en leucemia, dado los antecedentes familiares pero se llevó a cabo un adecuado diagnóstico diferencial para poder identificar la causa y así actuar en consecuencia con un tratamiento acorde.

Palabras clave

Petechiae, thrombocytopenia, blood coagulation disorders

No puedo tolerar el desorden

Romero Rodríguez E¹, García Cintas J², Linares Ruiz A³

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Occidente Azahara. Córdoba

² MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Occidente Azahara. Córdoba

³ MIR 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Valladolid. Córdoba

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de consulta

Ansiedad.

Historia clínica

Antecedentes familiares. Tía materna diabética, madre con cuadro clínico de depresión mayor sin psicosis, tratada; Paciente de 29 años que acude a nuestra consulta por ansiedad de varios meses de evolución. Refiere estar más preocupado en los últimos meses por su temática laboral. Además comenta que presenta menor tolerancia al desorden, algo que siempre le ha preocupado, pero no de esa forma. Actualmente convive con su compañero (33 años, comerciante), manteniendo buenas relaciones con este, aunque se han deteriorado por la enfermedad actual. Personalidad de base perfeccionista, indeciso, terco, excesivamente preocupado por el orden y la limpieza.

Examen físico: normal. Examen mental: alteraciones a nivel del pensamiento caracterizadas por ideas obsesivas asociadas a un afecto ansioso, ideas fóbicas (evitación de objetos cortopunzantes), ideas de culpa, desesperanza y muerte secundarias a la ideación obsesiva, asociadas a un afecto depresivo. No se evidenciaron ideas delirantes, alteraciones en la senso percepción, trastornos en el sueño y en la conducta alimentaria. Resto del examen dentro de límites normales.

Diagnostico final: trastorno obsesivo compulsivo.

Ei manejo psicofarmacológico fue iniciado con clomipramina 75 mg/día, aumentando la dosis en forma progresiva hasta 250 mg/día.

Conclusiones

El trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo (DSM IV) se caracteriza por un patrón general de preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control mental e interpersonal, a expensas de la flexibilidad, la espontaneidad y la eficiencia, que comienza al principio de la edad adulta en diferentes contextos, y se manifiesta con 4 o más síntomas: Preocupación por los detalles, las normas las listas, el orden, la organización o los horarios, hasta el punto de perder de vista el objetivo principal de la actividad. Perfeccionismo que interfiere con la finalización de las tareas. Dedicación excesiva al trabajo y a la productividad con exclusión de las actividades de ocio y las amistades. Excesiva terquedad, escrupulosidad e inflexibilidad en temas de moral, ética o valores. Incapacidad para tirar los objetos gastados inútiles, incluso cuando no tienen un valor sentimental. Es reacto a delegar tareas o trabajos en otros a no ser que se sometan exactamente a su manera de hacer las cosas. Adopta un estilo avaro en los gastos para él y para los demás; el dinero es algo que hay que acumular con vistas a catástrofes futuras. Muestra rigidez y obstinación.

Palabras clave

Psicodiagnóstico; trastorno de personalidad; obsesión

Gangrena en dedo del pie en diabético mal controlado

García Pigne I¹, Otero Garrido M², Tomás Monroy L³

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Vélez Málaga Norte. Málaga

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Algarrobo. Málaga

³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Vélez Málaga Sur. Málaga

Ámbito del caso

Urgencias hospitalarias. Cirugía general.

Motivos de consulta

Lesión necrótica en segundo dedo del pie izquierdo de un mes de evolución.

Historia clínica

Mujer de 54 años. Alergia a codeína. Diabetes mellitus tipo 2 insulino dependiente. Bocio multinodular normofuncionante. Tratamiento habitual con metformina 850mg 1c/24 h e insulina novomix 20 ui mañana y 14 ui noche. No intervenciones quirúrgicas. Fumadora de 20 cigarros/día. Bebedora de alcohol ocasionalmente. Malos controles glucémicos. Transgresión dietética.

Acude al servicio de urgencias de su hospital derivada por su médico de atención primaria por presentar en el segundo dedo del pie izquierdo una lesión necrótica y dolorosa secundaria a herida provocada por el roce continuo de la uña del dedo contiguo de más de un mes de evolución. Ha realizado seguimiento por su enfermero en el centro de salud con curas diarias y tratamiento antibiótico (amoxicilina- clavulánico y clindamicina) sin buena evolución. No fiebre.

Exploración física: buen estado general. Bien hidratada y perfundida. Aferbril. Normocoloreada. Auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen blando, depresible, no doloroso. Sin masas ni megalias. Sin adenopatías palpables a ningún nivel. Necrosis completa del segundo dedo del pie izquierdo con despegamiento de región posterior con infección de partes blandas y exposición tendinosa. Fetidez. No edemas maleolares.

Pruebas complementarias: analítica: glucosa 463, creatinina 0.65, sodio 126, potasio 5.8, HB 14.2, leucocitos 8470, plaquetas 207000, coagulación normal.

Es valorada por el cirujano de guardia que indica ingreso en planta para tratamiento quirúrgico. La paciente es intervenida siete días después tras ser valorada por anestesia. Se realiza amputación económica dejando la base de la falange distal con cierre de piel con puntos amplios de seda.

Conclusiones

El pie diabético aparece cuando existen niveles inadecuados de glucosa en sangre y otros factores que concurren con frecuencia en personas con diabetes (hipertensión arterial, hipercolesterolemia,...) Que provocan un daño en los vasos y nervios que pueden producir complicaciones a medio-largo plazo. Como consecuencia deriva en la formación de una úlcera, algunas veces graves, y que es la principal causa de una posible amputación. Es importante la revisión de los pies de los pacientes diabéticos por parte del médico de AP para detectar neuropatía periférica, enfermedad vascular periférica, deformidades o úlceras...

Palabras clave

Diabetic foot . Gangrene. Hyperglycemia

Restituyendo la sonrisa perdida. Iniciativa desde odontología de atención primaria para la atención a personas en marginación social

Bejarano Ávila G¹, Reyes Gilabert E¹, Sánchez García M³, García Palma A⁴, Luque Romero L⁵

¹ Odontóloga. UGC de Salud Bucodental. DS Aljarafe Sevilla-Norte. Sevilla

² Médico de Familia. CS Alcalá de Guadaira. DS Sevilla. Sevilla

³ Odontólogo. CS Tomares. DS Aljarafe Sevilla-Norte. Sevilla

⁴ Médico de Familia. Unidad de Investigación. DS Aljarafe Sevilla-Norte. Sevilla

Objetivos

General: valorar la prevalencia de patología bucodental en pacientes del proyecto ayuntamiento amigos de la sonrisa (AAS) según sexo. Específicos: determinar las necesidades de tratamiento odontológico y valorar la relación entre la patología oral con los hábitos tóxicos.

Diseño

Estudio descriptivo transversal multicéntrico.

Emplazamiento

Atención primaria.

Material y método

Población: personas en riesgo de exclusión social atendida por los ayuntamientos acordados con el servicio andaluz de salud donde el odontólogo realiza un informe para la clínica odontología social.

Inclusión: pertenecer a este colectivo; *exclusión:* 0 a 18 años, rechazo o abandono del tratamiento.

Muestra representativa, estudio piloto. Variables: dependientes: sarro, periodontitis, caries, edentulismo, tartrectomía, obturaciones y prótesis. Independientes: sexo, edad, población y tabaco.

Análisis: descriptivo y bivariado. Significación si $p < 0,05$. Intervalo de confianza al 95%.

Resultados

49 pacientes, un 63,3% mujeres. Edad media 47,5 (SD 16,5), sin diferencias significativas. El estado de salud oral fue en general malo para ambos sexos y peor en mujeres siendo estadísticamente significativo ($p < 0,05$) en sarro (72,2%), caries (73,5%) y edentulismo parcial (74,2%); así como en las necesidades de tratamiento odontológico: tartrectomía (73,5%), obturaciones (73,5%) y prótesis parcial removible (80%). No hubo asociaciones significativas entre el tabaco y la salud oral.

Conclusiones

Aunque la muestra es pequeña y se ampliará, el estado de salud oral fue en general malo y peor en mujeres, posiblemente por mayor descuido en su aspecto físico que influye en su mala salud bucodental. El proyecto AAS permite restablecer la salud oral y mejorar la calidad de vida de estas personas para favorecer su inserción laboral.

Palabras clave

Social marginalization, oral health, primary health care.

¿Alguna intervención que recuerde? No. La importancia de la anamnesis

Nieves Alcalá S¹, Caro Bejarano P², Fernández Zabal S¹

¹ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Camas. Sevilla

² Médico de Familia. CS Camas. Sevilla

Ámbito del caso

Atención primaria. Atención hospitalaria.

Motivos de consulta

Dolor a nivel del muslo izquierdo y cojera.

Historia clínica

Antecedentes familiares: madre fallecida a los 96 años. Padre fallecido AVC. Una hermana, ca. Mama.

Antecedentes personales: varón de 74 años sin alergia medicamentosa. No hábitos tóxicos. No HTA ni DM. Hiperlipemia desde hace 18 años. HBP. Úlcera duodenal. Hepatopatía crónica criptogenética. ICC. Síndrome depresivo. No refiere intervenciones quirúrgicas. Paciente pluripatológico que siempre se queja de fascitis, dolor en ambas piernas. Tratamiento habitual atorvastatina 10 mg/día, tamsulosina 0,4 mg/día, furosemida 40 mg/12h, aldactone 100 mg/día, sertralina 50 mg/día. Vida basal IAVD.

Acude por presentar dolor intenso a mitad del muslo izquierdo que le impide la deambulación. Al reinterrogarlo, refiere dolor en muslo izquierdo de menor intensidad, de 2 meses de evolución que, progresivamente, ha limitado sus actividades. No síndrome constitucional.

Presenta buen estado general, consciente y orientado, afebril, TA 118/79 mmhg, FC 69 lpm, ACR tono rítmico sin soplo. BMV sin ruido sobreañadido. Resto de exploración anodina salvo signos de insuficiencia venosa crónica.

Radiografía de fémur, imagen lítica en tercio proximal de fémur izquierdo. TAC fémur izquierdo, lesión osteolítica de agresividad radiológica (enclavado cérvicodiafisario profiláctico), compatible con metástasis o mieloma. TAC toraco-abdomino-pélvico, probable conglomerado adenopático de 7,2 cm. Biopsia fémur proximal izquierdo, bag guiada por ecografía de la región axilar, con anatomía patológica de melanoma metastásico. Análisis mediante PCR en tiempo real, detectando mutación en el codón v600 del exón 15 del gen Braf. Por ello, se inicia tratamiento dirigido con vemurafenib, sin llegar a localizar el tumor primario en todo el estudio.

En anamnesis dirigida posterior, el paciente refiere extirpación de "lunar" en miembro superior izquierdo hace 15 años aproximadamente. Juicio clínico: melanoma estadio iv (probable recaída tras ILE 10-15 años de tumor primario en MSI, m1 ósea y adenopáticas). Braf mutado.

Conclusiones

Este caso revela la importancia de la atención integral al paciente. Un dolor en una pierna, sin relación aparente con un incidente acaecido más de 10 años antes, pone de manifiesto la importancia de la anamnesis dirigida y concienzuda.

Palabras clave

Melanoma, anamnesis, lesión lítica.

Varón de 88 años con eritrodermia generalizada y lesiones ampollosas

Sánchez Fernández E¹, Ranchal Soto J², Trillo Díaz E³

¹ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Torrox. Hospital Axarquía. Málaga

² Médico EBAP. UGC Leganitos. Marbella (Málaga)

³ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Vélez Norte. Málaga

Ámbito del caso

Mixto; en atención primaria y especializada. Caso multidisciplinar.

Motivos de consulta

Eritrodermia generalizada y lesiones ampollosas.

Historia clínica

Antecedentes personales: alergia a bimatoprost, hipertensión arterial, no diabetes mellitus o dislipemia. Cardiopatía isquémica. Hemiparesia derecha residual por hemorragia subaracnoidea. Leucemia linfocítica crónica en seguimiento por hematología. Hiperplasia benigna de próstata. Hernia inguinal derecha. En tratamiento con ramipril, bisoprolol, valproico hemifuramato, brinzolamida, simvastatina, finasteride, alfuzosina. Paciente institucionalizado en residencia geriátrica.

Anamnesis: acude por eritrodermia generalizada, lesiones ampollosas y epidermolisis secundario al inicio de antibioterapia con ciprofloxacino por ITU que tras cambiar a cefuroxima se produce progresión de las lesiones por lo que deciden trasladarlo al hospital. Dado la evolución tórpida de las lesiones y sospecha de epidermolisis tóxica se consulta con medicina interna y dermatología que decide ingreso en observación y traslado por la mañana al hospital regional en la unidad de quemados.

Exploración: consciente, regular estado general, eritrodermia generalizada. Eupnéico. Cabeza y cuello: edema parpebral bilateral, descamación región frontal, afectación mucosa labial con edema. Piel: epidermolisis en ambos antebrazos, pliegue interglúteo y cara interna ambas piernas. Lesiones ampollosas en espalda con eritrodermia generalizada. Edema escrotal y maleolar. Resto de exploración sin hallazgos.

Pruebas complementarias: analítica: hemoglobina 9 con volúmenes normales, creatina 1.33, PCR 55.4. Exudado de heridas: marsa.

Enfoque familiar y comunitario: núcleo familiar normofuncional, sin hijos, buen apoyo social.

Juicio clínico: epidermolisis necrótica tóxica/síndrome Stevens-Johnson.

Diagnóstico diferencial: dermatosis ampollosas, toxicodermia.

Tratamiento, planes de actuación: se inicia tratamiento con curas en bañera con clorhexidina, esteroides, antibioterapia y analgesia.

Evolución: en seguimiento compartido y estrecho por cirugía plástica, dermatología y medicina interna el paciente sufre una parada cardiorespiratoria y fallecimiento a los 9 días de ingreso.

Conclusiones

La aplicabilidad del caso se basa en la relación de esta patología con algunos fármacos y el abordaje multidisciplinar que conlleva.

Palabras clave

Autoimmune blistering diseases. Stevens-Johnson syndrome. Toxic epidermal necrolysis.

Litiasis múltiple en enterocistoplastia. Pielonefritis de repetición

Torrado Morcillo B¹, Jiménez Tapia T², Fernández León S³

¹ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Adoratrices. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva

² MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Adoratrices. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva

³ MIR 3º año de Psiquiatría. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva

Ámbito del caso

Servicio de urgencia. Atención especializada.

Motivos de consulta

Fiebre de 39 º, con tiritona, malestar y dolor en fosa renal izquierda de dos días de evolución.

Historia clínica

Mujer de 33 años, reacción alérgica a nolutil, intolerancia a aines. Como antecedentes destacamos, intervenida a los 6 meses de vida por megauréter bilateral con reimplante de los mismos. Ureterostomía cutánea bilateral. A los 8 años de vida cistectomía y creación de neovejiga intestinal artificial (colocistoplastia) más reimplante ureteral. Desde entonces con sondajes vesicales intermitentes a lo largo del día. Cólicos nefríticos de repetición. Infecciones del tracto urinario frecuentes. Cistolitectomía endoscópica en 2014. En seguimiento por urología de un hospital universitario. Pendiente de valoración para litolapexia suprapúbica.

Familiar y comunitario: activa. Vive con su marido en medio urbano, bien comunicado. Soporte familiar adecuado. Psicológico: ansiedad y desesperación por la cronicidad de su enfermedad. Sensación de falta de apoyo médico.

Exploración: regular estado general, palidez cutánea, sequedad de mucosas, fiebre de 39.4ºC. Abdomen blando, depresible, con dolor difuso en hipogastrio. Puño percusión renal (PP) izquierda positiva.

Pruebas complementarias. Hemograma: leucocitos 15000 mill/mm³, con neutrófilos de 85%. Sedimento de orina: leucocitos, piuria y hematuria. RX de abdomen: 9litiasis vesicales, la mayor de 30mm. Ecografía abdominal: riñón izquierdo atrófico, 7 cm con adelgazamiento cortical fundamentalmente en polo inferior, en probable relación con pielonefritis previas. Renograma con mercaptoacetiltriglicina con TAC de 2013: riñón izquierdo hipocaptador y trazado disminuido de amplitud. Función renal izquierda 18.3%, compensada por el derecho: 81.7%. Urograma percutáneo 2013: litiasis en vejiga, sin signos de uretero-hidronefrosis. Atrofia ri. Urocultivo: aislamiento E.coli resistente a quinolonas. Hemocultivo negativo.

Se inicia tratamiento con cefuroxima y tobramicina. El ingreso dura una semana con fiebre persistente y evolución tórpida hasta resultado de urocultivo y cambio de antibióterapia.

Juicio clínico: pielonefritis aguda izquierda. Litiasis múltiple en neovejiga.

Diagnóstico diferencial de cálculos en vejiga: vejiga neurógena, obstrucción del tracto urinario inferior, neovejiga.

Conclusiones

La calidad de vida de un portador de vejiga artificial con mala acomodación puede verse muy afectada. La etiología es diversa y su manejo de especial interés en atención primaria.

Palabras clave

Urinary bladder calculi, pyelonephritis, ambulatory care.

Varón con parálisis cerebral en agitación. ¿Cuál es la causa?

Ruiz Del Álamo I¹, Aguilar García A², Martínez Del Valle Martínez C¹

¹ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Doctores. Granada

² MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Zaidín Sur. Granada

Ámbito del caso

Urgencias hospitalarias.

Motivos de consulta

Agitación en paciente con parálisis cerebral (PC) que no cede con antipsicóticos habituales.

Historia clínica

Varón de 25 años de edad con PC, en tratamiento con haloperidol y benzodiacepinas, sin otra patología subyacente, que acude a urgencias por estado de agitación extrema, con sudoración profusa, hipotenso, sin fiebre. La familia cuenta que desde hace 1 semana está en esta situación, sin aparente causa desencadenante.

A la exploración, paciente se encuentra taquicardico, taquipneico, agitado. Consciente, no orientado. Con una auscultación anodina, y un abdomen difícil de explorar pero con ruidos presentes y sin signos de peritonismo. En miembros inferiores se aprecia tumefacción enrojecida con edema en pierna izquierda, muy dolorosa a la palpación.

Se realiza estudio analítico completo, con única alteración de urea en 100 y reactantes de fase aguda elevados. La ecografía doppler solicitada para descartar TVP no muestra alteraciones. Se solicita radiografía de pierna izquierda, donde aparece fractura de tibia en tercio medio y peroné.

La familia recuerda entonces caída fortuita mientras lo transportaban en ambulancia hace 1 semana.

Enfoque comunitario: vive en casa de sus padres, pero pasa las mañanas en centro de día. Padre en desempleo. Madre asistenta de hogar. Importante déficit de cuidado higiénico del paciente.

Juicio clínico: fractura de tibia y peroné. Síndrome compartimental. Shock neurogénico.

Diagnóstico diferencial: trombosis venosa profunda. Foco infeccioso a filiar.

Identificación de problemas: déficit de cuidados familiares.

Plan de actuación: se pauta analgesia y avisamos a traumatología de guardia para resolución del cuadro.

Evolución: estancia en planta de traumatología. Intervención quirúrgica con éxito. Interconsulta con trabajador social.

Conclusiones

Las circunstancias socioeconómicas en una familia pueden determinar cierto abandono a miembros con problemas de salud crónicos graves. Ello puede llevarnos a pensar en diagnósticos erróneos porque no se nos cuenta toda la historia que existe detrás del paciente. Debemos indagar por el bien de ellos, interviniendo cuando sea necesario, para mejorar su calidad de vida y tratar correctamente la enfermedad que padecen.

Palabras clave

Cerebral palsy, fracture, psychomotor agitation

No todo se debe a la depresión. Meningoencefalitis herpética que debuta con clínica psiquiátrica

Jiménez Tapia T¹, Torrado Morcillo B², Gracia Díez C¹

¹ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Orden. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva

² MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Adoratrices. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva

Ámbito del caso

Multidisciplinar: urgencias hospitalarias, atención especializada.

Motivos de consulta

Nerviosismo, tristeza y malestar generalizado que evoluciona a fiebre y síndrome confusional.

Historia clínica

Se trata de una mujer de 68 años. Como único antecedente de interés destaca un síndrome depresivo en tratamiento con sertralina. Cuidadora principal de su marido y de su madre de 90 años. Acude a urgencias hospitalarias por malestar, nerviosismo y tristeza. Suspendió por su cuenta el tratamiento antidepresivo hacía varios días, notándose “torpe y enlentecida”.

La exploración física es normal, solo se detecta fiebre (38,2ºC) y ligera bradipsiquia. Solicitamos analítica completa y radiografías simples, siendo normales por lo que se deriva al alta como síndrome febril sin foco de corta evolución y síndrome de abstinencia por antidepresivos.

Al día siguiente acude de nuevo a urgencias por desorientación, disfasia y fiebre. En este caso la exploración neurológica de la paciente es anormal, con diadococinesia, alteraciones de la marcha y cierta rigidez meníngea. Se realiza TAC cráneo y punción lumbar, e iniciamos tratamiento con corticoides y antibióticos de amplio espectro. Las características del lcr son de meningitis vírica, iniciándose entonces tratamiento con aciclovir. Ingresa en planta de infecciosos, y se realiza resonancia magnética (RM) de cráneo donde se aprecian hallazgos compatibles con encefalitis herpética con afectación bilateral y asimétrica.

La evolución durante el ingreso es tórpida, presentando complicaciones (neumonía basal derecha, infecciones urinarias y bacteriemia por catéter) con buena respuesta a tratamiento antimicrobiano. Finalmente, la paciente inicia tratamiento rehabilitador y mejora progresivamente hasta el alta, manteniendo alteraciones en la marcha y disfasia.

El diagnóstico diferencial se plantea con meningitis y/o encefalitis (bacteriana, vírica o herpética), encefalopatía, alteraciones metabólicas, loes o alteraciones psicopatológicas. El diagnóstico final es de meningoencefalitis herpética con afectación de funciones superiores y debilidad motora generalizada; y síndrome depresivo como patología de base.

Conclusiones

Las manifestaciones clínicas de encefalitis herpética son inespecíficas. En ocasiones los pacientes presentan diferentes síntomas psiquiátricos, como distimia y alteraciones de personalidad. La presencia de compromiso de conciencia, fiebre, cefalea, cambios de personalidad, convulsiones, vómitos o pérdida de memoria deben hacernos sospechar esta enfermedad, ya que el pronóstico depende, sobre todo, de la precocidad en la instauración del tratamiento.

Palabras clave

Herpetic encephalitis, central nervous system infection, confusional syndrome.

Síndrome confusional agudo secundario a metoclopramida

González Aguilera J¹, Ruiz Reina A², Ambrona García E²

¹ Enfermero Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC El Torrejón. Huelva

² Enfermero Residente 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Cartaya. Huelva

Ámbito del caso

Urgencias hospitalarias y extrahospitalarias.

Motivos de consulta

Desorientación y agitación.

Historia clínica

Antecedentes personales: no RAMC, dislipemia, DM, EPOC, diverticulosis.

Anamnesis: varón 71 años, acude a urgencias hospitalarias por desorientación, disminución de nivel de conciencia y agitación. Atendido en domicilio por 061, administrándole midazolam y propranolol por taquicardia. En urgencias continúa taquicardico y agitado, cediendo con haloperidol. Toma de metoclopramida 10mg/8h los 12 días previos por vómitos y diarrea.

Exploración: TA: 195/110mmhg. FC 150lpm. Tª 39ºC. Mialgias en cuello, hombros y extremidades. Exploración neurológica: signos meníngeos negativos, exoforia bilateral, MOE normales, pupilas isocóricas/normorreactivas, no déficit campimétricos, pares craneales normales, habla y lenguaje normal, rigidez axial y de MMSS proximales, no paresias, sensibilidad conservada, reflejo cutáneo-plantar indiferente. Resto exploración normal.

Pruebas complementarias: hemograma, bioquímica, coagulación y gasometría en urgencias: normales, excepto CK 933u/l. EKG: taquicardia sinusal 150lpm, BCRDHH con signos de hipertrofia ventricular izquierda. RX tórax y MMSS: normales. Punción lumbar: LCR características normales. TAC cerebral: cambios crónicos microvasculares. Ingresa en neurología para completar estudio: EEG vigilia/sueño: normal. RNM craneal: cambios crónicos microvasculares. No lesiones agudas.

Juicio clínico: síndrome confusional agudo en contexto de síndrome neuroléptico maligno (SNM) por metoclopramida.

Evolución: tras retirada de posibles fármacos desencadenantes, gran mejoría, con ocasionales delirios nocturnos para los que se desaconseja uso de neurolépticos. La movilización de enzimas musculares desaparece en sucesivos controles. La fiebre se controla con antitérmicos. Tensiones controladas con hipotensores. Se traslada a hospital de cuidados paliativos para completar tratamiento.

Tratamiento: clonazepam 1mg/noche (no usar neurolépticos). Bisoprolol 5mg/12h. Enalapril 10mg/12h. Enoxaparina 40mg/sc hasta movilización eficaz.

Conclusiones

El SNM es un trastorno del movimiento inducido por fármacos, representando casi siempre una emergencia neurológica. Si no se trata adecuadamente, puede ser fatal. Aunque puede desencadenarlo todos los antipsicóticos, los neurolépticos más potentes (haloperidol/flufenazina) lo producen con mayor frecuencia. También se asocia a no-neurolépticos que actúan sobre vías dopaminérgicas, como la metoclopramida o el litio. La tríada típica: hipertermia, rigidez muscular extrapiramidal y deterioro cognitivo. El 75% de los casos, presentan leucocitosis y CK elevada. Otros síntomas: taquipnea, diaforesis y oscilaciones de presión arterial. Los síntomas extrapiramidales más frecuentes: rigidez y tremor, aunque también se han reportado coreas y distonías.

Palabras clave

Neuroleptic malignant syndrome. Metoclopramide. Delirium.

"Me mareo y me marean"

González Hevilla A¹, Irigoyen Martínez C², Ruiz Granada M¹

¹ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Alameda Perchel. Málaga

² MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Alameda-Perchel. Málaga

Ámbito del caso

Atención primaria y hospitalaria.

Motivos de consulta

Mareos inespecíficos y reiterativos.

Historia clínica

Enfoque individual: mujer, 66 años. Sin alergias conocidas. Fumadora de 3 cigarros/día. Histerectomía, apendicetomía, síndrome ansioso-depresivo de larga data. Tratamiento con citalopram y trazodona.

Enfoque familiar/comunitario: criada por su abuela por enfermedad mental de su madre. Viuda desde los 45 años por autolisis. 3 hijos, 1 también fallecido por suicidio. Vive sola en núcleo urbano. Pensión de viudedad. Buen apoyo familiar. Se ocupa del cuidado de nietos, particularmente de una nieta enferma.

Juicio clínico/diagnóstico diferencial/identificación de problemas: Consulta repetidamente por "mareo", características inespecíficas, intermitente, en bipedestación y sentada, mejora tumbada. Le impide realizar actividades cotidianas y desarrolla miedo a salir de casa.

Exploración física sin hallazgos. Analítica sanguínea con serología sin alteraciones significativas. Electrocardiograma normal.

Seguimiento por psiquiatra privado, cambios continuos de medicación. Valorada por cardiología y neurología. Éstos últimos recomiendan valoración por otorrinolaringología, que deriva a traumatología y éstos a su vez a rehabilitación. No se obtiene diagnóstico orgánico concluyente, se informan lesiones isquémicas crónicas cerebrales en resonancia magnética craneal y signos degenerativos óseos con disminución del espacio intervertebral c5-c6 en radiografía cervical.

Paralelamente en atención primaria, además de seguir la evolución del cuadro, atender otros motivos de consulta como alteraciones gastrointestinales que obligan a sumar pruebas complementarias, y ser testigos del periplo hospitalario de la paciente, se realiza genograma y se recopilan acontecimientos vitales estresantes. Dado que se descartan patologías orgánicas, se plantea trastorno de origen psicógeno, efecto adverso de medicación antidepresiva, síndrome cervical y mareo multicausal.

Tratamiento/planes de actuación: Junto con salud mental se ajusta tratamiento farmacológico y se incentivan actividades de ocio. Realiza programa para mujeres con dificultad social en una fundación de la ciudad. Actualmente se encuentra mejor, sin nuevos episodios de inestabilidad ni nueva sintomatología.

Conclusiones

El mareo es un motivo de consulta muy frecuente con orígenes múltiples. En ancianos es común la etiología multifactorial.

A veces un mareo no bien tratado puede ser causa de depresión, agorafobia o crisis de pánico dado el incremento de estrés psicológico. El abordaje multidisciplinar y la combinación de recursos farmacológicos y no farmacológicos es fundamental para la mejoría, sobre todo en multifactoriales o relacionados con trastornos psiquiátricos.

Palabras clave

Dizziness, primary health care, diagnosis

Taponamiento cardíaco en oncología

Barbero Rodríguez E¹, Moreno Carrasco S², Morales Rincón S³

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Caleta. Granada

² MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Caleta. Granada

³ Médico de Familia. CS Salobreña. Granada

Ámbito del caso

Urgencias.

Motivos de consulta

Empeoramiento del estado general, distermia.

Historia clínica

Antecedentes personales: adenocarcinoma de pulmón (T2A, N3, M0), pendiente de inicio de tratamiento. EPOC moderado tipo enfisema.

Anamnesis: paciente de 51 años, que consulta por astenia de 10-15 días, asociada a disnea de esfuerzo. No clínica de insuficiencia cardíaca, ni de dolor torácico. No sintomatología respiratoria.

Exploración. Palidez cutánea, eupneico en reposo sin trabajo respiratorio. Bien hidratado y perfundido. Ta 80/50FC104. Auscultación normal. Miembros inferiores no edemas ni signos de trombosis.

Pruebas complementarias. Hemograma. Hemoglobina 9.3mg, hace un mes 13 mg. Leucocitos 15.460, neutrófilos 70.7%, plaquetas 410000. Gasometría PH 7.35, PCO2 40.6, HCO3 22.7, LACTICO 3.9. Curva marcadores: 664---1022---611.coagulación. INR 1.46. Radiografía de tórax. Masa en lóbulo superior derecho que borra silueta cardíaca. Aumento del índice cardior torácico con respecto anteriores. Durante su ingreso sufre síncope con movimientos tónico-clónicos. Electro: fibrilación auricular a 140 latidos, tras esto electro PR, 0.15, ritmo sinusal a 82 latidos elevación ST de 1 mm en I, II, AVF, V4, V6 de concavidad superior. Ecocardiograma: derrame pericárdico severo, circunferencial, con tractos de fibrina aunque no tabicado, se aprecia en algunas localizaciones tanto en VD como vi de más de 3 cm. Velocidades doppler transvalvulares compatibles con taponamiento cardíacos. Vena cava dilatada y sin colapso inspiratorio.

Enfoque familiar y comunitario: se trata de una familia nuclear, que vive y trabaja en medio rural.

Juicio clínico. Derrame pericárdico severo con datos ecográficos de taponamiento cardíaco de probable etiología neoplásica.

Diagnóstico diferencial. Insuficiencia cardíaca descompensada, derrame pleural masivo, pericarditis, miocarditis. Tratamiento. Se realiza pericardiocentesis guiada por eco, drenando 400 mililitros inicial de líquido hemático, y más tarde 1050 mililitros. Pendiente de decisión de terapia oncológica.

Evolución: buena respuesta al tratamiento y mejoría sintomática importante.

Conclusiones

El taponamiento cardíaco en los pacientes oncológicos es una complicación que hemos de tener presente siempre, pues requiere una intervención inmediata.

La aparición de la misma supone un mal pronóstico.

Palabras clave

Adenocarcinoma, taponamiento, cardíaco.

Hallazgo radiológico casual de masa hiperdensa en columna lumbar

Correa Gómez V¹, Oualy-Ayach Hadra G¹, Vasco Roa T²

¹ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Úbeda. Jaén

² Médico de Familia DCCU Úbeda. Jaén

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de consulta

Dolor en hipogastrio.

Historia clínica

Mujer de 46 años, alérgica a tramadol, con hipertensión arterial, hipotiroidismo y hernia lumbar, en tratamiento con eutirox y lisinopril. Ama de casa, casada y con 3 hijos. Acude a consulta por dolor intenso en hipogastrio que irradia a fosa renal derecha de 1 día de evolución, acompañado de nauseas. Sin alteración del ritmo intestinal, no molestias urinarias, no fiebre ni otra sintomatología.

En la exploración hay dolor a la palpación a nivel de hipogastrio y puño percusión renal bilateral negativa. Se realiza sedimento de orina con resultado de nitritos y leucocituria positivos. La paciente está muy nerviosa, refiere que tiene que tener algo e insiste que se le realice una radiografía. Dado a la insistencia y al no entendimiento de que no está indicada dicha prueba, pese a que se le explica claramente, al final cedemos a realizársela. En la radiografía de abdomen se aprecia masa hiperdensa a nivel L5-S1 que borra imágenes vertebrales, correspondiente a esclerosis de la articulación L5-S1 con espondiloartrosis al mismo nivel.

Se diagnostica de infección de tracto urinario y se indica tratamiento con fosfomicina, analgesia e ingesta de abundantes líquidos. En cuanto al hallazgo radiológico (de la que ella está muy preocupada) se le explica que no es necesario iniciar ninguna medida, salvo la toma de analgesia en caso de molestias en momentos puntuales.

Conclusiones

Un hallazgo radiológico casual se caracteriza por una imagen desconocida y anormal, que puede detectarse en cualquier parte del cuerpo y que no está relacionado con el motivo de la visita. Debido al sobreuso de pruebas de imagen es cada vez más común detectarlos. Estos hallazgos pueden estar relacionados con enfermedades no diagnosticadas u otros síntomas, pero normalmente no es un motivo de preocupación. En este caso el hallazgo casual es una avanzada artrosis lumbar. Esa imagen, tan llamativa, creo un “quebradero de cabeza” al médico de atención primaria, que finalmente solucionó telefónicamente con ayuda del radiólogo y que podía haber evitado si no hubiese decido a la petición de la enferma.

Palabras clave

Radiography, incidental findings, osteoarthritis spine.

Análisis de las asistencias domiciliarias en pacientes de cuidados paliativos realizadas por unidad móvil durante 2015

Sánchez Gualberto Á, Ogalla Vera S, Ceballos Sáez M, López Martín D, Jiménez Rosales P, Belloso Cobos A

Médico de Urgencias Extrahospitalarias. DCCU Huelva. Huelva

Objetivos

Describir y analizar las características demográficas de la población estudiada. Estudio de los motivos de consulta en domicilio. Valorar la capacidad de resolución de los problemas agudos por parte de los equipos móviles, así como la necesidad de traslado. Detectar fortalezas, debilidades y necesidades en la asistencia de estos pacientes, con la finalidad de reforzar y/o mejorar su calidad asistencial.

Diseño

Estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento

Atención de urgencias extrahospitalarias.

Material y método

185 atenciones en domicilio (82 mujeres y 103 hombres). Análisis estadístico mediante programa SPSS V.20; en el análisis descriptivo para variables cuantitativas se usó la media y la desviación típica y para las cualitativas, porcentajes. Se usó test de la T para comprar medias, y test de chi cuadrado para porcentajes, así como test no paramétricos en los casos de no cumplirse las condiciones para aplicar los anteriores.

Resultados

185 atenciones domiciliarias de pacientes paliativos, que supone un 2'93% del total de asistencias del año 2015. De ellos, 82 eran mujeres (44'3%) y 103 hombres (55'7%) con una edad media de 69'5 años ($\pm 14'27$ años). El dolor y las alteraciones respiratorias suponen más del 50% de las asistencias. Solo en un 21,1% de las asistencias se realizó traslado a urgencias hospitalarias.

Conclusiones

Los equipos móviles de urgencias juegan un papel fundamental en la atención al paciente paliativo, convirtiéndose en referentes durante sus crisis de necesidad, procurando que la mayoría de problemas se resuelvan in situ, lo cual repercute en la calidad asistencial que reciben.

Palabras clave

Home care services, palliative medicine, emergency medical services

Deterioro cognitivo de rápida evolución. Otras causas de demencia

López González C¹, Morón Rocha T², Hidalgo Castellón A³

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Cartaya. Huelva

² MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Bollullos del Condado. Huelva

³ FEA Medicina Interna. Adjunto de Urgencias. Complejo Hospitalario Universitario de Huelva. Huelva

Ámbito del caso

Atención primaria y especializada. Multidisciplinar.

Motivos de consulta

Paciente de 89 años que consulta por agitación psicomotriz, desorientación temporo-espacial de 20 días de evolución.

Historia clínica

Antecedentes personales: no alergias medicamentosas. Hernia de hiato. Independiente para todas las ABVD.

Anamnesis: paciente que acude a consulta acompañada de su hija refiriendo desorientación espacial, conversación incoherente autolimitada e insomnio de unas tres semanas de evolución solicitando en varias ocasiones atención domiciliaria por agitación psicomotriz. Niega clínica miccional ni fiebre, no cuadro de infección respiratoria. Previo a estos síntomas, cuadro de cervicalgia e inestabilidad de 20 días autolimitado.

Exploración física normal, sin focalidad neurológica. Test de lobo: deterioro cognitivo leve, test de Yesavage: sin evidencia de depresión. Se instaura tratamiento con lormetazepam, trazadona y haloperidol y quetiapina en las diferentes consultas durante 2 semanas sin mejoría. A pesar del tratamiento continúa sintomática por lo que se solicita sistemático de orina siendo normal. El día que es derivada a urgencias hospitalarias acudió por agitación y alucinaciones visuales.

Pruebas complementarias: hemograma, bioquímica, sistemático de orina, radiografía de tórax de urgencias normal. TAC craneal normal. Se consultó con psiquiatra de guardia acordando ingreso para descartar patología orgánica. En planta: HB 11.0 resto normal, gasometría venosa normal, bioquímica general donde se objetiva ácido fólico, TSH y tiroxina normal, déficit de vitamina B12, y elevación de PCR. Urocultivo normal. Imposibilidad para realizar punción lumbar, instaurándose tratamiento empírico con aciclovir y ceftriaxona por sospecha de encefalitis.

Juicios clínicos: demencia por déficit de vitamina B12, deterioro cognitivo asociada a la edad de rápida evolución.

Se instaura tratamiento con cianocobalamina 1mg intramuscular 1vez /semana durante 3 semanas, posteriormente de forma mensual.

La paciente presenta buena evolución, con buen control de ciclos de sueño y realización de actividades cotidianas.

Conclusiones

La aplicabilidad para el médico de familia radica en el abordaje del paciente con deterioro cognitivo, siendo importante anamnesis, escalas de valoración de psicométricas, escalas de valoración de afectividad, y analítica perfil tiroides, perfil hepático, vitamina B12 y ácido fólico, iones para descartar demencias secundarias.

Palabras clave

Vitamin b 12 deficiency, dementia, aged.

Insuficiencia cardiaca, edemas y metamizol

Martós Martínez R, Arias De Saavedra Criado M, Moraleda Barba S

Médico de Familia. UGC Virgen de la Capilla. Jaén

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de consulta

Varón de 60 años, que presenta edema generalizado de dos días de evolución.

Historia clínica

Antecedentes personales: HTA con cardiopatía hipertensiva en fase dilatada (FEV 68%). Diabetes mellitus tipo 2 insuficiencia renal crónica en estadio 3A. Tratamiento actual: amlodipino5/olmesartán20, benazepril20, doxazosina8, nevigolol5, lovastatina40, metformina850, lantus 24 u noche, AAS100.

Anamnesis: paciente que consulta por edema generalizado, coincidiendo con la toma de metamizol por lumbalgia mecánica durante una semana. Se prescribe furosemida y se retira metamizol. Acude de nuevo una semana después por persistencia de edema, decaimiento, poliuria y episodios de hipoglucemia de repetición en los últimos días.

Exploración: TA 145/90 mmhg, mal estado general, palidez de piel y mucosas. Eupneico en reposo. Edema en párpados, pies y tobillos, con fovea. ACP: rítmico, bradicardia severa, soplo sistólico. Crepitantes basales. GLC 28 mg/dl. Se adm. 500ml suero glucosado al 5% IV. ECG: ritmo sinusal a 29 LPM, eje 0º. Amputación R anterior. T negativa en III. Se traslada urgente al hospital.

Análítica de urgencias: HB 10 g/dl, CR 1.9, K 5.9. GLC 178mg/ dl. No hematuria. Ingresa en cardiología, se retiran nevigolol 5 mg, y se objetiva bradicardia severa durante las primeras 72 horas de hospitalización. Ecocardiografía: disfunción diastólica grado III- insuficiencia mitroaórtica ligera.

Enfoque familiar y comunitario: casado, un hijo. Etapa ciclo vital familiar V final de la extensión. Camarero, estrés laboral.

Juicio clínico: insuficiencia cardiaca congestiva con función sistólica conservada. Disfunción sinusal. Cardiopatía hipertensiva en fase dilatada con FEVI conservada.

Tratamiento: dado que a los 3 días de retirar el nevigolol 5 mg, el paciente seguía con bradicardia severa, se implanta un marcapasos bicameral.

Evolución: se ajusta el tratamiento aumentando a 10 mg el amlodipino, añadiendo hidroclorotiazida 25 mg y suspendiendo nevigolol y benazepril.

Conclusiones

La insuficiencia cardiaca derecha produce éstasis periférico al no ser capaz de mantener la sobrecarga. Al dilatarse la aurícula derecha se produjo el síndrome del nódulo sinusal enfermo. La potencial gravedad de esta complicación nos hizo reflexionar en la posibilidad de que este caso podía haberse evitado si el primer día le hubiésemos dado importancia a realizar e interpretar el ECG de forma urgente.

Palabras clave

Heart failure; edema, cardiac; bradicardia

Varón de 88 años con cuadro confusional

Ranchal Soto J¹, Sánchez Fernández E², Rodas Díaz M³

¹ Médico EBAP. UGC Leganitos. Marbella (Málaga)

² MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Torrox. Hospital Axarquía. Málaga

³ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Torrox (El Morche). Hospital Axarquía. Málaga

Ámbito del caso

Mixto; en atención primaria y especializada. Caso multidisciplinar.

Motivos de consulta

Aumento de deterioro cognitivo.

Historia clínica

Antecedentes personales: no alergias medicamentosas, diabetes mellitus, hipertensión arterial, artrosis, insuficiencia venosa crónica, glaucoma. Intervenido de catarata y hernia inguinal derecha. Dependiente para la vida diaria con 2 cuidadoras. En tratamiento con diamben, duodart, lersartan-hidroclorotiazida, furosemda, adiro, amlodipino, omeprazol, alprazolam y simvastatina.

Anamnesis: paciente que acude por cuadro de deterioro cognitivo de 15 días de duración que ha ido en aumento en los 2 últimos días con caídas asociadas por lo que requiere un andador. Refiere disminución de la ingesta en los últimos días, incluso de su medicación.

Exploración: constantes normales, mal estado general, tendencia al sueño, responde a estímulos dolorosos con sonidos incomprensibles y apertura ocular espontánea al dolor, bien perfundido, sequedad de mucosas con palidez cutánea. Cardiopulmonar y abdominal sin hallazgos patológicos.

Pruebas complementarias: analítica: glucemia 157, creatinina 0.61, sodio 104, potasio 2.3, hemoglobina 13.8, VCM 80, leucocitos 15.800, fórmula 86% n, 4.2% l, plaquetas 273000. Coagulación normal. Gasometría venosa: 7.467, PCO2:35.7 PO2: 58.9, HCO3: 26.

Enfoque familiar y comunitario: núcleo familiar normofuncional, 2 hijos, buen apoyo social.

Juicio clínico: hiponatremia severa secundaria a tiazidas versus secundaria a ISRS (fluoxetina).

Diagnósticos diferenciales: demencia, delirium tremens, patologías psiquiátricas.

Tratamiento: se pauta tratamiento con suero salino hipertónico y cloruro potásico. Tras valoración del paciente se ingresa en el área de observación donde se realizan control de constantes y diuresis además de, seriada de analíticas.

Evolución: valorado por medicina interna y tras corrección analítica y buena evolución clínica a las 48 horas, se decide alta tras reajuste del tratamiento en el que se suspenden hidroclorotiazida y fluoxetina con seguimiento posterior por su médico de familia.

Conclusiones

La aplicabilidad del caso se basa en que ante un cuadro confusional agudo en un anciano debemos descartar la causa medicamentosa.

Palabras clave

Confusional syndrome. Hyponatremia. Syndrome of inappropriate antidiuretic hormone secretion (siadh)

Diagnóstico diferencial de lesiones dérmicas en pacientes con diabetes mellitus

Romero Rodríguez E¹, Linares Ruiz A², García Cintas J³

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Occidente Azahara. Córdoba

² MIR 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Valladolid. Córdoba

³ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Occidente Azahara. Córdoba

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de consulta

Lesión dérmica.

Historia clínica

Paciente de 68 años con antecedentes personales de diabetes mellitus tipo 2. Acude a nuestra consulta por la presencia desde hace dos semanas de una lesión anular, de periferia eritemo-papulosa y centro aparentemente normal, no descamativa, en el dorso de la mano. No exposición a agentes tóxicos. No traumatismo previo. No otra sintomatología previa de interés.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general. Consciente, orientada y colaboradora. En el dorso de la mano se aprecia lesión anular de 4 cm de diámetro, con periferia eritematosa y centro con epitelización sin alteraciones morfológicas. No descamativo. No se aprecian lesiones en el resto de superficie corporal.

Juicio clínico: Orientación diagnóstica: granuloma anular en paciente con diabetes mellitus tipo 2.

Tratamiento: pauta de corticoides y próxima revisión en 10 días.

Diagnóstico diferencial: Las formas maculosas de granuloma anular son muy similares desde el punto de vista clínico a la atrofodermia de Pasini y Pierini. Las lesiones con grandes focos de necrosis plantean diagnóstico diferencial con necrobiosis lipoídica. Granuloma anular profundo y nódulo reumatoide son indistinguibles clínica e histológicamente. Probablemente se trata del mismo proceso.

Conclusiones

El granuloma anular es una enfermedad degenerativa del colágeno dérmico con reacción histiocitaria granulomatosa peculiar. Para algunos autores, el evento primario del granuloma anular es la lesión degenerativa del colágeno. La presencia de lesiones ultraestructurales incipientes en áreas aparentemente normales apoya esta opción. La respuesta histiocitaria tendría un carácter reactivo secundario. La exploración física, junto con una buena anamnesis son fundamentales en su diagnóstico. Los corticoides tópicos y los corticoides intralesionales son utilizados en pacientes con lesiones poco numerosas. El tratamiento con PUVA y el etretinato pueden ser útiles en casos con lesiones más extensas. Otros tratamientos como la sulfona o la hidroxicloroquina también se han mostrado útiles en algunos pacientes.

Palabras clave

Granuloma anular, piel, dermatosis, diabetes

Gonalgia atraumatica

Tomás Monroy L¹, Baena Castro S², Aldeanueva Fernández C³

¹ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Vélez Sur. Málaga

² MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Torrox. Málaga

³ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Torre Del Mar. Málaga

Ámbito del caso

Urgencias.

Motivos de consulta

Mujer de 19 años, gestante de 6 semanas que acude al servicio de urgencias hospitalaria por dolor e inflamación de la rodilla izquierda.

Historia clínica

La paciente presenta gonalgia izquierda de dos semanas de evolución y en ese período ha estado en urgencias hospitalarias 3 veces habiéndose realizado en total dos artrocentesis siempre con líquido claro y dada de alta como artritis inflamatoria. No refiere fiebre en ningún momento.

En la exploración física se observa tumefacción de la rodilla con signos de derrame articular, aumento de la temperatura locorregional e impotencia funcional. Se procede a una nueva artrocentesis, obteniéndose líquido articular turbio y de consistencia espesa. La bioquímica del líquido sinovial se caracteriza por: hematíes 110.000, leucocitos 88135 con polimorfonucleares 80%, glucosa 56 mg /dl, proteínas 6.

La paciente es ingresada con sospecha de artritis séptica y se pauta tratamiento antibiótico con cloxacilina y ceftriaxona durante 6 días junto con lavado artroscópico de la rodilla.

Pruebas complementarias: cultivo del líquido articular negativo tanto para bacterias, hongos, tinción de auramina negativa y no crecimiento en medio de Lowenstein ni se visualizan bacilos gram negativos en el frotis. Exudado vaginal, urocultivo y hemocultivo normales.

Juicio clínico: monoartritis de rodilla de probable origen inflamatorio en paciente gestante.

Evolución: existe buena evolución clínica y se comprueba la viabilidad del feto, por ello es dada de alta. Al mes la paciente decide aborto voluntario y, destaca persistencia en líquido sinovial 39.202 leucocitos con 91 % de polimorfonucleares, glucosa 62 sin otros hallazgos, por lo que se pauta amoxicilina-clavulánico. A los 2 meses VSG, PCR normal, FR negativo, ASLO 372 y, RNM sinovitis inespecífica. A los 3 meses persiste buena evolución y debido al antecedente de infección urinaria que tuvo la paciente antes del episodio de artritis se sospecha como diagnóstico una artritis reactiva.

Conclusiones

La importancia de saber manejar el algoritmo diagnóstico de monoartritis aguda interpretando de una forma adecuada y coherente las pruebas complementarias y, hacer un buen diagnóstico diferencial de otras causas de artritis para poder llevar a cabo un tratamiento adecuado.

Palabras clave

Arthritis, knee, pregnancy.

Estudio de base poblacional de los factores de riesgo, comorbilidad y factores socio-demográficos asociados a la litiasis renal en sujetos de 40 a 65 años

Alcalá Grande A¹, Arias Vega M², Jiménez García C³, Pérula De Torres L⁴, Carrasco Valiente J⁵, Requena Tapia M⁵

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro De Salud Rute. Córdoba

² Médico de Familia. DCCU. CS Priego de Córdoba. Córdoba

³ Sistemas de Información. DS Córdoba-Guadalquivir. Córdoba

⁴ UD Medicina de Familia y Comunitaria. DS Córdoba. Córdoba

⁵ Departamento de Urología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

Objetivos

La litiasis renal es una patología de gran magnitud debido a la trascendencia clínica, social, costes y un incremento de la prevalencia en las últimas décadas. Parece relacionarse con factores sociodemográficos, climatológicos, estilos de vida y comorbilidades. El objetivo del estudio es analizar la relación entre ciertas enfermedades crónicas, variables sociodemográficas y la litiasis renal en la población española entre 40 y 65 años.

Diseño

Estudio observacional transversal, de base poblacional, seleccionando población española entre 40 y 65 años. Combinamos dos muestras aleatorias (prelirena y prelirene) estratificados por sexo y edad.

Emplazamiento

Estudio epidemiológico nacional.

Material y método

Datos obtenidos mediante entrevista telefónica usando cuestionario con variables sociodemográficas y de morbilidad. También utilizamos la media de temperatura de las regiones españolas. Se calcularon las razones de prevalencia (RP) y realizó análisis de regresión-logística-múltiple.

Resultados

Estudio prelirena=2439 sujetos. Prelirene=2445. El 51.3% (n=2504) mujeres. El 25% (n=1223) edades entre 40 y 45 años. El 36% (n=1795) con nivel de estudios primarios y el 31,4% (n=1565) pertenecían a clase social baja. Mediante análisis multivariado, las variables que mostraron relación estadística con litiasis renal fueron: tener edad entre 46-50 años (or=1.31; ic95%=1.02–1.69) y 60–65 años (or=1.39; ic95%=1.06–1.8), pertenecientes a clases sociales altas (or=1.98; ic95%=1.29–2.62), antecedentes familiares de litiasis renal (or=2.22; ic95%=1.88–2.65), hipertensión arterial (or=1.68; ic95%=1.39–2.02) sobrepeso/obesidad (or=1.31; ic95%=1.12–1.54). No se halló relación entre presencia de litiasis y el sexo o nivel de estudios, hipercolesterolemia, diabetes o hiperuricemia.

Conclusiones

Se objetiva la relación existente entre la litiasis renal y la edad, la pertenencia a clases sociales altas, la existencia de antecedentes familiares de litiasis renal, y problemas de salud como hipertensión o sobrepeso/obesidad.

Palabras clave

Litiasis renal, epidemiología, factores asociados.

Palpitaciones y disnea en mujer con tratamiento hormonal

Borne Jerez S¹, Albarrán M¹, Rodríguez Chaves M²

¹ Médico Adjunto Servicio DCCU. Chuh. Huelva

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Isla Chica. Huelva

Ámbito del caso

Urgencias, atención especializada medicina interna y ginecología.

Motivos de consulta

Mujer que consulta por palpitaciones y disnea de 3 días de evolución, en tratamiento hormonal por técnicas de reproducción asistida.

Historia clínica

Mujer de 40 años. Alergia a paracetamol. Sin antecedentes de interés. La paciente acude por cuadro de palpitaciones de 3 días de evolución que en las últimas 24 horas se acompaña de disnea a moderados esfuerzos tras subir unas escaleras. Realizó reposo en las 72 horas previas. No tiene antecedentes de enfermedad tromboembólica venosa ni personal ni familiar. No antecedentes de abortos. En tratamiento con terapia estrogénica por técnica de reproducción asistida.

Exploración física: buen estado general. TA 130/90 mmhg, FC de 127 lpm y sato2 del 99% fio2 0.21. Con auscultación cardiorrespiratoria sin hallazgos patológicos. Miembros inferiores sin edemas ni signos de TVP y con pulsos conservados.

Pruebas complementarias: EKG ritmo sinusal a 108 lpm, sin imágenes de bloqueo ni alteraciones agudas de la repolarización. Analítica normal con ddímeros 1480. Test de gestación en orina negativo. BHCG plasmática 76. Se realiza score de Wells y ginebra modificado para TEP con probabilidad intermedia.

Plan de actuación: se inicia anticoagulación y se ingresa en planta de medicina interna para completar estudio. Estudio que incluye gammagrafía pulmonar sin hallazgos sugerentes de TEP y ecografía por parte de ginecología donde se aprecia anejo izquierdo con numerosos folículos en el contexto de hiperestimulación ovárica. Por lo que se establece juicio clínico de síndrome de hiperestimulación ovárica moderado.

Diagnóstico diferencial: el principal diagnóstico en el que cabría pensar es la ETV, concretamente el TEP.

Identificación de problemas: se trata de una etiología poco frecuente y con difícil diagnóstico por la confusión con otras causas más frecuentes de disnea.

El tratamiento de la paciente se realizó con enoxaparina subcutánea, ácido acetilsalicílico e ingesta abundante de líquidos, además de seguimiento por ginecología pendiente de confirmar embarazo.

Conclusiones

Síndrome de hiperestimulación ovárica como causa poco frecuente de disnea y palpitaciones en mujer joven en tratamiento con estrógenos, aunque a tener en cuenta en el diagnóstico diferencial del cuadro.

Palabras clave

Ovarian hyperstimulation syndrome, in vitro fertilization, palpitations

Dímeros D elevados en paciente anticoagulado con sintrom en rango

Palomo Cobos C¹, Díaz Saborido A¹, Salguero De La Haya S²

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Valverde del Camino. Huelva

² MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Benito. Jerez de la Frontera. Cádiz

Ámbito del caso

Atención hospitalaria urgencias. Multidisciplinar.

Motivos de consulta

Varón 70 años con disnea.

Historia clínica

Antecedentes personales: no RAM. FA, GBA, HTA, retinopatía arterioesclerótica, bronquitis de repetición con hiperreactividad bronquial, sordera desde los 6 meses. Ex fumador 60 paq/año hace 25 años. Tratamientos: sintrom, amiodarona, cervedilol, enalapril, amlodipino. Disnea de una semana de evolución con tos, sin fiebre y en tratamiento con antibiótico, aerosoles y corticoides orales.

Exploración: BEG, ligeramente taquipneico, saturación O₂ 94%. ACP: tonos rítmicos, murmullo vesicular conservado con sibilantes dispersos. MMII sin hallazgos.

Pruebas complementarias: hemograma con 12870 leucocitos, hemoglobina 12.9 y hematocrito 38.7. INR 3.21. PCR 128.9. Dímeros d 9.1. ECG: RS sin alteraciones del ST y radiografía de tórax sin hallazgos significativos. Tras 10 días, dolor en miembro inferior izquierdo sin hallazgos en la exploración con dímeros d: 20 y ecodoppler: trombosis venosa profunda en tronco tibio-peroneo. Nuevo episodio de tv tres semanas después, en MID con INR 3.82 y ecodoppler: trombosis superficial vena safena magna. Episodio posterior de TEP con realización de angio-TAC, durante el ingreso realización de broncoscopia con broncoaspirado y bag guiada por TAC con resultado de carcinoma no microcítico, tipo carcinoma de células grandes. Al mes siguiente sufre episodio de ictus agudo isquémico occipitotemporal posterior derecho.

Juicio clínico: neoplasia pulmonar tipo carcinoma células grandes. Estado de hipercoagulabilidad asociado a neoplasia.

Tratamiento: derivado a oncología.

Conclusiones

La activación de la coagulación en la neoplasia es un fenómeno complejo que implica diferentes rutas del sistema hemostático. Además de la inducción a un estado de hipercoagulabilidad, los mismos mecanismos están implicados en los procesos de crecimiento primario del tumor, neoangiogénesis y formación de metástasis.

Palabras clave

Hypercoagulability. Cancer. Procoagulants factor.

La ausencia de la ingesta habitual de alcohol

Romero Rodríguez E¹, García Cintas J²

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Occidente Azahara. Córdoba

² MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Occidente Azahara. Córdoba

Ámbito del caso

Urgencias.

Motivos de consulta

Varón de 44 años, cocinero, que consultó a su médico de AP por fiebre de 38°C, astenia y anorexia. Al no encontrar signos de focalidad infecciosa, fue diagnosticado de «sospecha de infección vírica». Al día siguiente comenzó con dolor abdominal, sobre todo en el cuadrante superior derecho y presentó una crisis convulsiva tónicoclónica generalizada, por lo que fue derivado al hospital. En el servicio de urgencias refirió como antecedentes personales una HTA mal controlada y un episodio de fibrilación auricular paroxística. El paciente fumaba 2 paquetes de cigarrillos al día y refería no consumir alcohol ni otros tóxicos.

Historia clínica

Estudio de la familia y de la comunidad mala relación con su familia. Deterioro del estado bio-psico-social. Del paciente y su entorno.

En la exploración física presentaba excitación, orientado en tiempo y espacio, buena hidratación. Tª 38,1°C. FC 110lpm, PA de 140/90mmhg. Mostraba temblor de manos, eritema palmar, contractura palmar de Dupuytren e hipertrofia parotídea bilateral. Además, presentaba ictericia de conjuntivas y cutánea, hepatomegalia de 3cm por debajo del reborde costal, de borde liso, dolorosa a la palpación y con soplo audible al auscultar sobre la misma. Exploración neurológica normal.

Pruebas complementarias: VCM,109fl; plaquetas, 135.000×109/l. Aspartato amino transferasa,275u/l; alanino aminotransferasa, 71u/l; lactico deshidrogenasa 346u/l, gammaglutamil transpeptidasa, 389u/l; fosfatasa alcalina, 284u/l; resto normal. En el ECG se observó una taquicardia sinusal a 110lpm. La RX de tórax y la simple de abdomen, así como una TAC craneal no mostraron hallazgos destacados.

Una vez realizados los estudios preliminares en el servicio de urgencias, el paciente ingresó en observación con el juicio clínico de síndrome de abstinencia a alcohol.

Juicio clínico: Síndrome de abstinencia de alcohol.

Diagnóstico diferencial: intoxicación aguda de alcohol, síndrome de dependencia, enfermedad de Wernicke.

Tratamiento: se inició una infusión I.V. De suero glucosado y se administró benerva y benadon.

Evolución: favorable.

Conclusiones

El síndrome de abstinencia alcohólica es un aspecto de los problemas derivados de la adicción al alcohol que ha recibido poca atención en nuestro medio. La escasez de estudios clínicos al respecto y de guías de práctica clínica sobre su tratamiento en la literatura, ha propiciado que exista una gran variabilidad en su manejo, no sólo entre diferentes países sino también entre los diferentes centros hospitalarios y aún entre diferentes clínicos.

Palabras clave

Alcohol; ethanol; intoxication

Resolución de las unidades de cuidados críticos y urgencias de atención primaria

Fernández Natera A¹, Manzano Felipe M², Carrasco Gutiérrez V¹

¹ Médico de Familia. DCCU Bahía de Cádiz - La Janda. Cádiz

² Enfermero. DCCU Bahía de Cádiz - La Janda. Cádiz

Objetivos

Con la reforma de la atención primaria, los centros de salud comenzaron a atender las consultas urgentes, y en los centros rurales se implantó el modelo de atención continuada, llevada a cabo por los profesionales del equipo. El objetivo de este trabajo es conocer la capacidad resolutive de los servicios de urgencia de AP atendiendo al volumen de derivaciones que realizan y en relación a la especificidad de los mismos.

Diseño

Estudio retrospectivo.

Emplazamiento

Distrito de atención primaria

Material y método

Se realizó análisis de las asistencias realizadas por las unidades de cuidados críticos y urgencias (UCCUS) de un distrito de atención primaria, a través del módulo de tratamiento de información (MTI DIRAYA urgencias) en 2015. Se analizaron 13 puntos de urgencias, diferenciándolos en función de la especificidad del puesto de trabajo en urgencias.

Resultados

Se atendieron 309.933 urgencias, 2 de los centros (específicos de urgencias) atendieron el 32%, frente a 3 de los centros (no específicos de urgencias) que sólo atendieron el 5%. Los puntos que más asistencias realizaron únicamente derivaron entre un 1.8 % y un 2% (correspondientes a centros específicos de urgencias), frente al 20,25%, 6.3% y 4.2% de los que menos asistencias realizaron (centros no específicos).

Conclusiones

Podemos concluir que la presencia de personal cualificado de urgencias en los UCCUS conlleva una menor derivación de urgencias a hospital y consecuentemente un menor consumo de recursos. Se requieren nuevos estudios para valorar la capacidad resolutive atendiendo otras variables tales como: complejidad de la patología, valoración por especialistas hospitalarios, pruebas complementarias.

Palabras clave

Emergencies, referral and consultation, hospital referral

Enfermedad de Buerger: presentación insidiosa

Colchero Calderón M, Jodar Casanova C

Médico de Familia. CS Olivares. Sevilla

Ámbito del caso

Centro de salud rural.

Motivos de consulta

Varón de 40 años, albañil de profesión, fumador de 15 paquetes/año, sin otros antecedentes de interés, que acude por dolor lancinante en mano izquierda que empeora de noche, y lesiones hiperqueratósicas subungueales.

Historia clínica

El paciente acude solicitando valoración quirúrgica de un síndrome de túnel carpiano izquierdo diagnosticado anteriormente, ya que está limitando su actividad laboral. El signo de Phalen es positivo bilateral y el de tinnel negativo. A las pocas semanas presenta lesiones subungueales sobre infectadas en mano derecha, que son tratadas con antibióticos, atribuyéndose una posible etiología ocupacional, que presentan una evolución tórpida afectando prácticamente todos los dedos.

Valorado en aparato locomotor, confirman el túnel carpiano bilateral y tenositis de Dequervain. En dermatología inicialmente diagnostican verrugas vulgares subungueales y tratan con queratolíticos. Unos meses después el paciente acude de nuevo con panadizos extensos y dolor en dedos de ambas manos, que atribuye al uso de los queratolíticos.

En la analítica sólo destaca una PCR de 4,7 mg/l. Remitimos de nuevo a dermatología discrepando del diagnóstico inicial y ya sospechan una tromboangitis obliterante. Es estudiado en régimen hospitalario con analíticas y estudios de imagen, que detectan un nódulo hemorrágico en riñón derecho. La capilaroscopia demuestra discreta pobreza vascular. Empieza a presentar ulceraciones digitales. La analítica: hemograma, glucosa, función hepática, renal, ANA elemental, VSG TSH, HBA1C, sífilis, ETAC presenta valores normales salvo PCR de 7,2 mg e hiperhomocisteinemia homo para MTHFR como causa de trombofilia.

Durante el ingreso es tratado exitosamente con choque de ilopros IV. Al alta, se indica un consejo enérgico de abandono del hábito tabáquico, AAS 100, pentoxifilina 600mg/12h, nifedipino 30mg, cilostazol 100mg/12h, ácido fólico 5 mg

Conclusiones

Este paciente presentó una clínica confusa en la temporalidad, atribuible a diversas causas presentes y evolución en crisis, por lo que cursó bajas médicas y una secuencia de estudios intermitentes. La tromboangitis obliterante tiene como causa fundamental el tabaquismo. El abandono del hábito tabáquico fulminante se extendió a otros miembros de la familia.

Palabras clave

Buerger's disease, tobacco, primary care,

Ptosis y diplopia binocular. A propósito de un caso

Calvo Domínguez L¹, Amez Rafael D², Guerrero Barranco B³

¹ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio La Gangosa. Distrito Poniente. Almería

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio La Gangosa. Distrito Poniente. Almería

³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Roquetas Sur. Distrito Poniente. Almería

Ámbito del caso

Atención hospitalaria.

Motivos de consulta

Ptosis palpebral izquierda y diplopia.

Historia clínica

Antecedentes personales: no reacciones adversas a medicamentos. Alergia al melón y al pepino. Ex-fumador de 3 paquetes/día hasta hace seis años. No bebedor. HTA. Dislipemia mixta. DM tipo 2 con mal control metabólico. (Última HbA1C%: 10,6 y afectación microvascular (retinopatía diabética no proliferativa moderada). Tratamiento habitual: metformina 850 mg 1-1-0 desde 2013.

Anamnesis: varón de 46 años que consulta por cuadro de diez días de evolución, de carácter fluctuante y predominio vespertino, caracterizado por caída del párpado izquierdo y visión doble binocular. No refiere disartria, disfagia, disnea o pérdida de fuerza de extremidades. Lo atribuye a su alergia al melón y al pepino y se ha automedicado con anti-histaminicos.

Exploración: normal salvo ptosis palpebral bilateral de predominio izquierdo, con franca fatigabilidad ocular. Resto de pares craneales normales, sin fatigabilidad bulbar. Resto neurológica y resto por sistemas sin hallazgos significativos.

Pruebas complementarias: hemograma completo, bioquímica general y coagulación sin alteraciones. El electrocardiograma muestra ritmo sinusal y la radiografía de tórax una silueta cardiomediastínica en el límite de la normalidad. Tomografía axial computarizada craneal con contraste intravenoso realizada en urgencias se revela sin alteraciones significativas.

Juicio clínico: probable miastenia gravis ocular

Diagnóstico diferencial: parálisis completa del III P.C (+midriasis arreactiva) de causa isquémica, hemorrágica, malformaciones vasculares, tumores, traumatismos, infecciones.

Evolución: ante la sospecha de una miastenia gravis ocular se inicia tratamiento con piridostigmina con buena tolerancia y excelente respuesta clínica, con práctica resolución de la fatigabilidad en la musculatura extra-ocular. Una RMN craneal muestra una única pequeña lesión isquémica lacunar antigua en sustancia blanca de corona radiada izquierda. Quedamos pendientes de los resultados de los anticuerpos anti acetilcolina y el TAC torácico para descartar presencia de timoma a este nivel.

Conclusiones

El conocimiento de los posibles diagnósticos diferenciales ante una diplopia binocular nos ayudará como médicos de familia a determinar el grado de urgencia con el que precisa ser atendido nuestro paciente. En el caso de la miastenia gravis ocular, las maniobras de agotamiento pueden ser de gran utilidad en la exploración.

Palabras clave

Myasthenia gravis, ocular; diplopia; blepharoptosis.

Cuándo sospechar un tromboembolismo pulmonar

Burgos Rodríguez M¹, Miranda Flores M², Pérez Gamero M³

¹ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Montequinto. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Montequinto. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

³ Médico de Familia. CS Montequinto. Sevilla

Ámbito del caso

Atención primaria, urgencias extra-hospitalarias y hospitalarias.

Motivos de consulta

Dolor torácico, disnea y fiebre

Historia clínica

Enfoque individual. Antecedentes personales: fumadora de un paquete diario desde los 17 años, consumo acumulado de 16 paquetes/año. No FRCV. Obesidad. Trastorno ansioso-depresivo. Preeclampsia con cesárea en 2012. Tratamiento habitual: escitalopram y anticonceptivos orales.

Anamnesis: mujer de 33 años que consulta en repetidas ocasiones en los servicios de urgencias por dolor torácico y disnea, con fiebre de 38°C en los días posteriores. No traumatismo previo. Es diagnosticada en un primer momento de contractura muscular y posteriormente de posible neumonía adquirida de la comunidad.

Exploración: aceptable estado general, consciente, colaboradora, bien hidratada y perfundida, normocoloreada, estable hemodinámicamente, eupneica con sato2 97% sin aporte suplementario de oxígeno, afebril en consulta. Auscultación: corazón rítmico, no soplos. Murmullo vesicular conservado, disminuido en base derecha, no ruidos sobreañadidos. Frecuencia cardíaca: 83 lpm. Tensión arterial: 120/70 mmHg. Miembros inferiores: edemas con fovea en ambas piernas, principalmente en miembro inferior derecho, sin cambios de temperatura ni coloración. Resto de la exploración anodina.

Pruebas complementarias: electrocardiograma: ritmo sinusal a 80 lpm. No S1Q3T3. No alteraciones de la repolarización. Radiografía tórax: infiltrado basal derecho. Resto normal. Analítica: d-dímero 2070 mcg/l, bioquímica, hemograma y coagulación normal. Angio-tac: TEP (tromboembolismo pulmonar) agudo bilateral e imagen de condensación en lóbulo inferior derecho sugestiva de infarto pulmonar.

Enfoque familiar y comunitario: matrimonio con hijo pequeño. Adecuado apoyo social. Clínica ansiosa, con inquietud, temor e irritabilidad, en la paciente y la madre.

Juicio clínico: TEP agudo bilateral e imagen de condensación en lóbulo inferior derecho sugestiva de infarto pulmonar.

Diagnóstico diferencial: dolor de tipo osteomuscular, neumonía, pericarditis.

Identificación de problemas: TEP bilateral y posible infarto pulmonar.

Planes de actuación y tratamiento: ingreso hospitalario, HBPM, tratamiento antibiótico y oxigenoterapia.

Evolución: paciente evoluciona de manera lenta pero favorable tras el inicio de HBPM y el tratamiento antibiótico. Presenta dolor intenso en hemitórax derecho que cede con analgesia. Finalmente desaparición de la clínica.

Conclusiones

Tener en cuenta siempre los antecedentes personales y factores de riesgo individuales para realizar un correcto abordaje del paciente y un adecuado diagnóstico diferencial, con sospecha de TEP en pacientes con clínica compatible. Prestar atención e indagar en la historia clínica del paciente que consulta en repetidas ocasiones por misma sintomatología que no cede a pesar del tratamiento prescrito.

Palabras clave

Dolor torácico. Disnea. Tromboembolismo pulmonar.

Pancreatitis de origen vírico

Tomás Monroy L¹, Trillo Díaz E², Ruano García J³

¹ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Vélez Sur. Málaga

² MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Vélez Norte. Málaga

³ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Torre del Mar. Málaga

Ámbito del caso

Urgencias.

Motivos de consulta

Dolor abdominal.

Historia clínica

Varón de 43 años, alérgico a sulpiride, con los siguientes antecedentes personales: hipertrigliceridemia (triglicéridos hace 3 meses de 1875), dispepsia crónica. Fumador de 40 cigarros/día. Tratamiento habitual con fenofibrato.

Anamnesis: acude a urgencias por dolor abdominal de 24 horas de evolución. El dolor comienza de forma súbita, localizado en mesogastrio y flancos, de tipo cólico, que en ocasiones se irradia a espalda y que le ha impedido descansar por la noche. Sin relación clara con las comidas. No náuseas ni vómitos. No fiebre. Estreñimiento desde el inicio del dolor. Niega excesos dietéticos. Tuvo un episodio parecido hace 5 años.

En la exploración física se aprecia abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación en hemiabdomen derecho, con contracción voluntaria sin signos de peritonismo. Resto de exploración anodina.

Pruebas complementarias: analítica: hemograma normal, bioquímica con amilasa: 119 y triglicéridos 306. Analítica de orina: amilasuria 705, aclaramiento amilasa 2, leucocitos 25, nitritos positivos. En la ecografía abdominal se visualiza algo globulosa la cola del páncreas siendo el resto normal.

Se procede a ingreso en medicina interna. Una vez en planta, a las 48 horas se realiza TAC abdominal que es compatible con pancreatitis aguda, y posteriormente colangio-resonancia que es normal.

Enfoque familiar: núcleo familiar normofuncionante. Vive con su esposa y sus dos hijos.

Juicio clínico: pancreatitis aguda de probable origen vírico.

Evolución: a su ingreso se instaura tratamiento analgésico y dieta absoluta, mejorando clínicamente. A los dos días comienza con tumefacción parotídea bilateral compatible con parotiditis. Se realiza ecografía de partes blandas en la que se objetiva aumento difuso de glándulas salivares, por ello se aísla al paciente.

Conclusiones

Inicialmente se sospechaba la hipertrigliceridemia como causante de la pancreatitis dado los antecedentes. Pero dado que los niveles de triglicéridos estaban por debajo de 500 y la normalidad de la colangio-resonancia se considera que el origen más probable de la pancreatitis sea de origen vírico en el contexto de la parotiditis. Destacar por tanto la importancia de realizar una correcta historia clínica y un buen diagnóstico diferencial/etiológico de las pancreatitis, teniendo presente otras causas menos probables de pancreatitis como es la vírica.

Palabras clave

Abdominal pain, pancreatitis, parotitis

Ver más allá de lo que se busca. Quiste hidatídico como hallazgo casual

Rosa González M¹, López Llerena Á², Gómez Gómez-Mascaraque E²

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Villanueva. Madrid

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital El Escorial. Madrid

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de consulta

Tos, fiebre y expectoración.

Historia clínica

Paciente de 64 años, pastor de ovejas en activo. Convive en domicilio con 4 perros sin control veterinario. Intervenido hace 5 años de sustitución protésica valvular, anticoagulado con sintrom. En seguimiento por servicio de cardiología, con analítica y radiografía de tórax anuales. Acude a consulta de AP por tos, expectoración y fiebre de 4 días.

Se le solicita radiografía de tórax. Descartándose condensación a nivel pulmonar, pero se objetiva una imagen a nivel hepático, que comprobando con radiografías previas, ya estaba presente desde hace 5 años. Sin progresión del tamaño, pero no descrita en ninguno de los informes hasta el momento actual. Se realiza eco ambulatoria donde se confirma la presencia de una masa única de aproximadamente 4cm, sin afectación aparente de otros órganos.

Dados los resultados obtenidos, se deriva a medicina interna para realizar un estudio más completo y descartar la posibilidad de neoplasia, cistoadenoma, poliquistosis o quiste hidatídico entre otras. Se solicita analítica completa con serología de hidatidosis, resultando negativa, así como una ecografía y una TAC toraco-abdominal. Visualizándose una lesión ocupante de espacio calcificada y con contenido denso en su interior, compatible con quiste hidatídico calcificado. Se remite a cirugía donde dada la carencia de sintomatología clínica, así como la inactividad a nivel analítico y el elevado riesgo quirúrgico, se desestimó la intervención. Manteniéndose controles ecográfico y seguimiento ambulatorio anual.

Conclusiones

La hidatidosis es una parasitosis zoonótica especialmente del perro y ganado ovino, el hombre es hospedador intermedio accidental. La mayoría de los casos son hallazgos casuales. Es importante para el médico de primaria hacer uso de todos los recursos a su alcance, siendo la ecografía uno más, facilitándonos una aproximación diagnóstica y terapéutica, así como derivación más precoz y dirigida al especialista adecuado.

Palabras clave

Hidatidosisperrohepático

¿Y una garrapata me puede complicar tanto la vida?

Saldarreaga Marín J¹, Arguilea Azpiroz A², Soler Cifuentes D³

¹ Médico de Familia. UGC Bahía de Cádiz-La Janda. Cádiz

² Terapeuta en Formación. Escuela Gestalt Lamar. Málaga

³ Enfermero. UGC Bahía de Cádiz-La Janda. Cádiz

Ámbito del caso

Mixto. Atención primaria (AP), hospitalaria, urgencias y otros.

Motivos de consulta

Debilidad intensa y dolores generalizados.

Historia clínica

Enfoque individual. Antecedentes personales: sin hábitos tóxicos. Trabaja en jardín botánico. No alergias ni patologías. Dos partos eutócicos.

Anamnesis: 44 años actualmente. Consulta en AP siendo gestante: gonalgia derecha y mialgias generalizadas; tras dos meses de reposo, poliartralgias migratorias, alternantes, curso progresivo y debilidad intensa. Persisten meses sin respuesta a antiinflamatorios. Aparecen adenopatías, astenia, vértigo e hipoacusia.

Exploración: pálida, eupneica, afebril. Adenopatías inflamatorias (cervicales, inguinales). Exploración cardiopulmonar y neurológica sin hallazgos.

Pruebas complementarias: pulsioximetría, frecuencia cardiaca, tensión arterial, electrocardiograma: sin hallazgos patológicos. Analítica básica con pruebas reumáticas, sin hallazgos relevantes.

Enfoque familiar y comunitario: estudio de la familia y la comunidad: Familia nuclear íntegra. Ciclo vital familiar: etapa II (extensión); fase centrípeta (familia con niños pequeños). Acontecimientos vitales estresantes: cambio de situación económica, cambio de responsabilidad en el trabajo, comienzo de escolaridad, cambio de actividad de ocio, cambio de hábitos alimentarios, mala relación con el cónyuge, deja de trabajar.

Juicio clínico: síndrome de fatiga crónica, fibromialgia.

Diagnóstico diferencial: conectivopatías, enfermedades autoinmunes, síndrome anémico, miastenia.

Identificación de problemas: cuadro crónico de curso progresivo sin tratamiento que obliga a seguir investigando.

Tratamiento: mejoría discreta sin relación con la toma de antiinflamatorios orales. Mejoría leve con tratamientos parenterales.

Planes de actuación: rehabilitación, psicoterapia.

Evolución: presenta durante meses agudizaciones articulares. Tras una infiltración por epicondilitis: exacerbación de poliartralgias generalizadas, motivo por el cual es valorada por traumatología, que apunta a causa infecciosa. Valorada por medicina interna, no se filia etiología, diagnosticándose fibromialgia y recomendándose valoración por salud mental; descarta patología psíquica. Familiares residentes en Alemania le apuntan a probable borreliosis por garrapata. Acude a centro privado (Zaragoza), que diagnostica de enfermedad de Lyme (el). Posteriormente tratamiento y seguimiento en clínica especializada (Bruselas) que se mantiene actualmente; revisiones trimestrales. Actualmente presenta: limitación severa de la marcha trastornos cognitivos, fobias, alucinaciones visuales y neuritis. Presenta coinfecciones por pseudomonas aeruginosa, clostridium IV y streptococcus. Analítica: elevación de interleukina 8, factor de necrosis tumoral y amoniaco. Descenso de linfocitos cd57. Realiza tratamiento combinado con diez medicamentos; que incluyen ciclos de clindamicina semanal, tratamiento parenteral y detoxificadores.

Conclusiones

La trascendencia de la el viene dada por su prevalencia (es la enfermedad transmitida por vectores y garrapatas más prevalente y diagnosticada en estados unidos y Europa), por su trascendencia social (celebridades y de ficción), la elevada inversión económica (diagnósticos y tratamientos) y por la repercusión científica (un artículo semanal publicado mundialmente). Sin embargo, hay aspectos etiopatogénicos sin aclarar y cierta polémica en los criterios. Del diagnóstico microbiológico, así como el desarrollo de pruebas no validadas. La principal dificultad con la que nos encontramos es el desconocimiento de la el. Es crucial conocer la epidemiología y la presentación clínica para sospecharla. Debería formarse al personal sanitario e informar a la población sobre la extracción correcta de garrapatas, habiendo protocolos consensuados al respecto. La sospecha clínica es crucial para iniciar tratamiento precozmente y así evitar la progresión de la enfermedad y prevenir secuelas. Asimismo consideramos importante ofrecer apoyo psicológico, pues los cambios derivados de la enfermedad afectan también a nivel mental y emocional. El apoyo terapéutico para acompañar y ayudar a sostener sus limitaciones, miedos y cambios tanto a nivel personal como en su entorno, pueden ser de gran valor.

Palabras clave

Lyme, garrapata (tick) y debilidad (weakness)

Mindfulness en tutores, colaboradores docentes y residentes de medicina de familia y comunitaria

Morillo-Velarde Moreno C¹, Fontans Salguero A¹, Aguilar López I², Alcalá Grande A³, Conesa Pedrosa I³, Arias Vega M⁴

¹ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Lucena II. Lucena (Córdoba)

² MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Lucena I. Lucena (Córdoba)

³ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Rute. Córdoba

⁴ Médico de Familia. CS Priego de Córdoba. Córdoba

Introducción

El estrés laboral puede tener repercusiones y ser motivo de absentismo laboral y bajo rendimiento en el trabajo. El profesional sanitario es especialmente sensible. Entrenando las habilidades para el manejo y la reducción del estrés con terapias de relajación, se podría mantener la conciencia en el momento presente y desarrollar un equilibrio emocional y de bienestar. El mindfulness (atención plena) es una habilidad que se puede enseñar con esta finalidad. Resulta pertinente, dada la escasez de estudios, conocer el nivel de mindfulness y el de estrés laboral que los profesionales de atención primaria presentan.

Objetivos

Estimar el nivel de mindfulness en tutores y residentes de medicina familiar y comunitaria y su relación con su práctica habitual. Secundarios: Grado de conocimiento del mindfulness y saber si practican técnicas de relajación o meditación. Características socio-laborales y su relación con el mindfulness.

Diseño

Estudio observacional, descriptivo, mediante encuesta autoadministrada.

Emplazamiento

Tutores y colaboradores docentes (n=75) y residentes (n=145) de MFYC de una provincia andaluza.

Material y métodos

Criterios de inclusión: tutor/a o colaborador/a docente o residente.

Criterios de exclusión: no dar consentimiento informado.

Tamaño muestral: según resultados obtenidos en un estudio previo (Martín Asuero, 2013). Muestra de 176 individuos estima, con una confianza del 95% y precisión de +/- 3 unidades, la media poblacional de valores que tendrán una desviación estándar de 20.3 unidades. El porcentaje de reposiciones necesaria se ha previsto del 0%.

Fuentes de información: base de datos de la unidad docente de medicina familiar y comunitaria de una provincia andaluza con los contactos de los tutores/as, colaboradores/as docentes y residentes de toda la provincia.

Variables de estudio: socio-demográficas y laborales: sexo, edad, tiempo en el SAS, en el caso de tutores, tipo de contrato, año de residencia, año de residencia en los MIR, centro de salud, grado de estrés laboral, de conocimiento, de formación previa y de práctica de técnicas de meditación y tiempo (min)/día dedicado a ello. Nivel de atención plena o mindfulness.

Instrumentos de medida: cuestionario autoadministrado mediante formulario en google drive.

Evaluación de mindfulness: cuestionario de FFMQ, validado para la población española.

Análisis estadístico: medidas de tendencia central, de dispersión y posición, para variables cuantitativas. Para las cualitativas, las frecuencias relativas. Para los principales estimadores, intervalos de confianza para el 95% de seguridad (IC 95%). Prueba de ji-cuadrado, T test de Student o anova, previa comprobación de ajuste a la normal -test de Shapiro-Wilk (p<0,05, contrastes bilaterales)- para la relación de las variables demográficas, laborales, formación y práctica de técnicas de mindfulness y el estrés laboral con el nivel de mindfulness.

Aplicabilidad

Partiendo de que múltiples estudios demuestran que el mindfulness mejora la calidad de vida y la práctica clínica del profesional, nos planteamos conocer la realidad en los tutores y residentes, y elaborar un plan de formación en mindfulness.

Aspectos ético-legales:

Se ajustará a la legislación vigente. Consentimiento informado. El protocolo se remitirá para su autorización a la dirección-gerencia de las tres áreas sanitarias de la provincia.

Palabras clave

Estrés psicológico y físico. Comunicación en salud. Atención primaria de salud.

Hipotiroidismo y algo más...

Castiñeiras Pardo G, Mora Moreno F, Hinojosafuentes F

CS Molino de la Vega

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de consulta

Poliartritis simétrica.

Historia clínica

Mujer de 56 años, colombiana. Desde hace 8 semanas presenta dolor e inflamación en: muñecas, articulaciones metacarpofalángicas e interfalángicas distales, asociados a rigidez matutina de más de una hora. El dolor se alivia parcialmente con analgesia. Esporádicamente escozor ocular.

Antecedentes personales: asma, gastritis crónica antral, estreñimiento, rinoconjuntivitis alérgica, HTA, hipotiroidismo primario autoinmune.

Exploración: neurológica: consciente, orientada y colaboradora. Fuerza, sensibilidad y pares craneales sin alteraciones. Tiroides: leve aumento de tamaño. Consistencia firme. Indolora. ACP: rítmico, 70 lpm. Murmullo vesicular conservado, no ruidos agregados. ABD: ruidos hidroaéreos presentes. No masas, megalias, ni dolor a la palpación. Articular: calor, dolor, rubor y leve impotencia funcional en muñecas, metacarpofalángicas e interfalángicas distales.

Pruebas complementarias: Hemograma: normal. Bioquímica: perfil iónico y renal normales. PCR 0,7. Sedimento de orina: sin alteraciones. Laboratorio: anticuerpo antinucleares 1/80; anti antinucleares de doble cadena 1/10 ; factor reumatoide 16; anti SSA/RO +++; anticuerpos anticitrulina pendientes. Anticuerpos: anti-centromero, anti-histonas, anti-RNP, anti-SM, anti SSB/LA, anti JO-1 y anti SCL-70: negativos. Test de Schirmer: positivo.

Enfoque familiar y comunitario: El síndrome poliglandular tipo 3 es una patología infrecuente y multifactorial. El médico de familia es uno de los pilares en el seguimiento, adherencia al tratamiento y reconocimiento precoz de las posibles complicaciones. La familia ocupa un papel activo en estas tareas.

Juicio clínico: Síndrome poliglandular tipo 3: tiroiditis de Hashimoto + Sjögren + posible lupus.

Diagnóstico diferencial: artritis reumatoide, lupus, artritis psoriásica, artritis postviral, artritis reactiva, síndrome de Behcet, artritis enteropática, enfermedad de Still del adulto, artropatía amiloide, artropatía mixedematosa, carpitis ocupacional.

Tratamiento y plan de actuación: naproxeno, lágrimas artificiales, levotiroxina, resultados, prometedores con rituximab, seguimiento en atención primaria, reumatología y endocrinología.

Conclusiones

Conclusiones y aportación para el médico de familia: La integración de los signos y síntomas es un arte que supondrá una anticipación en el diagnóstico y disminuir la morbimortalidad. Para ello tendremos en cuenta que existen estudios que han observado asociación de lupus con otras patologías autoinmunes. Existen estudios que muestran que hasta 1/3 de los pacientes con lupus presentan afectaciones oculares; siendo la más común el síndrome de Sjögren.

Palabras clave

Sjögren, lupus, Hashimoto

¿Por qué no mejoro de mi sinusitis?

Romero Rodríguez E

MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Occidente Azahara. Córdoba

Ámbito del caso

Atención hospitalaria.

Motivos de consulta

Disminución del nivel de conciencia.

Historia clínica

Mujer de 23 años, con antecedentes de sinusitis crónica. Actualmente en tratamiento con anticonceptivos orales. Acude a nuestro servicio de urgencias por presentar cefalea frontal, fiebre no termometrada, congestión conjuntival, diplopía, edema palpebral bilateral y disminución del nivel de conciencia desde hace 4 horas. Previamente comenta que ha presentado varios episodios de sinusitis, sin completa mejoría.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general. Consciente, orientada y colaboradora. Exploración neurológica: no signos de rigidez de nuca, parexia del VI par derecho. Fuerza, tono y sensibilidad de miembros superiores e inferiores conservada. A nivel facial se aprecia edema palpebral bilateral, sin hiperemia conjuntival.

Pruebas complementarias: TAC craneal: rotura e hipodensidad en primer molar superior derecho, ocupación de senos paranasales, con disrupción de la pared posterior del seno esfenoidal derecho. Hemograma, bioquímica y coagulación: hemograma y bioquímica sin alteraciones. Coagulación alterada a estudio. Hemocultivo: *fusobacterium nucleatum*. Punción lumbar negativa. Estando ingresado en planta se solicita: angio-RNM donde se observa ocupación de senos derechos y alteración de la señal del clivus con hipointensidad en T1, aumento de señal y mala definición de senos cavernosos.

Juicio clínico: trombosis del seno cavernoso, secundario a sinusitis crónica complicada.

Tratamiento: cefalosporinas de tercera generación, metronidazol y penicilina antiestafilocócica. Heparina.

Diagnóstico diferencial: ictus -trombosis seno cavernoso -meningitis -encefalitis.

Conclusiones

La incidencia de trombosis venosas cerebrales sépticas ha disminuido notablemente, puede presentarse en infecciones en cara y cuello y típicamente afectan el seno cavernoso. Entre las causas no infecciosas, las trombofilias congénitas suelen ser las más comunes, pero en mujeres jóvenes el embarazo, puerperio o los anticonceptivos orales desempeñan un papel determinante. Se recomienda tratamiento antitrombótico y antibiótico prolongado. El tratamiento quirúrgico está indicado para el drenaje de los focos primarios. La mortalidad es del 30% con morbilidad residual en el 50%.

Palabras clave

Tromboflebitis del seno cavernoso; sinusitis; diplopia.

Torsión testicular. A propósito de un caso

Moreno Obregón L¹, Moreno Obregón J², Moreno Obregón F³

¹ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Estepa. Sevilla

² MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Estepa. Sevilla

³ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Cartaya. Huelva

Ámbito del caso

Urgencias hospitalarias.

Motivos de consulta

Dolor testicular derecho.

Historia clínica

Antecedentes personales: no reacciones adversas medicamentosas conocidas. No enfermedades de interés. No tratamiento actual.

Anamnesis: niño de 12 años que acude por dolor y aumento testicular/escrotal derecho y molestias en región inguinal derecha de 1 semana de evolución. Afebril. No dolor abdominal. No náuseas. No vómitos. No molestias urinarias. No traumatismo previo.

Exploración: aceptable estado general. Consciente, orientado y colaborador. Bien hidratado y perfundido. Normocoloreado. Eupneico. Marcado aumento e hiperemia de bolsa escrotal derecha de unos 8-10 cm de diámetro. Aumento de temperatura local respecto al testículo contralateral. Testículo izquierdo normal en bolsa escrotal izquierda.

Pruebas complementarias: sistemático de orina: sin hallazgos patológicos. Ecografía de escroto y testículos: teste derecho aumentado de tamaño e hipoecogénico respecto al contralateral. Disminución de su vascularización. Epidídimo aumentado de tamaño, heterogéneo e hipervascularizado. Engrosamiento de las cubiertas escrotales derechas con un marcado aumento de la vascularización. Hidrocele derecho tabicado con detritus en su interior no pudiendo descartar Piocele. Teste izquierdo y estructuras vecinas sin alteraciones.

Juicio clínico: torsión testicular derecha de larga evolución.

Diagnóstico diferencial: torsión de apéndices testiculares, orquiepididimitis aguda, absceso de pared escrotal, orquitis aguda sin epididimitis, gangrena escrotal y edema escrotal idiopático.

Tratamiento: reposo relativo. Ibuprofeno 400mg 1 comprimido/8 horas cefixima 400 mg 1 cápsula/24 horas durante 10 días. Control preferente en urología.

Conclusiones

El escoto agudo es una urgencia que se caracteriza por la aparición de dolor escrotal que puede acompañarse de otros síntomas. La edad del paciente puede orientarnos, pero la exploración es la clave para realizar un diagnóstico correcto.

Palabras clave

Testicular pain, testicular torsion

Sífilis. A propósito de un caso

Moreno Obregón L¹, Moreno Obregón J², Moreno Obregón F³

¹ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Estepa. Sevilla

² MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Estepa. Sevilla

³ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Cartaya. Huelva

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de consulta

Lesión en pene.

Historia clínica

Antecedentes personales: reacciones adversas medicamentosas conocidas a penicilina.

Anamnesis: paciente varón de 21 años, valorado por urología por lesión en pene que se sospecha epididimitis por lo que realiza tratamiento. Posteriormente, acude a revisión donde se palpa adenopatía inguinal y se instaura tratamiento con doxiciclina + azitromizina + ofloxacino. Días más tarde acude a nuestra consulta y solicitamos analítica con serología.

Exploración: buen estado general. Consciente, orientado y colaborador. Eupneico en reposo. Bien hidratado y perfundido. Presenta linfadenopatía inguinal derecha. Ausencia de chancro, aunque refiere haberlo tenido en pene desapareciendo de forma espontánea hace 2 meses.

Pruebas complementarias: Analítica: hemograma: normal. Bioquímica básica con PCR y sistemático de orina: normal. Serología: AC. IGG VHC: negativo, AC IGG anti-hbs VHB: negativo, AG VIH 1 + AC totales VIH ½: negativo, AC IGM anti VCA Epstein Barr: negativo e IGG anti VCA Epstein Barr: positivo, AC IGM anti-citomegalovirus: negativo, AC IGM+IGG anti T. Pallidum: positivo, sífilis: positivo, RPR: positivo, RPR titulación: suero puro.

Enfoque familiar y comunitario: medidas profilácticas para las posibles parejas que haya tenido.

Juicio clínico: sífilis latente precoz.

Diagnóstico diferencial: otras ETS (gonorrea, papiloma humano, VIH, clamidiasis, linfogranuloma venéreo).

Identificación de problemas: identificar las posibles parejas del paciente.

Tratamiento y planes de actuación: inicio de tratamiento con doxiciclina, informar a las parejas sexuales del último año y repetir analítica a los tres meses del tratamiento.

Evolución: favorable tras instaurar tratamiento.

Conclusiones

Desde el punto de vista de atención primaria el objetivo es la promoción de la salud y las medidas de educación sexual, promoviendo sexo seguro mediante el uso de preservativo.

Palabras clave

Its, syphilis.

Miopericarditis, clínica atípica en varón de 18 años, enfoque clínico y diagnóstico

Boujida Bourakkadi T¹, Sánchez Gil M¹, Gómez Jiménez G²

¹ Médico de Familia. CS Virgen de Linarejos. Linares (Jaén)

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Virgen de Linarejos. Linares (Jaén)

Ámbito del caso

Consulta de urgencias.

Motivos de consulta

Dolor crónico en brazo izquierdo y dolor hemitórax derecho.

Historia clínica

Acude a servicio de urgencia, refiriendo dolor crónico de brazo izquierdo de un mes (seguimiento por locomotor) y dolor hemitórax derecho de carácter opresivo, no irradiado y de 30 minutos. Sin diaforesis, sin clínica respiratoria, no náuseas, ni vómitos, afebril, odinofagia, tos seca. Niega consumo de tóxicos.

Exploración: BEG, consciente, orientado, bien hidratado y perfundido, eupneico. Glasgow 15. ACR: tonos rítmicos sin soplos, roces, ni extratonos. Murmullo vesicular conservado, sin ruidos sobreañadidos. Abdomen nada que resaltar. Resto de exploración normal.

Saturación O₂ 96%, FC 75 lpm, TA: 130/70, EKG: sinusal a 75 lpm, eje normal, sin alteración de repolarización. El paciente refiere encontrarse muy mal, con palidez cutánea, TA: 110/70, repitiéndosele EKG: con infradesnivelización de ST en v2 y supradesnivelación punto J en cara inferior. Se canaliza VVP, se administra AAS 300, clopidogrel 300, ceftriaxona SL y traslado a hospital. Allí se realiza anl completa. Bioquímica: troponina I: 3877, resto normal. RX tórax normal. Troponina de control: 7074. EKG de control se observan rachas de extrasístoles ventriculares. Se ingresa en UCI por miopericarditis. Se inicia ttº con dosis altas de aines. Estable por lo que se traslada a m. Interna y tras mejoría es dado de alta.

Conclusiones

En este caso, si se llega a darle el alta al paciente en el centro de urgencias por la normalidad de constantes, el resultado del EKG normal, y el buen estado general del mismo; la consecuencia más extrema podría llegar al fallecimiento del paciente por taponamiento pericárdico, de ahí que el rol del médico de familia con el abordaje biomédico es fundamental para sospechar patología poco frecuente pero sí importante, ya que es el que tiene el primer contacto con los pacientes.

Palabras clave

Miopericarditis, EKG y map.

Hipocalcemia severa y enfermedad renal crónica agudizada

Moreno Obregón J¹, Moreno Obregón L², Moreno Obregón F³

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Estepa. Sevilla

² MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Estepa. Sevilla

³ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Cartaya. Huelva

Ámbito del caso

Urgencias hospitalarias.

Motivos de consulta

Deterioro del estado general. Convulsión.

Historia clínica

Antecedentes personales: mujer de 89 años de edad. Alergia a IECAS. Hipertensión arterial. Dislipemia. Enfermedad renal crónica estadio iii por glomerulonefritis mesangiocapilar tipo I. Anemia crónica de origen multifactorial. Hipotiroidismo por bocio multinodular. Divertículos de sigma. Intervenida de divertículos de Zenker y colecistectomizada. Tratamiento actual: omeprazol, ÁC. Fólico, alopurinol, hierro, atorvastatina, olmesartán/hctz, manidipino, furosemida, eutirox.

Anamnesis: acude acompañada de su hijo que refiere astenia, decaimiento, empeoramiento del estado general a lo largo del día, además de un episodio de convulsión y de contracciones en ambos miembros superiores.

Exploración: regular estado general. Consciente y colaboradora. Bradipsíquica y bradicinética. Sequedad de mucosas. Bien perfundida. Normocoloreada. Eupneica. Auscultación cardiorrespiratoria: tonos rítmicos. Taquicardia. Soplo sistólico. Murmullo vesicular conservado. Abdomen: blando, depresible, no doloroso a la palpación. Ruidos intestinales conservados. Neurológico: muy dificultosa. Contracciones espasmódicas de segundos de duración. Signo de Trousseau y Chvostek (+).

Pruebas complementarias: analítica: hemograma: HB: 10.2 HCTO: 31 VMC: 79 HCM: 26. Leucocitosis (neutrófilos: 74%) coagulación normal. Bioquímica: glucosa: 121 albúmina: 2.8 urea: 254 creatinina: 5.93 lactato: 806. Perfil hepático, NA y K: normal. Calcio: 5.6. PCR: 186,9 gasometría venosa: PH: 7.37PCO2: 33 HCO3: 20 BE: -5.3RX tórax y abdomen: sin hallazgos relevantes. EKG: taquicardia sinusal. No alteraciones segmento QT.

Enfoque familiar y comunitario: situación terminal desde el punto de vista de su enfermedad nefrológica. Abordaje multidisciplinar nefrológica, pluripatológico y cuidados paliativos.

Juicio clínico: hipocalcemia severa y ERC agudizada

Diagnóstico diferencial: secundario a fármacos. Alteraciones hidroelectrolíticas. Convulsiones. Arritmias. Tétanos.

Tratamiento: cloruro cálcico en bolo I.V. Y luego en perfusión continúa.

Evolución: favorable. Alta a domicilio. Calcio: 11,3

Conclusiones

La hipocalcemia es un hallazgo frecuente. Su presentación clínica es variable: a veces es un hallazgo fortuito y en otras circunstancias requiere un tratamiento inmediato, de ahí la importancia de efectuar un diagnóstico diferencial correcto. Las principales causas en adultos se pueden agrupar en hipoalbuminemia, pérdida de calcio de la circulación y aporte deficiente desde el intestino o el hueso.

Palabras clave

Hipocalcemia, chronic kidney disease, convulsions

Rinitis vasomotora. A propósito de un caso

Moreno Obregón L¹, Moreno Obregón J², Moreno Obregón F³

¹ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Estepa. Sevilla

² MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Estepa. Sevilla

³ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Cartaya. Huelva

Ámbito del caso

Urgencias - otorrinolaringología.

Motivos de consulta

Disnea, espasmos faríngeos.

Historia clínica

Antecedentes personales: fumador de 15 cigarrillos/día desde los 18 años. No bebedor. Rinoconjuntivitis alérgica. Tratamiento actual: loratadina, budesonida nasal, levocabastina colirio.

Anamnesis: hombre de 21 años que acude por disnea, sensación de cuerpo extraño faríngeo, tos seca, rinorrea y algunos episodios de espasmo faríngeo de 8 días de evolución sin mejoría a pesar de los múltiples tratamientos recibidos. Afebril. No disfagia. Trabaja en una empresa con poliéster.

Exploración: aceptable estado general. Palidez de piel y mucosas. Consciente, orientado y colaborador. Eupneico en reposo. Afebril. TA: 129/76 mmHg, FC: 80 spm y sato2 99% sin oxigenoterapia. ACP: sin hallazgos patológicos.

Pruebas complementarias: Analítica: hemograma: normal. Bioquímica: normal. Gasometría venosa: normal. Radiografía tórax: índice cardiorácico normal. No imágenes de condensación ni de derrame. Radiografía columna cervical: no patología ósea aguda.

Evolución: persiste la sintomatología, por lo que se deriva a consultas de otorrinolaringología para valoración. Durante la exploración presenta episodio de espasmo evidenciando mala técnica de ventilación en inspiración. Otoscopia: mucosa seca. Pared posterior hiperémica. Amígdalas eutróficas. No abombamientos ni asimetrías de pilares amigdalinos. Úvula centrada. Rinofibroscoopia: excoriación de tercio anterior de ambas fosas nasales, mucosa eritematosa, seca y partículas blancas en cavidad nasal. Cavum y base de lengua libre. Signos de faringitis seca. Cuerdas vocales móviles, sin lesiones y luz glótica conservada.

Juicio clínico: rinitis vasomotora. Faringitis seca.

Diagnóstico diferencial: otras rinitis: por irritantes, ocupacional, medicamentosa, hormonal, crónica atrófica, crónica simple, crónica hipertrófica, no alérgica con eosinofilia nasal (nares).

Tratamiento: 1/2 ampolla de adrenalina, hidrocortisona 200 mg y ranitidina. Posteriormente, nueva nebulización con 1/2 ampolla de adrenalina. Otorrinolaringología indica: lavados nasales suero salino, furoato de fluticasona, auxina a+e, carbocisteína, aumentar la ingesta de líquidos. Se sugiere valoración por alergología para estudio de alergias.

Conclusiones

La rinitis idiopática o vasomotora es una rinitis crónica de etiología desconocida en la que existe una alteración del equilibrio del sistema vasomotor y se produce una estimulación exagerada del sistema parasimpático (congestión nasal, hipersecreción y estornudos).

El diagnóstico es de exclusión. Hay una ausencia de inflamación de la mucosa nasal, pruebas alérgicas negativas, ausencia de infecciones previas y de eosinofilia.

Palabras clave

Nasal congestion, sneezing, rhinorrhea.

Malestar general y bradicardia

Moreno Obregón J¹, Moreno Obregón L², Moreno Obregón F³

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Estepa. Sevilla

² MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Estepa. Sevilla

³ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Cartaya. Huelva

Ámbito del caso

Urgencias

Motivos de consulta

Dolor abdominal. Bradicardia.

Historia clínica

Antecedentes personales: mujer 79 años. RAM a penicilinas. Hipertensión arterial. Cardiopatía hipertensiva. Angina de Prinzmetal. Diabetes mellitus 2. Fibrilación auricular paroxística. Anemia ferropénica. Hemorragia cerebral traumática. Hiperuricemia. Fibromialgia. Ingreso 2016 por adenocarcinoma de colon estadio I. Diverticulosis. Fractura acúñamiento l3. Intervenciones quirúrgicas: histerectomía ampliada. Colectectomizada. Cataratas. Colectomía segmentaria. Situación basal: vida cama - sillón. Precisa ayuda para la mayoría de las ABVD. Tratamiento: adiro. Escitalopram. Omeprazol. Gliclazida. Metformina. Candesartán. Sulfato ferroso. Carvedilol. Lormetazepam. Alopurinol.

Anamnesis: paciente trasladada por DCCU con historia de epigastralgia acompañado de palidez, sudoración y malestar general. La encuentran consciente, orientada, Glasgow 15/15, sin focalidad neurológica. TA: 115/60 mmHg. Glucemia capilar 163mg/dl. Bradicardia. Administran atropina y trasladan al hospital.

Exploración: consciente, orientada y colaboradora. Eupneica. Pulsos periféricos disminuidos de intensidad. Saturación 100% con ventimask 24%. Auscultación cardiorrespiratoria: ruidos disminuidos de intensidad, arrítmicos y bradycárdico. Disminución murmullo vesicular con crepitantes bibasales. Abdomen: globuloso, blando, depresible, doloroso a la palpación en epigastrio y flanco derecho.

Pruebas complementarias: EKG: bradicardia. Bloqueo bifascicular (HBAI y BRDHH). FA lenta. QS en cara inferior con inversión de onda T. Analítica: hemograma: HB: 9.5 HCTO: 30% VCM:78% bioquímica: urea: 90 CR: 4.6k+: 7,9 gasometria venosa: PH:7,11 PCO2: 50 HCO3:16 resto sin hallazgos relevantes. Radiografía tórax: ICT normal. No imágenes sugerentes de condensación o derrame. Radiografía abdomen: sin lesiones aparentes.

Juicio clínico: insuficiencia renal crónica reagudizada. Hiperpotasemia. Acidosis metabólica. Fibrilación auricular lenta.

Diagnóstico diferencial: secundario a fármacos. Arritmias (síndrome del bloqueo sinusal, bloqueo AV). Isquemia miocardio. Enfermedad cardiaca infiltrativa. Hipotiroidismo. Hipotermia. Respuesta vagal.

Tratamiento: analgesia. Gastroprotección. Fluidoterapia (suero salino fisiológico y glucosado 5%). Insulina. Gluconato cálcico. Salbutamol nebulizado. Bicarbonato.

Evolución: favorable. Ingreso en planta.

Conclusiones

La hiperpotasemia es la alteración electrolítica más importante por su potencial gravedad letal, ya que puede producir arritmias ventriculares letales y parada cardíaca. Por lo tanto, no es posible hacer el diagnóstico de hiperpotasemia basándose exclusivamente en los síntomas. Si no es tratada rápidamente tiene una mortalidad elevada.

Palabras clave

Hyperkalemia, cardiac arrhythmia, electrolyte disturbances

Duración de los tratamientos con alendronato en atención primaria: ¿está justificada?

Tormo Molina ¹¹, García Lirola M², Herrador Lindes J³, Ceballos Fernández C³, Castello Losada M³, Fernández De La Hoz L⁴

¹ Médico de Familia. CS Gran Capitán. Granada

² Farmacéutica. DS Granada-Metropolitano. Granada

³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Gran Capitán. Granada

⁴ Médico de Familia. Servicio de Urgencias. Hospital Virgen de las Nieves. Granada

Objetivos

Determinar la duración de los tratamientos con alendronato en pacientes con osteoporosis postmenopáusicay qué proporción de los que llevan más de cinco años de tratamiento no presenta un riesgo elevado de fracturas.

Diseño

Estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento

Centro de salud urbana, 24 profesionales, 40000 personas como población de referencia.

Material y método

Sujetos: todos los pacientes a los que se les han dispensado como mínimo un envase de ácido alendrónico entre noviembre 2015 y febrero 2016, obtenidos de la plataforma de explotación de datos microstrategy.

Criterios de exclusión: varones. Mujeres cuya indicación de alendronato no sea por osteoporosis postmenopáusica.

Principales variables: duración del tratamiento con alendronato (base de datos microstrategy) y factores de riesgo de fractura (BMI, fractura previa, fractura de cadera en los progenitores, tratamiento crónico con esteroides e inhibidores de la aromatasas) obtenidos por encuesta a profesionales.

Estadística: univariante con medidas de frecuencia y dispersión habituales y bivariante con uso de la T de Student y medidas de correlación lineal para las variables cuantitativas y ji cuadrado para las cualitativas.

Resultados

149 mujeres recibieron esta prescripción en las fechas del estudio. Media de edad 72 años (SD.- 9,9). Duración media del tratamiento.- 36,7 meses (SD.- 31,2). 26,2% de los tratamientos superaban los 5 años de duración y el 36% de los que superaban los cinco años no tenían riesgo elevado de fractura.

Conclusiones

La cuarta parte de los tratamientos con alendronato en nuestra zona superan los cinco años de tratamiento y uno de cada tres que los superan, no tienen riesgo elevado de fractura.

Palabras clave

Osteoporosis, Alendronate, Alendronate/therapeutic use

Iamcest de presentación atípica

Adell Vázquez J¹, Paulo Gregorio V², Perea Martín M³

¹ Médico de Familia. DCCU del Hospital Infanta Elena. Huelva

² Médico de Familia. CS Lepe. Huelva

³ Médico de Familia. Hospital Infanta Elena. Huelva

Ámbito del caso

Atención hospitalaria (urgencias).

Motivos de consulta

Astenia y decaimiento.

Historia clínica

Varón de 47 años, con antecedentes de síndrome de West, ex -ADVP, trombopenia autoinmune, tumor de Klatskin en seguimiento por cuidados paliativos, fumador. Institucionalizado por retraso mental y esquizofrenia. Acude a urgencias al detectar sus cuidadores astenia y decaimiento, en la evaluación inicial en urgencias se detecta elevación del segmento St en cara infero-lateral.

Exploración física: buen estado general, TA: 83/55FC: 66 lpm. Auscultación cardio pulmonar normal.

Pruebas complementarias: electrocardiograma: ritmo sinusal a 66 lpm, eje izquierdo, HAI, elevación > 1 mm en cara inferoposterior (disponible). Analítica: destaca CK: 5917 y troponina: 4382. RX de tórax: normal. Coronariografía urgente: estenosis severa de ada con flujo distal y oclusión trombótica de ada media implantandose en ambas stent liberador de biolimus.

Evolución: favorable, sin presentar complicaciones posteriores, durante el ingreso se realiza ecocardiografía en la que se objetiva buena función sistólica.

Conclusiones

La realización de un electrocardiograma en un paciente de sintomatología mal definida es una herramienta sencilla, al alcance de cualquier médico, y que puede resultar crucial para orientar un caso clínico. En este caso, nos encontramos ante un paciente relativamente joven y cuyo único factor de riesgo es el tabaquismo, que presenta una sintomatología poco sospechosa de síndrome coronario, pero cuya detección precoz es fundamental para mejorar su manejo y pronóstico.

Palabras clave

Isquemia miocárdica, cateterismo cardíaco, tabaquismo

Dolor en muñecas, un diagnóstico inesperado

López González C¹, Hidalgo Castellón A², Navarro Macías F³.

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Cartaya. Huelva

² FEA Medicina Interna. Adjunto de Urgencias. Complejo Hospitalario Universitario de Huelva. Huelva

³ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Los Rosales. Huelva

Ámbito del caso

Atención en urgencias hospitalarias.

Motivos de consulta

Varón de 58 años que consulta por dolor en ambas manos de 15 días de evolución, que no se modifica con los movimientos ni a la palpación.

Historia clínica

No RAMS. Como antecedentes personales destacan cardiopatía hipertensiva, fumador de 1 paquete de cigarrillos al día, bebedor ocasional. Ingreso en medicina interna el mes anterior por dolor torácico, descartándose origen cardíaco.

Consulta al servicio de urgencias hospitalarias, por dolor en ambas manos de 15 días de evolución, irradiado a ambos hombros, sin relación con los movimientos. Niega traumatismo previo. No episodios previos similares. Niega dolor torácico, disnea ni cortejo vegetativo asociado. Afebril.

A la exploración, presenta buen estado general, algo inquieto y con discreta palidez mucocutánea, bien hidratado, sin signos de inestabilidad hemodinámica. Auscultación cardiopulmonar normal. Ambos miembros superiores presenta coloración y aspecto normal, sin aumento de temperatura en muñecas, buena movilidad y no dolor a la palpación.

A pesar de la clínica anodina, dado el aspecto del paciente se decide realizar electrocardiograma donde se observa RSA 90 lpm, eje izquierdo, HBAI, sin alteraciones agudas en el ST. Se solicita analítica completa con resultado normal, presentando enzimas cardíacas elevadas, CK 2390, TNT 2706, LDH 1186, que se seriaron durante su estancia en el área de observación, manteniéndose elevadas.

Se ingresa en planta de medicina interna como infarto agudo de miocardio evolucionado.

Conclusiones

Destaco este caso por su infrecuente forma de presentación; la historia clínica narrada por el paciente y el hecho de haber sido estudiado recientemente por medicina interna y cardiología con pruebas normales, hacen pensar en un primer momento en otro origen de la clínica, siendo relevante la exploración, con especial hincapié en la inspección y actitud del paciente que destacaba por mostrarse inquieto y con palidez mucocutánea.

Palabras clave

Chest pain, emergencias, myocardial infarction.

Diástasis pélvica postraumática

Paulo Gregorio V¹, Adell Vázquez J², González Sánchez H³

¹ Médico de Familia. CS Lepe. Huelva

² Médico de Familia. Hospital Infanta Elena. Huelva

³ Médico de Familia. CS San Bartolomé de la Torre. Huelva

Ámbito del caso

Urgencias hospitalarias.

Motivos de consulta

Traumatismo abdominopélvico

Historia clínica

Varón de 51 años, que es atendido en el campo tras ser aplastado a nivel abdominopélvico, por un caballo, con hiperabducción forzada de ambos miembros inferiores, presentando posteriormente impotencia funcional para la deambulación. Tras ser valorado "in situ" es trasladado a urgencias sin dispositivos de inmovilización en ambulancia convencional.

Exploración física: buen estado general, hemodinámicamente estable. Auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen: doloroso a la palpación hipogástrica sin peritonismo, no báscula pélvica. Neurológico normal.

Pruebas complementarias: hemograma, coagulación y bioquímica sin hallazgos. RX de pelvis: se objetiva diástasis de la sínfisis pubiana. Ante este hallazgo se realiza TAC abdominopélvico, en el que se confirma diástasis de la sínfisis pubiana de 2,8 cms, sin afectación de sacroiliacas, así como hematoma en el espacio de Retzius (prevesical y retropúbico).

Evolución: inicialmente se intenta tratamiento conservador con fijador externo, que se retira por intolerancia, por lo que se coloca placa fijadora, con buena evolución posterior.

Conclusiones

El traumatismo abdominal constituye el 10% de las muertes traumáticas en España, y representa el mayor porcentaje de muerte evitable en el politraumatizado. El adecuado manejo del paciente politraumatizado en las fases iniciales, es crucial para una correcta evolución posterior, siendo muy importante el uso de dispositivos de inmovilización, así como, la correcta monitorización de las constantes vitales para detectar precozmente lesiones que puedan llegar a comprometer la vida de nuestro paciente.

Palabras clave

Diástasis de la sínfisis pubiana, traumatismo abdominal, inmovilización.

Factores que influyen en el cambio\elección de médico de familia

Montero Carrera J¹, Duran González A², Aranda González C², González Hernández A²

¹ FEA Pediatría. UGC Aracena-AGS Norte de Huelva. Huelva

² Servicio Atención al Ciudadano. FEA Pediatría. UGC Aracena-AGS Norte De Huelva. Huelva.

Introducción

Una de las características más fundamentales del médico de familia (MF), es una atención longitudinal, es decir, atiende a la persona a lo largo de su vida. Para ello, es fundamental una relación médico-paciente de calidad y mantenida en el tiempo. La posibilidad de elección de MF ha supuesto en muchos casos la mejora de esta relación, en otros por el contrario, su deterioro.

Objetivos

Principal: Identificar los factores que influyen en el cambio\elección de MF. Secundarios: Cuantificar la frecuencia de los cambios de MF. Identificar posibles factores predisponentes tanto en el MF como el paciente.

Diseño

Estudio descriptivo longitudinal.

Emplazamiento

Unidad de gestión clínica (UGC) de atención primaria con 1 centro de salud y 11 consultorios de ámbito rural.

Material y métodos

La recogida de datos se realizará mediante encuesta auto o heterocumplimentable aunque siempre con carácter anónimo. Los datos anónimos serán posteriormente incorporados en una base de datos y explotados mediante programa estadístico.

Se analizarán variables de los MF (edad, género, vinculación contractual, tiempo de trabajo en la UGC); del usuario (edad, género, estudios, lugar de nacimiento, existencia previa reclamación) y el motivo fundamental del cambio\elección (cambio: pérdida de confianza; error diagnóstico; disparidad régimen terapéutico; diferencias caracteres, no conformidad criterios de prescripción, múltiples ausencias, vinculación no fija, comentarios terceras personas\elección: comentarios de terceros, atención previa satisfactoria, azar, agrupación familiar, vinculación fija, género).

Se permite un campo en blanco por si se quiere añadir información adicional o complementaria.

Aplicabilidad

El conocimiento de los factores estudiados permitirá mejorar la atención que proporciona el MF al enriquecer la relación médico-paciente. Esta relación es fundamental para la atención del MF mejorando la adherencia al tratamiento y un mejor control de los procesos crónicos.

Aspectos ético-legales:

Se solicita autorización al comité de ética autonómico conforme las disposiciones vigentes. La cumplimentación es anónima y la información se trata de forma anónima y agrupada. El usuario precisa autorización expresa verbal al cumplimentar la encuesta.

Palabras clave

Physician-patient relations; family practice; primary health care

Evaluación de una herramienta informativa sobre el síndrome febril en pediatría

Montero Carrera J¹, Rey Rodríguez Á², Abedkhader Falah F²

¹ Médico de Familia. UGC Aracena-AGS Norte de Huelva. Huelva

² FEA Pediatría. UGC Aracena-AGS Huelva. Huelva

Introducción

El síndrome febril en la pediatría y en las urgencias de atención primaria (AP) es uno de los motivos más frecuente de consulta. En muchas ocasiones, se generan visitas innecesarias por la imposibilidad de realizar una adecuada anamnesis y diagnóstico por la premura de las visitas, dando lugar a tratamientos en muchas ocasiones innecesarios como por ejemplo los antibióticos.

Objetivos

Principales: Desarrollar una herramienta informativa dirigida a los padres sobre el síndrome febril pediátrico. Evaluar su aplicabilidad y efectividad en la unidad de gestión clínica (UGC). Secundarios: Evaluar la presión asistencial del síndrome febril en nuestra UGC. Identificar factores asociados a la frecuentación por síndrome febril.

Diseño

Estudio cuasiexperimental antes-después.

Emplazamiento

Unidad de gestión clínica (UGC) de atención primaria con 1 centro de salud y 11 consultorios de ámbito rural

Material y métodos

Una primera fase en la que se evalúa la situación actual tanto en las consultas de pediatría como en las urgencias del punto de la UGC de las visitas por síndrome febril (edad, género, problemas durante gestación y primer mes de nacimiento, estudios del progenitor que lo acompaña a la consulta, número de visitas por este proceso y número de horas con temperatura mayor de 38°C). Durante esa primera fase, en las consultas de pediatría se proporcionará cuestionario autoadministrado a los padres preguntando sobre la información que desearían recibir para el síndrome febril y preocupaciones con respecto al mismo (cuestionario semiestructurado).

En otra fase se elabora el material informativo y se distribuyen en las consultas de pediatría y en el punto de urgencias de la UGC.

En una tercera fase (al menos 3 meses después de la segunda), se realiza una valoración similar a la de la primera fase, añadiendo el ítem de si recibieron el material informativo, su valoración en escala numérica.

Se describirán los datos de valoración de la herramienta informativa y se realizará comparación de medias de presión asistencial (número de asistencias).

Aplicabilidad

Como ya hemos visto, el número principal de visitas en la edad pediátrica es debido a procesos febriles. Un adecuado conocimiento y manejo de éste por los padres es fundamental, tanto para evitar consultas innecesarias como para poder identificar los signos de gravedad de presentarse.

Aspectos ético-legales:

Se solicita autorización al comité de ética autonómico conforme las disposiciones vigentes. La cumplimentación del cuestionario para la elaboración del material informativo es anónima y la información se tratará de forma anónima y agrupada. El usuario precisa autorización expresa verbal.

Palabras clave

Fever; pediatrics; information services

Astenia como único síntomas de un cáncer de páncreas metastásico

Montero Carrera J

Médico de Familia. UGC Aracena-AGS Norte de Huelva. Huelva

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de consulta

Astenia.

Historia clínica

Varón de 80 años con los antecedentes de asma bronquial, hipertrofia benigna prostática e hipertensión arterial. Vida activa e independiente. Convive con su mujer. Acude a consulta por cansancio fácil en último mes y coincidiendo con la primavera. Refiere que se encuentra muy cansado y que le supone un trabajo cualquier actividad de la vida diaria. Niega en ese momento clínica por aparatos, alteración del hábito intestinal, focalidad dolorosa o disnea. Analítica reciente (6 meses) con parámetros hematológicos y bioquímicos normales, incluyendo una determinación de TSH.

Se realiza una exploración por aparatos sin evidenciar alteración relevante. Se le aconseja continuar con su vida activa y nueva valoración en 2-3 semanas de persistir la clínica o si evidencia algún signo de alarma. A los 14 días aparece nuevamente en consulta. Comienza a explicarme, que efectivamente ha comenzado a perder apetito y que en este último mes ha perdido peso, aunque no es capaz de cuantificarlo.

Se reinterroga nuevamente por aparatos negando clínica alguna. La exploración sigue siendo anodina aunque también nos impresiona que ha perdido peso. Constantes normales. Se pesa en consulta. Aporta hemograma de un laboratorio privado en el que se evidencia anemia normocítica de 11,2 g\dl.

Se le indica realización de pruebas analíticas. Acude a consulta a recogerla. Destaca una anemia normocítica similar a la ya referida, elevación de transaminasas (3 veces su valor), así como de los reactantes de fase aguda (VSG y PCR). Función renal, iones, lípidos y sangra oculta en heces (3 muestras) negativas. Se vuelve a pesar en consulta apreciándose pérdida de 1 kg. Se deriva a medicina interna de forma preferente. Desde allí solicitan nueva analítica, radiología de tórax y TAC toracoabdominal, alcanzando el diagnóstico final de cáncer de cola de páncreas con metástasis pulmonares, hepáticas, mesentéricas y óseas, no siendo candidato a tratamiento curativo e incluyéndose en cuidados paliativos.

Conclusiones

El valor de un síntoma que podría interpretarse como banal y de la reconsulta son fundamentales en la medicina de familia, debiendo motivar siempre un estudio y despistase de patología grave

Palabras clave

Pancreatic neoplasms; asthenia; anorexia

Mareo como expresión de un bloqueo auriculoventricular de tercer grado

Montero Carrera J

Médico de Familia. UGC Aracena-AGS Norte de Huelva. Huelva

Ámbito del caso

Atención primaria y hospitalaria.

Motivos de consulta

Mareos.

Historia clínica

Mujer de 86 años, con los antecedentes de cáncer de mama (aún en revisiones por oncología), obesidad, hipertensión, poliartrosis y diabetes mellitus 2 con buen control metabólico. Acude a consulta por episodios de mareo, que define como inestabilidad, sin rotación de objetos ni cortejo vegetativo y que empeoran con el cambio postural, especialmente desde la sedestación a la bipedestación. Niega acúfenos, hipoacusia, dolor torácico, palpitaciones o síncope. Comenta que lleva 2 años con una clínica similar y que le han mandado varios fármacos sin éxito. No expresa la vivencia del episodio como algo vital. Le ocurre muy a menudo.

Se procede a realizar exploración no encontrándose hallazgos a nivel neurológico ni ORL. A la auscultación cardíaca se evidencian tonos puros y rítmicos a 30-40 latidos que se comprueban posteriormente con pulsioximetría.

Se realiza electrocardiograma evidenciándose en el mismo bloque completo auriculoventricular con ritmo de escape a 35 latidos por minuto. Se procede a su traslado hospitalario durante el cual se inserta marcapasos definitivo a demanda.

A los pocos días, la paciente regresa a nuestra consulta asintomática.

Conclusiones

La necesidad de realizar una exploración adecuada ante síntomas tan frecuentes e inespecíficos como el mareo, que en ocasiones, entraña patologías de entidad.

Palabras clave

Dizziness; atrioventricular block; pacemaker, artificial

Iniciativas de salud

Grande-Caballero Martín E

Título del proyecto o iniciativa

#larisaessalud

Persona responsable del proyecto o de contacto

Elena Grande-Caballero Martín

Breve resumen del proyecto (*) (máximo 250 palabras)

¿Cuántas veces al día te ríes?

¿Haces cosas específicas para reír?

#larisaessalud es un intento por desarrollar en cada persona herramientas que mejoren su bienestar personal.

Ofrecemos la capacitación metodológica necesaria para integrar la risoterapia en nuestro día a día ya que están comprobados los beneficios saludables de la risa, y lo hacemos de manera participativa y creativa. Demostrar que tomarnos la risa en serio es una oportunidad para ser responsables de nuestra salud.

"ser feliz es una decisión personal", y como decía el gran Charles Chaplin "no hay día más perdido que aquel en el que no hemos reído". Cuando se ofrece la risa como alternativa a la soledad, la depresión, la ansiedad, el aburrimiento, descubrimos un mundo de oportunidades para sentirnos mejor y para favorecer nuestra salud colectiva.

Enlaces de interés al proyecto

Reacciones alérgicas en primavera, vigilancia y precaución

Ambrona García E¹, Ruiz Reina A¹, Moreno Obregón F²

¹ Enfermero Residente 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC El Torrejón. Huelva

² Enfermero Residente 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Cartaya. Huelva

Ámbito del caso

Urgencias hospitalarias y extrahospitalarias.

Motivos de consulta

Prurito intenso generalizado y lesiones generalizadas.

Historia clínica

Antecedentes personales: hermano con antecedentes de urticaria por estrés. Fumadora de 20 años de evolución, obesidad. Antecedentes de lesiones en miembros inferiores desde 2013 diagnosticada de necrobiosis lipoidica. No tratamiento habitual.

Anamnesis: paciente que se encuentra con molestias en orofaringe, leve disnea y prurito intenso en zona occipital de cuero cabelludo que tras el paso de las horas se hace generalizado por todo el cuerpo, acompañándose de lesiones eritematosas que confluyen, no fiebre ni otros síntomas. No ha tomado medicamentos recientemente, ni ha comido algo fuera de lo habitual. No refiere exposición a animales.

Exploración: buen estado general. Consciente y orientado. Bien hidratado y perfundido, leve palidez cutánea, sudorosa y nerviosismo. Eupneica en reposo. Corazón: rítmica a 112lpm, sin soplos. Pulmón: BMV sin hallazgos patológicos. Abdomen: blando, depresible, ruidos hidroaéreos conservados, no masas ni megalias, leve molestias a la palpación en hipogastrio. Piel: lesiones por toda la superficie corporal de lesiones eritematosas maculopapulosa, con halo central más claro, que confluyen haciéndose extensas y de tamaño variables de más de 30 cm de diámetro. Distribución predominante en piernas y tórax. Edema generalizado en cara, párpados que impiden a la paciente poder abrirlos, y en miembros superiores e inferiores.

Pruebas complementarias: hemograma 25000 leucocitos de predominio neutrófilos (81%) y 3% de cayados. Bioquímica: glucosa 161, CA 8,7, función renal normal. Colesterol total 89, HDL 29, LDL 48 triglicéridos 64, perfil hepático normal. Ferritina 478, PCR 35. Sistemático de orina: 50 hematíes y 500 leucocitos. Radiografía de abdomen normal y ecografía abdominal: esteatosis hepática moderada.

Juicio clínico: urticaria extensa.

Diagnóstico diferencial: picadura de insectos. Toxicodermias. Mastocitosis cutánea. Dermatitis de contacto. Reacciones medicamentosa.

Tratamiento: se ingresa en el hospital para tratamiento intravenoso corticoideo y control de complicaciones y síntomas.

Evolución: favorable durante el ingreso, disminuyendo los valores analíticos de inflamación, seguir con tratamiento en terapia descendente y citar al paciente para estudio en alergología.

Conclusiones

Realizar una buena anamnesis para descartar patologías de similares síntomas y enfocar al paciente en servicio de urgencias. Caso de paciente patología común de gran extensión para compartir con mis colegas de profesión.

Palabras clave

Urticaria, allergy, angioedema

A veces el control de la TA no es suficiente

Ambrona García E¹, Delgado Vidarte A², González Sánchez H²

¹ Enfermero Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Torrejón. Hospital Infanta Elena. Huelva

² MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Torrejón. Huelva

Ámbito del caso

Urgencias hospitalarias.

Motivos de consulta

Epigastralgia y HTA.

Historia clínica

Antecedentes personales: no RAMS; FRCV: HTA de hace una semana, dislipemia, obesidad. Polipo anal. IQ: meniscopatía, TTO habitual: enalapril/hidroclorotizida.

Anamnesis: paciente derivado por su médico de familia porque hace 2 semanas comienza con cifras de TA elevadas, edemas en MI y molestias digestivas. Inicia tratamiento con enalapril/hct hace una semana. En estudio analítico presenta creatinina de 4.5.

Exploración: BEG, BHYP, coc, normocoloreado, eupneico en reposo. Ta 110/102, SAT O2 97% AC: rítmicos a 70lpm, no se auscultan soplos ni extratonos. AR: eupneico, BMV. Abdomen: blando, depresible, no se palpaban masas ni megalias. Edemas en MMII, sin signos de TVP. Neurológico normal.

Pruebas complementarias: hemograma: HB: 8,2, HTO: 23,8; leucocitos 6500, plaquetas 164000, bioquímica: CR: 8, urea 210 CCR 7ml/min, iones normales. Ferritina 576, IST 21.7, ANA 1/160. Antidna y enas negativos. C-anca y antipr3 negativos. P-anca 1/160. Antimpo 17,7, AC ANTIMBG negativos. Marcadores víricos negativos. Orina con proteinuria 975mg/24h, hematuria moderada. Urocultivo negativo. Ecografía renal normal.

Juicio clínico: glomerulonefritis rápidamente progresiva tipo III, por vasculitis p-anca/antimpo positiva

Diagnóstico diferencial: enfermedad anti-MBB, glomerulonefritis por inmunocomplejos, fracaso renal agudo, lupus eritematoso sistémico, glomerulopatías postinfecciosas, nefropatía IGA

Tratamiento: ingreso en el servicio de nefrología y se instaura corticoide a dosis altas, más plasmaferésis y hemodiálisis.

Evolución: fue torpida, clínicamente estuvo estable durante el ingreso, disminuyendo los edemas pero no analíticamente por lo que al alta requiere hemodiálisis cada 2 días.

Conclusiones

A pesar del conocimiento sobre la importancia del control de la TA, deberíamos promover que se lleve a cabo con más asiduidad, aunque en este caso su control no hubiera evitado la evolución de la enfermedad.

Palabras clave

Glomerulonefritis, p-anca, nephritic syndrome

Riesgo de claudicación familiar en paciente paliativo

Pimentel Quezada Y¹, Cabrera Colmenero I²

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Virgen del Gavellar. Jaén

² Enfermera Familiar y Comunitaria. CS Virgen del Gavellar. Jaén

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de consulta

Agresividad del paciente cuidado.

Historia clínica

Varón de 67 años de edad intervenido de adenocarcinoma de recto T4N2M1 que infiltraba próstata y vesículas seminales con fistula enterovesical asociada, con prostatectomía radical, portador de sonda desde entonces en seguimiento por cuidados paliativos. Dependiente para las actividades de la vida diaria. Con antecedente de maltrato a su cónyuge con orden de alejamiento y separación un año antes de diagnosticar la enfermedad. Tras el diagnóstico regresa al domicilio conyugal por presión de los hijos a la madre, siendo su mujer la cuidadora principal. En última semana episodios de agresividad por deterioro cognitivo-conductual hacia su cuidadora.

Mujer de 65 años, HTA. Ansiedad. Depresión en tratamiento. Ama de casa. Signos visibles de cansancio del rol de cuidador (llanto fácil, se queja constantemente de que no tiene ayuda, aspecto descuidado, palpitaciones, insomnio...) 7 hijos fuera del núcleo familiar que sólo participan esporádicamente en los cuidados del padre. Tienen contratada una trabajadora en domicilio por 8 horas al día, principal apoyo emocional de su hermana a la que está muy unida, poca actividad social y lúdica.

Conclusiones

El enfermo tiene el tratamiento médico y de cuidados de enfermería adecuados, el problema que se nos plantea con este caso es el déficit de apoyo social para la cuidadora lo que la lleva a un agotamiento físico y emocional. Se deriva la paciente a la trabajadora social y a enfermera gestora de casos para evaluación y continuar el seguimiento por nuestra parte. Una vez se evidencia la importancia de la valoración y el seguimiento del enfermero y su médico de familia en conjunto.

Palabras clave

Caregiver fatigue. Primary care. Oncologic patient.

Evaluar la eficacia de una intervención educativa sobre el tratamiento con inhaladores en pacientes EPOC desarrollada en atención primaria en una ciudad andaluza

Morcillo Jiménez J, Pimentel Quezada Y, Dueñas Dueñas L

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Virgen del Gavellar. Jaén

Introducción

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es una de las causas más importantes de esta morbimortalidad y tanto la prevalencia como sus consecuencias van en aumento. Las proyecciones indican que en el año 2020 será la quinta causa en años de vida con discapacidad. En artículos académicos de efectividad en el uso de inhaladores en EPOC señalan que entre el 25 y el 85% (50%), desconocen cómo usar los dispositivos y el personal ajeno a la especialidad respiratoria no saben usar la técnica 20-62%.

Objetivos

Evaluar el efecto de la intervención educativa sobre el uso del tratamiento inhalador. Evaluar las habilidades adquiridas por el paciente posteriormente a la intervención educativa.

Diseño

Estudio prospectivo experimental controlado y aleatorizado donde los mismos pacientes serán estudiados al inicio y tras una intervención educativa de programa de adiestramiento del uso de inhaladores en un centro de salud, se realizará a un grupo de intervención educativa (GI), y otro de control (GC) sobre pacientes con diagnóstico de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).

Emplazamiento

Los pacientes seleccionados proceden de la consulta de atención primaria.

Material y métodos

Criterios de inclusión: mayor de 18 años. Pacientes con diagnósticos de EPOC identificados por historia clínica, que utilicen tratamiento crónico de inhaladores. Que no presente discapacidad visual, auditiva o cognitiva. Que acepte participar voluntariamente, firmando consentimiento informado. Para el cálculo del tamaño muestral se tuvo en cuenta que según estudios previos, el uso incorrecto de inhaladores es del 60%, y esperando reducir esta proporción al 35%, para un nivel de significación inferior al 0.05% y una potencia del 80%, se necesitará 48 pacientes para cada grupo. Teniendo en cuenta un 15% de pérdidas, se precisarían 57 pacientes por grupo.

Aplicabilidad

Los pacientes con EPOC precisan conocimientos específicos que incluyen conceptos sobre su enfermedad, así como adquirir destreza para seguir el tratamiento regular y actuar inmediatamente en caso de deterioro. La enseñanza de estos conceptos y habilidades, es lo que se entiende como educación sanitaria de los pacientes y tiene como meta mejorar el cumplimiento terapéutico. Los programas educativos orientados a la deshabituación del tabaco, a la correcta aplicación de las técnicas inhalatorias y al reconocimiento temprano de las exacerbaciones, junto con las campañas, han demostrado que tienen gran impacto en la progresión de la enfermedad. Estas intervenciones son fundamentales y deben situarse en el primer escalón terapéutico en el abordaje de la EPOC.

Aspectos ético-legales:

Se solicitará de todos los participantes, el consentimiento informado por escrito. El tratamiento de los datos de carácter personal de los sujetos que participan en el estudio se ajustará a lo establecido en la ley orgánica de protección de datos de carácter personal, 15/1999 de 13 de diciembre, informando al paciente de sus derechos arco (acceso, rectificación, corrección y oposición). Se asegurará el anonimato de los sujetos y confidencialidad de los datos, los cuales no estarán accesibles a personas ajenas al estudio, para ello se disociarán las muestras de los datos personales sensibles para su adecuada protección durante el análisis de los casos.

Palabras clave

Copd. Addition educational.

Valoración de riesgo tromboembólico según la escala Cha2ds2-Vasc en pacientes con fibrilación auricular

Pimentel Quezada Y¹, Cabrera Colmenero I²

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Virgen del Gavellar. Jaén

² Enfermera Familiar y Comunitaria. CS Virgen del Gavellar. Jaén

Objetivos

Determinar el riesgo de tromboembolismo en pacientes con fibrilación auricular mediante la escala CHA2DS2-VASC, describiendo el porcentaje de pacientes que presenta cada una de las opciones recogidas en dicha escala.

Diseño

Estudio observacional, descriptivo, transversal.

Emplazamiento

Los pacientes seleccionados pertenecen a los servicios de atención primaria y urgencias.

Material y método

En el cual se seleccionaron los pacientes con FA de cualquier tipo y se les aplicó la escala CHA2DS2-VASC (c: insuficiencia cardíaca; h: hipertensión; E: edad 75 años o mayor; D: diabetes; s: ACV previos; V: enfermedad vascular; A: edad entre 65 y 74 años; S: sexo mujer). Se clasificaron a los pacientes con bajo riesgo (0-1), moderado (2), o alto riesgo embólico (>2) según los valores de CHA2DS2-VASC.

Resultados

Se reclutaron 620 pacientes con fibrilación auricular. La edad media 73 ± 11 años, CHA2DS2-VASC medio de $3,2 \pm 1,6$. Presentaron un riesgo tromboembólico bajo 102 (17%), moderado 95 (16%) o alto 497 pacientes (83%). Con criterios clínicos de insuficiencia cardíaca congestiva 110 (18%), hipertensión arterial 409 (68%), edad ≥ 75 años 324 (54%), diabetes mellitus 144 (24%), ACV 61 (10%), edad 65-74 años (13%) y sexo femenino 317 (51%), enfermedad vascular 124 pacientes (20%) de los cuales se incluyen el infarto de miocardio 49 (8%) y la enfermedad arterial periférica 22 (4%).

Conclusiones

La mayoría de los pacientes con FA atendidos en nuestra área presenta un riesgo tromboembólico alto. De entre los FR cardioembólico incluidos en la escala CHADS2-VASC, los más prevalentes fueron la hipertensión arterial, la edad ≥ 75 años y el sexo femenino.

Palabras clave

Atrial fibrillation, cha2ds2-vasc.

¡Otra paciente nueva y con cansancio!

Fons Cañizares S¹, Carmona Pérez J², Benítez Jiménez L²

¹ Médico EBAP. CS Ronda Norte. Málaga

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Ronda Norte. Málaga

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de consulta

Cambio de médico, se ha hecho dependiente.

Historia clínica

Enfoque individual. Antecedentes personales: HTA, artrosis de cadera.

Anamnesis: es una mujer de 77 años, que hasta hace 4 meses era totalmente independiente para todas las actividades de la vida diaria, arreglaba su casa e iba a la de la hija a ayudarla, hacer la comida, limpiar, cuidar nietos. Cansancio, desánimo.

Exploración: disminución marcada de fuerza en ambas cinturas escapulares, y en manos.

Pruebas complementarias: TSH 12.38, T4 0.76, VSG 87,3

Enfoque familiar y comunitario: estudio de la familia y la comunidad. Ayudaba a hija porque esta trabaja en casas por horas y su yerno es un parado de más de 9 años. Ella es viuda desde 2002. Afectada anímicamente por ser ahora una carga al no poder ayudar como antes, y haber pasado a necesitar ayuda. La hija es paciente mía desde hace más de 15 años, me pide ayuda y solicita cambiarla a mi cupo y estudiarla.

Juicio clínico: diagnóstico diferencial, identificación de problemas. Hipotiroidismo. Polimialgia reumática.

Tratamiento, planes de actuación: Eutirox 50 mcg al día. Prednisona 30 mg al día, bajando dosis de forma progresiva tras conseguir respuesta adecuada y sin síntomas

Evolución: ha estado 4 meses con prednisona 5 mg al día, volviendo a ocupar las funciones en casa de la hija desde la primera semana de tratamiento corticoideo, y ahora por debilidad en manos se ha subido la dosis a 7.5 mg, en espera de respuesta. Las analíticas de hormonas tiroideas se hacen cada 4-6 meses para ajustar dosis.

Conclusiones

): es importante usar protocolos sobre cuadros generales como cansancio y astenia para conseguir resultados adecuados en atención primaria. Así aunque el cuadro clínico parecía polimialgia reumática, también se diagnosticó hipotiroidismo.

Palabras clave

Asthenia, hypothyroidism, polymyalgia rheumatica

Doctor, cada vez me cuesta más andar

Fons Cañizares S¹, Carmona Pérez J², Benítez Jiménez L²

¹ Médico EBAP. CS Ronda Norte. Málaga

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Ronda Norte. Málaga

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de consulta

Dolor en miembro inferior derecho.

Historia clínica

Mujer de 78 años, viuda desde hace 12 a, con dolor progresivo en miembro inferior derecho con cada vez más impotencia funcional y le condiciona la calidad de vida.

Al explorarla comprobamos que además del dolor crónico de gonartrosis tiene una cadera con muy poca movilidad, casi congelada, con imagen radiográfica de artrosis severa. Acude a traumatólogo y decide no operarse. Quiere quedarse en domicilio mientras pueda, no ir al hospital y avisar a su médico cuando lo necesite.

Enfoque familiar y comunitario: vive en un segundo piso sin ascensor. Tiene dos hijos pero solo la hija vive en su ciudad, a más de 2 km de distancia, pudiéndola visitar una vez al día, por su trabajo, y refiere que su casa es pequeña y no puede ni quiere adaptarla. La hija está sufriendo porque es la cuidadora principal y no quiere aceptar todas las demandas que hace su madre, de más tiempo de acompañamiento. Dice que tiene su casa, su esposo, sus hijas, su trabajo. Ella preferiría que su madre estuviese en una residencia, pero tampoco tiene dinero para pagarla, “tendría que dar todo mi sueldo y su pensión para pagar, contando con que colabore mi hermano”. Valorada por trabajadora social y servicios sociales del ayuntamiento, tiene concedida ayuda a domicilio por ley de dependencia una hora al día.

Juicio clínico. Paciente dependiente por artrosis severa de cadera con crisis familiar y soledad.

Tratamiento. Ayuda en árbol de decisiones: intervención quirúrgica, buscar una cuidadora, ir a una residencia.

Evolución. Nueva derivación para valoración por traumatología y mientras se posiciona en uno u otro camino. Decide no operarse, es acompañada durante 8 meses más hasta que acepta ir a una residencia (en donde está bastante integrada, participativa y sin soledad).

Conclusiones

Acompañaren los momentos en que hay que tomar decisiones importantes, sin emitir juicios de valor, rodeados de otros miembros del equipo como enfermera, trabajadora social es una tarea fundamental del médico de familia así como dar información a preguntas que se plantean y lograr que el paciente y la familia decidan.

Palabras clave

Hip osteoarthritis, home care, crisis interventions

Herida en pie diabético y otitis externa

Fons Cañizares S¹, Carmona Pérez J², Benítez Jiménez L²

¹ Médico EBAP. CS Ronda Norte. Málaga

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Ronda Norte. Málaga

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de consulta

Herida en pie y otitis externa.

Historia clínica

Varón de 69 años con diabetes mellitus tipo 2 desde hace 17 años en tratamiento con antidiabéticos orales y hemoglobina glicosilada de 7.8, que acude en una primera visita a enfermería por una herida en 5º dedo de pie izdo. Hecha por el podólogo. A pesar de un seguimiento frecuente de enfermería que me llama varias veces para valoración conjunta, haber pautado antibióticos, derivado a cirugía general, para valorar herida en pie diabético con pulsos débiles, acudir a urgencias de hospital nivel III (ser valorado por cirugía y derivado a cirugía cardiovascular, el paciente es ingresado en hospital nivel I por cirugía cardiovascular y en un ingreso le amputan 5º dedo, en otro, el 4º dedo y después le realizan By-Pass femoro-poplíteo.

En período de curas de heridas quirúrgicas hace otitis externa con dolor y menos audición, pautándole hasta tres antibióticos consecutivos y budesonida nasal, por distintos médicos de atención primaria (residente, médico de familia, médico de urgencias), y no se resuelve hasta que se diagnostica por su médico como otitis micótica.

Enfoque familiar y comunitario: Vive con esposa, y una hija que no trabaja lo ha llevado en varias ocasiones a la consulta privada del cirujano que le agiliza entrar en hospital nivel I. Intervención de By-Pass totalmente privada por no ser recomendada por servicio de cirugía.

Juicio clínico: Isquemia arterial poplíteo, amputación de dedos, otitis externa micótica.

Tratamiento: Cirugía en pie diabético con amputación y By-Pass. Solución de alcohol boricado de preparación en farmacias.

Actualmente camina, y tiene mejor control metabólico tras insulinización. La otalgia desapareció, y se hizo un lavado ótico.

Conclusiones

Es importante trabajar conjuntamente con otros miembros del equipo en el centro de salud, como es la enfermera y hacerlo con honestidad y actitud adecuada hacia el paciente. En este caso, y a pesar de las adversidades que le han acontecido a éste, se muestra satisfecho con la atención y recomendaciones de su enfermera y médico de familia. Conocemos otras puertas de entrada a determinados servicios, que nos siguen planteando conflictos éticos. En este caso fue el entorno del paciente quien cogió esta vía. ¿Qué haríamos nosotros en su lugar con nuestro padre?

Palabras clave

External otitis, diabetes mellitus type 2, amputation

Valoración del riesgo vascular en atención primaria y abordaje multidisciplinar

Mayoral Sánchez J¹, Domínguez Mayoral A², Iborra Okendo M³

¹ Médico de Familia. UGC Cerro del Águila. Sevilla

² FEA Neurología. Hospital Virgen Macarena. Sevilla

³ Médico de Familia. UGC San Pablo. Sevilla

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de consulta

Paciente derivada desde reumatología AMF para iniciar tratamiento hipolemiante.

Historia clínica

Mujer de 54 años sin alergias medicamentosas. No hipertensa. Dislipémica. No diabética. Diagnosticada de fibromialgia, trastorno ansioso-depresivo de larga evolución, migraña y artritis reumatoide de reciente diagnóstico. Niega hábito enólico. Tabaco: 20 paquetes/año. Medicación actual: tryptizol 25 mgr, almogran en crisis migraña, inicia metrotexato.

Exploración física: anodina. Analítica sanguínea: destacar colesterol 250, HDL 54 y LDL 156. Se decide realizar valoración de riesgo vascular y al preguntar por antecedentes familiares de ECV precoz, la paciente refiere casos de ictus en su familia (madre ictus a los 42 años, hermana ictus a los 48 años y prima hermana materna ictus a los 39 años) sin historia conocida de diabetes, hipertensión o hipercolesterolemia. Ante la sospecha de factores genéticos por la agregación familiar, derivamos a neurología y se diagnostica de portadora asintomática de cadasil, una de las causas de ictus de base genética más frecuentes en nuestro medio.

Decidimos iniciar tratamiento con AAS 75 mgr y simvastatina 40 mgr y plan de actuación conjunta con enfermería para control de factores de riesgo cardiovascular y deshabituación tabáquica.

Conclusiones

Este caso refleja la importancia de valorar riesgo en AP, que ha permitido el diagnóstico y el seguimiento compartido de la paciente, así como un estudio retrospectivo de 14 casos de cadasil en los últimos 10 años.

Palabras clave

Factor de riesgo, riesgo vascular, ictus

Verificación de los criterios de calidad en el diagnóstico y seguimiento de la hiperplasia benigna de próstata

Suri González C¹, Calvo Lozano J², Pedregal González M³

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Molino de la Vega. Huelva

² Médico de Familia. Tutor. CS Molino de la Vega. Huelva

³ UD de mfyc. Investigación. Huelva

Introducción

La HBP es el tumor benigno más común en los varones y su incidencia está en relación con la edad. Los factores de riesgo para desarrollar HBP no están bien esclarecidos. Su etiología parece ser multifactorial y es una de las principales enfermedades del aparato urogenital en los hombres por encima de los 40 años; es compleja, progresiva y crónica en gran parte de esta población. El siguiente estudio nos permitirá conocer la calidad del diagnóstico y seguimiento de estos enfermos que en algunos aspectos puedan estar por debajo de los estándares de atención en nuestro centro de salud.

Objetivos

Conocer la calidad del diagnóstico y seguimiento de los pacientes incluidos con HBP.(principal). Determinar la efectividad de la intervención formativa dirigida a los profesionales del centro sobre los criterios establecidos para el diagnóstico y seguimiento de HBP.

Diseño

Observacional descriptivo que en su caso derivará en un estudio antes y después de una intervención sin grupo control.

Emplazamiento

Atención primaria.

Material y métodos

Criterios de inclusión: pacientes varones con diagnóstico de HBP de un centro de salud.

Criterios de exclusión: pacientes con diagnóstico de cáncer de próstata.

Marco muestral: historias clínicas de pacientes varones incluidos en el proceso de HBP/ca de próstata. El tamaño de la muestra necesario, considerando la hipótesis menos favorable de cumplimiento de 50%, para una confianza del 95% y una precisión del 10% es de 96 pacientes. Los datos se obtendrán de las historias clínicas DIRAYA y se registrará en una hoja de vaciado de datos elaborada al efecto.

Método de muestreo: muestreo aleatorio sobre los listados de pacientes incluidos en el proceso HBP. Fuentes y técnicas de obtención de datos

Variables: son los denominados criterios de calidad que se utilizarán para establecer el diagnóstico y el seguimiento de los pacientes y que figuran en el proceso asistencial integrado para la HBP.

Para cada criterio se han establecido las correspondientes excepciones, aclaraciones, indicadores y estándares.

Análisis estadístico: La información se expresará en tablas y gráficos.se utilizarán frecuencias absolutas y relativas. Se verificará los criterios del diagnóstico y del seguimiento del proceso HBP se expresará en porcentaje los datos recogidos de las historias clínicas comparándose con resultados de la literatura encontrada. Se identificarán los principales estándares de calidad que no se cumplen y se expresarán como antes se ha descrito. Se utilizarán intervalos de confianza al 95%. Se compararán porcentajes mediante el test de la chi cuadrado, previa comprobación de las condiciones de aplicación.

Aplicabilidad

El siguiente estudio nos permitirá conocerla calidad del diagnóstico y seguimiento de los pacientes con hiperplasia benigna de próstata.

Aspectos ético-legales:

Se garantiza la protección de la intimidad personal y el tratamiento confidencial de los datos personales a la ley orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal y según la ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Palabras clave

Benign prostatic hyperplasia, quality control,primary health care.

Diagnósticos encubiertos

Irigoyen Martínez C, González Hevilla A, Calderon Frapolli I

¹ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Alameda Perchel. Málaga

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de consulta

Lumbociática.

Historia clínica

Varón de 53 años que acudió a consulta por dolor lumbar esporádico que se irradiaba hacia la rodilla izquierda que había empeorado hasta hacerse continuo en los últimos días.

Exploración física: Lassègue y Bragard negativo, sin hallazgos osteomusculares. Sin embargo, llamó la atención la gran tumefacción sin fovea y dureza de miembros inferiores y superiores y del abdomen, además de cierta disfonía. No se apreciaron adenopatías, la auscultación cardiopulmonar resultó normal, no se evidenciaron trastornos en la coloración de la piel y las mucosas y tampoco hubo edema faríngeo ni se palpó bocio. Pesaba 147kg.

Ante la sospecha de una patología subyacente se repitió la anamnesis. Esta vez el paciente comentó que había ganado unos 20kg en el último mes, sentía gran astenia que le impedía realizar su actividad laboral y personal habitual, presentaba dificultad para tragar y hablar, ronquera y se notaba los miembros y la cara hinchados.

Antecedentes personales: saos severo con CPAP nocturna y un episodio de trombosis venosa profunda hacía 5 años

Antecedentes familiares: hermana con hipotiroidismo autoinmune.

Se solicitó analítica preferente resultando: hemograma y coagulación normal, bioquímica: creatinina 1,1mg/dl, colesterol 238mg/dl, LDL 136mg/dl, triglicéridos 341mg/dl, lactato deshidrogenasa 244u/l, creatinquinasa 486u/l, resto de la bioquímica normal y tirotropina 100microu/ml y tiroxina libre 0,16ng/dl. Además se pidió una radiografía de rodillas que no demostró alteraciones.

Llamamos al paciente explicándole los resultados de las pruebas, que presentaba un hipotiroidismo severo y se le pautó levotiroxina de 100mcg. Fue derivado al servicio de endocrinología y se le mandó analítica de control con anticuerpos anti peroxidasa tiroidea cuyo resultado fue: tirotropina 17,880microui/ml, tiroxina libre 1,01ng/dl y anticuerpos antiperoxidasa 600ui/ml.

A los 5 días acudió a urgencias sin mejoría del cuadro tras la toma de levotiroxina manteniendo la dosis. En la consulta de endocrino se subió dosis hasta 150mcg que mantiene actualmente.

Conclusiones

Con este caso se demuestra que la consulta de medicina de familia es compleja, que una demanda sencilla se puede convertir en una labor de investigación e integración y que es determinante para la detección precoz de patologías.

Palabras clave

Mixedema, hypothyroidism, lumbosciatica

Cólico nefrítico resistente a tratamiento

Blanco Mora A¹, Conesa Pedrosa I², Bellido Moyano C³

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Rute. Córdoba

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Lucena I. Córdoba

³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Lucena II. Córdoba

Ámbito del caso

Atención primaria y hospitalaria.

Motivos de consulta

Varón de 21 años. No alergias medicamentosas conocidas. Sin enfermedades de interés. IQ: amigdalectomizado. No tratamiento habitual. Bebedor esporádico. Acude a consulta de AP por dolor en FRD irradiado a hipogastrio de 3 días de evolución. No STUI asociadas. No náuseas ni vómitos. Afebril.

Historia clínica

Se realiza combur test en consulta con eritrocitos ++ Se pauta tratamiento analgésico. El paciente acude a urgencias una semana más tarde por reagudización del dolor sin control con analgesia oral. Analítica de urgencias: hemograma con serie roja, blanca y plaquetas normales. Bioquímica básica anodino con creatinina en valores normales. RX abdomen: no imágenes compatibles con litiasis. Se administra analgesia IV sin control del dolor por lo que se realiza ecografía abdominal con hidronefrosis grado II/IV por compresión de masa en retroperitoneo. Se ingresa al paciente para control del dolor y estudio.

En planta: Exploración genital: teste derecho con induración en cola de epidídimo. No signos de flogosis. Ecografía testicular parénquima de testículo derecho heterogéneo con hipervascularización sugestivo de neoplasia.

Juicio clínico: neoplasia testicular con metástasis retroperitoneal.

Diagnóstico diferencial: cólico nefrítico. Neoplasia testicular. Epididimitis. Masa en retroperitoneo: metástasis gonadales, linfoma esclerosante, otros tumores metastásicos (carcinoma de células en anillo de sello), tumores de partes blandas inflamatorios, fibrosis retroperitoneal idiopática (enfermedad de Ormond) o fibromatosis mesentérica

Conclusiones

Un cólico nefrítico resistente a tratamiento debe ser estudiado con pruebas complementarias de imagen. Ante el hallazgo casual de una masa en retroperitoneo en un paciente varón joven siempre deberemos pensar en la posibilidad de que se trate de la extensión de un tumor testicular por su presentación como dolor lumbar o simulando un cólico nefrítico. La neoplasia testicular el tumor sólido más frecuente en varones jóvenes. La importancia de una buena exploración física y el conocimiento de la existencia de esta patología para el diagnóstico precoz son fundamentales para el médico de atención primaria, ya que en estadios incipientes existe tratamiento pronóstico favorable.

Palabras clave

Acute renal colic, disease testicular, young

Doctor no recuerdo qué me ha pasado

Parejo Maestre N¹, Benítez Bazán J¹, Padial Baone A²

¹ Médico de Familia. CS Quintanar de la Sierra. Burgos

² DCCU. CS Ribera del Muelle. Cádiz

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de consulta

Paciente que acude a nuestra consulta por amnesia de 5 días de evolución.

Historia clínica

Anamnesis: Mujer de 66 años que acude a nuestra consulta por presentar amnesia de 5 días de evolución. Hace 7 días acudió a nuestra consulta por cefalea que describía como episodios similares de migraña que sufría desde hacía años. 2 días después comienza con desorientación y amnesia de lo ocurrido durante estos 5 días. Nos refiere que hoy su marido y su hijo le han comentado que la encontraban un poco rara durante estos días aunque no le dieron mucha importancia.

Antecedentes personales: HTA en tratamiento con enalapril, DM tipo 2 en tratamiento con metformina. Migraña desde hace años tratada con imigran en las crisis.

Exploración física: BEG, consciente y orientada, buen hidratada y perfundida. Auscultación cardiopulmonar: normal. Abdomen y MMII normales. Exploración neurológica: Glasgow 15. No rigidez de nuca, exantemas ni petequias, no alteraciones del lenguaje ni la comprensión. Pares craneales normales, pupilas isocóricas normorreactivas, campimetría normal. Fuerza, tono y sensibilidad normales. Barré y mingazzini no claudicantes. No disimetrías ni nistagmo.

Enfoque familiar y comunitario: Casada y madre de un hijo con los que convive. Ama de casa.

Tratamiento/planes de actuación: Se decide derivación a urgencias para continuar estudio.

Analítica: hemograma, bioquímica y coagulación normales. Tac craneal urgente: hipodensidad parietooccipital izquierda corticosubcortical sugestiva de ACV subagudo en territorio de arteria cerebral posterior izquierda.

Ingresa en neurología donde realizan RMN confirmándose diagnóstico de ictus isquémico subagudo en territorio de ACP izquierda. Al alta a los 7 días añaden a su tratamiento habitual AAS 300mg y revisión por neurología.

Juicio clínico: ictus isquémico subagudo en territorio de ACP izquierda.

Diagnóstico diferencial: crisis comicial, epilepsia.

Evolución: No ha vuelto a presentar nuevos episodios.

Conclusiones

En ocasiones los ictus se presentan con clínica atípica ante la que debemos estar alerta para realizar un diagnóstico correcto del cuadro.

Llevo 6 horas que me cuesta respirar

Benítez Bazán J¹, Parejo Maestre N¹, Ortiz M²

¹ Médico de Familia. CS Quintanar de la Sierra. Burgos

² Médico Intensivista. Hospital Universitario de Burgos. Burgos

Ámbito del caso

Atención primaria y hospital.

Motivos de consulta

Paciente con disnea de 6 horas de evolución.

Historia clínica

Antecedentes personales: no RAM, 75 años, alcoholismo, fumador, EPOC, hiperlipemia, gastritis crónica superficial por H. Pylori, hernia de hiato, 2006 hemorragia digestiva alta por ulcus duodenal, hipertrofia benigna de próstata.

Anamnesis: varón, 75 años, acude a urgencias (atención primaria) por dificultad respiratoria de 6 horas, tos escasa, expectoración blanquecina. No dolor torácico, no síntomas acompañantes.

Exploración general: MEG, muy taquipneico (>30), respiración accesoria, mal perfundido, palidez mucocutánea, ACR: arritmico, frecuencia elevada. Algunos roncus, sibilantes generalizados, disminución generalizada del murmullo., crepitantes finos en bases. Abdomen globoso, livideces. Miembros inferiores, edemas con foveas. Constantes: TA 153/107, Sat O2 83% (con VK6)
Electrocardiograma: FA con rvr (150),

Enfoque familiar y comunitario, vive solo, sin antecedentes familiares de interés.

Juicio clínico: broncoespasmo, fibrilación auricular con RVR

Diagnósticos diferenciales; Infección respiratoria, reagudización de EPOC, broncoespasmo, taquiarritmia supraventricular, insuficiencia cardiaca descompensada, edema agudo de pulmón, sepsis, enfermedad cardioisquémica.

Tratamiento, planes de actuación: Primer equipo de guardia, atrovent, ventolin, 80 mg de urbason. Segundo equipo, tras exploración, vía periférica, ECG, nebulización con atrovent, digoxina iv, se avisa a 112 que envía helicóptero. Estos presentan dudas de traslado por mejoría clínica, prolongando 30 minutos estancia en centro. Al no responder la fa, verapamilo 5 mg iv, por empeoramiento VMNI y traslado en helicóptero. En hospital, abdomen distendido, livideces y defensa de este (no se realizó palpación abdominal equipos anteriores). Furosemida, urbasón 40 mg, nebulización con atrovent 500mcg, trangorex 150 mg al persistir FA a 150. Laparoscopia descartó posteriormente abdomen agudo.

Evolución: Se ingresa en UCI por mala evolución y shock cardiogénico, posterior ulcera duodenal sangrante que se esclerosa. Dejo de sangrar, mejoría progresiva de parámetros analíticos (hepáticos, renales, coagulación). Dado de alta de UCI.

Conclusiones

Ante situaciones graves del paciente podemos no realizar anamnesis, exploración adecuada (se hubiera evidenciado posibilidad de FA. La no exploración de abdomen en los 3 primeros facultativos hizo pasar inadvertida posible situación grave del paciente. Perdemos tiempo en ocasiones por la espera de tomas de decisiones en los equipos de emergencias, se evidenciaba gravedad.

Mujer de 82 años con ptosis parpebral y parálisis ocular

Espejo Pérez I¹, Adnani Gulab N¹, Amrani Raissouni Y²

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Otero y Hospital Universitario de Ceuta. Ceuta

² FEA Neurología. Hospital Universitario de Ceuta. Ceuta

Ámbito del caso

Servicios urgencias, atención especializada y atención primaria.

Motivos de consulta

Paciente de 82 años que acude a urgencias por ptosis parpebral izquierda y parálisis total de ojo izquierdo de una semana de evolución.

Historia clínica

Antecedentes personales: no alergias medicamentosas, HTA, dislipemia, quiste cuero cabelludo, cirugía cataratas ojo derecho. En tratamiento con candesartán, omeprazol, simvastatina, oftacilox y tobrex.

Anamnesis: mujer de 82 años con ptosis parpebral izquierda y parálisis total ojo izquierdo.

Exploración: neurológica: soplo binocular. Midriasis media arreactiva, parálisis de tercer, cuarto y sexto pares craneales y ptosis parpebral ojo izquierdo. No pérdida de fuerza ni sensibilidad. Signos meníngeos negativos. Signos cerebelosos negativos. Auscultación cardiopulmonar: rítmico sin soplos. Murmullo vesicular conservado sin ruidos patológicos. Resto sin hallazgos.

Pruebas complementarias: TAC craneal con contraste: estructuras vasculares de ambas órbitas fundamentalmente a nivel derecho muy prominentes y tortuosas. RMN cerebral: múltiples lesiones pequeñas de aspecto algodinoso en sustancia blanca periventricular. Angiografía cerebral: trombosis bilateral de senos cavernosos y fístula carótido-cavernosa.

Enfoque familiar y comunitario: estudio de la familia y de la comunidad: Red social con apoyo emocional por parte de sus hijos y de los profesionales sanitarios. Esta situación entorno a la paciente facilitó una buena actitud ante su patología. Se plantearon diversos diagnósticos diferenciales: fístula carótido-cavernosa, trombosis seno cavernoso, tumor intraocular, pseudotumor inflamatorio, celulitis orbitaria.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: Tras valorar la clínica y pruebas complementarias nos planteamos como hipótesis diagnóstica fístula carótido-cavernosa bilateral con trombosis bilateral de ambos senos cavernosos.

Tratamiento, planes de actuación: Tratamiento corticoideo intravenoso y evacuación urgente a neurocirugía de un hospital.

Evolución: Nuestra paciente ha sido intervenida por neurocirugía, se encuentra estable en el momento actual y en seguimiento por atención primaria y especializada.

Conclusiones

La aplicabilidad en este caso para medicina de familia se basa en la importancia de una buena intervención familiar para que la paciente sea capaz de transmitir cuando presente problemas visuales u otra sintomatología que pueda empeorar su estado actual. Nuestra paciente no entiende nuestro idioma, así que realizamos una intervención familiar para explicarles la importancia de las revisiones con neurología, oftalmología y primaria. La importancia de la comunicación es fundamental en este caso para transmitir a la familia la necesidad de una red de apoyo familiar y revisiones para ir evaluando su situación.

Fundación

SAMFyC

26 CONGRESO ANDALUZ DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

SAMFyC

Sociedad Andaluza
de Medicina Familiar
y Comunitaria



Médicos de Familia: Garantía de Futuro

28, 29 Y 30 DE SEPTIEMBRE • PALACIO DE CONGRESOS DE CÁDIZ

CÁDIZ2017

