

Medicina de Familia Andalucía

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

Comité Organizador

Presidente

Dr. D. Antonio Fernández Natera

*Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Bahía de Cádiz-La Janda. Cádiz.
Grupo de GdT de SAMFyC de Urgencias.*

Miembros

Dr. D. Javier Abadías Pérez

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Especialista en Medicina del Deporte y la Actividad Física. UGC Dispositivo de Cuidados. Críticos y Urgencias Bahía de Cádiz-La Janda. Cádiz.

Dra. D^a. Laura Carbajo Martín

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Subdirección Médica. Área de Gestión Sanitaria Sur de Sevilla. Miembro del GdT de eSAMFyC y Vocal de Nuevas Tecnologías del Grupo Comunicación y Salud semFYC.

Dr. D. Ángel González Calbo

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

Dr. D. Christian Gutiérrez Ruiz

*Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.
Centro de Salud La Atalaya. Conil de la Frontera. Cádiz.*

Dr. D. Javier López González

*Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.
UGC Centro de Salud Cartaya. Huelva.*

Dra. D^a. María Antonia Luque Barea

*Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.
Directora de Salud del Distrito Sanitario Bahía de Cádiz-La Janda. Cádiz.*

Dr. D. Alfonso Martínez-Esparza Otero

*Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.
UAC Medina Sidonia. Cádiz.*

Dr. D. Juan Manuel Martínez Muñoz

*Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.
UGC Rodríguez Arias. Cádiz.*

Dr. D. Armando Navarro Mora

*Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.
Hospital Universitario de Puerto Real. Cádiz.*

Comité Científico

Presidente

Dr. D. Jasson Abel Saldarreaga Marín

*Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias
Distrito Bahía de Cádiz- La Janda.*

Miembro del GdT de SAMFyC de Urgencias y Tabaquismo.

Miembros

Dra. D^a. Isabel Bermúdez de la Vega

*Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Jefa de Estudios de la Unidad Docente de Atención
Familiar y Comunitaria del DS de Atención Primaria Bahía de Cádiz- La Janda. Cádiz.*

Dra. D^a. Virginia Carrasco Gutiérrez

*Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias del
Distrito Bahía de Cádiz-La Janda. Cádiz.*

Miembro del GdT de SAMFyC de Urgencias.

Dr. D. Gerardo Fernández García

*Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias del
Distrito Bahía de Cádiz-La Janda. Cádiz.*

Miembro del GdT de SAMFyC de Urgencias.

Dra. D^a. Asunción López Mora

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Algeciras-Norte. Cádiz.

Miembro del GdT de semFYC de Respiratorio.

Dr. D. Luis Muñoz Olmo

MIR de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria.

Centro de Salud Ribera del Muelle. Cádiz.

Dr. D. Juan Daniel Ocaña Rodríguez

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Algeciras-Norte. Cádiz.

Miembro del GdT de semFYC de Respiratorio.

Dr. D. Manuel María Ortega Marlasca

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. UGC CS San Telmo. Cádiz.

Profesor adjunto de Medicina Familiar y Comunitaria. AP en la Universidad de Cádiz.

Dr. D. Rafael Perestrello Salas

*Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Adjunto del Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias
Distrito Sanitario Bahía de Cádiz- La Janda. Cádiz.*

Dra. D^a. Ana María Rivas Román

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

Hospital Universitario de Puerto Real. Cádiz.

Dra. D^a. María José Rodríguez González

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

UGC Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias del Distrito Bahía de Cádiz-La Janda. Cádiz.

Comité Científico Provincial

Vocal Provincial Almería

Dr. D. Antonio Toro de Federico

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Puche. Almería.

Vocal Provincial Córdoba

Dra. D^a. María Cruz Linares Ramírez

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Guadiato. Área Sanitaria Norte de Córdoba.

Vocal Provincial Granada

Dr. D. Ignacio Merino de Haro

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sabinillas. Málaga.

Vocal Provincial Huelva

Dr. D. Francisco Mora Moreno

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Molino de la Vega. Huelva.

Vocal Provincial Jaén

Dra. D^a. María de la Villa Juárez Jiménez

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Porcuna. Jaén.

Vocal Provincial Málaga

Dra. D^a. Rebeca Cuenca del Moral

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Albarizas. Málaga.

Vocal Provincial Sevilla

Dra. D^a. M^a Lourdes Pérez y Pérez

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria y Perito Médico. Campo de Gibraltar. Cádiz.

**JUNTA DIRECTIVA DE LA
SOCIEDAD ANDALUZA DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

Presidente

Alejandro Pérez Milena

Vicepresidente

Pilar Terceño Raposo

Vicepresidente

Jesús E. Pardo Álvarez

Vicepresidente

Rocío E. Moreno Moreno

Secretaria

Idoia Jiménez Pulido

Vicepresidente Económico

Francisco José Guerrero García

Vocal de Docencia

Pilar Bohorquez Colombo

Vocal de Investigación

M^a Inmaculada Mesa Gallardo

Vocal provincial de Almería:

Vocal provincial de Cádiz:

Vocal provincial de Córdoba:

Vocal provincial de Huelva:

Vocal provincial de Jaén:

Vocal provincial de Málaga:

Vocal provincial de Granada:

Vocal provincial de Sevilla:

M^a Pilar Delgado Pérez

Antonio Fernández Natera

Juan Manuel Parras Rejano

Jesús E. Pardo Álvarez

Justa Zafra Alcántara

Rocío E. Moreno Moreno

Francisco José Guerrero García

Leonor Marín Pérez

pdelgadomedico@hotmail.com

natera38@gmail.com

juanprj@gmail.com

jpardo.sevilla@gmail.com

justazafra@hotmail.com

roemomo@hotmail.com

franguerrero72@yahoo.com

leonorj104@yahoo.es

**SOCIEDAD ANDALUZA DE MEDICINA
FAMILIAR Y COMUNITARIA**

C/Arriola, 4, bj D – 18001 – Granada (España)

Tel: 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 DITORIAL

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 Villafaña. *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*
Cristobal 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
Victor M. Sánchez Prado. México
Sergio Solmesky. Argentina
José de Ustarán. Argentina

Medicina de Familia. Andalucía

Incluida en el Índice Médico Español
Incluida en Latindex

Título clave: Med fam Andal.

Para Correspondencia

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

Disponible en formato electrónico en la
web de 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
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:
Juan Francisco González Ibáñez
Encarnación Figueredo



MEDICINA DE FAMILIA. ANDALUCÍA

Revista Med fam Andal
Volumen 18, número 2,
suplemento 1, diciembre de 2017

La revista Medicina de Familia Andalucía edita el presente suplemento, tras la celebración del XXVI 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

Fernández Natera A
Presidente Comité Organizador

¡Muchas gracias!, son las mejores palabras que pueden resumir el 26º Congreso de SAMFyC en Cádiz. Habéis logrado que el congreso alcance un gran éxito, con vuestra participación, cerca de 700 inscritos, las comunicaciones enviadas, aproximadamente 900, las propuestas para los diferentes talleres y mesas, más de 90. De nuevo, un año más, se evidencia la excelente salud, ilusión, motivación y compromiso de los médicos de familia de Andalucía en la Atención Primaria, convirtiendo a nuestra sociedad científica, en la referente de la Atención Primaria.

Desde los comités organizador y científico sólo podemos expresar nuestra gratitud a todos los médicos de familia que se han desplazado a nuestra ciudad, a compartir en estos tres días todas sus experiencias, discutir y participar en las novedades presentadas y a unificar criterios de actuación, no sólo desde el punto de vista de la práctica médica, sino también desde el organizativo en vistas a mejorar y situar la atención primaria en el lugar que se merece, haciendo gala del lema de nuestro congreso: “Médicos de familia: garantía de futuro”.

Las 64 actividades organizadas para el congreso, divididas en 9 áreas temáticas han

permitido cubrir todas las parcelas de actuación de nuestra especialidad, facilitando la participación de todos los congresistas. 128 ponentes han intervenido para que el programa científico se desarrollara plenamente, a todos ellos, muchas gracias por haber aceptado estar con todos nosotros y compartir vuestros conocimientos con el resto de compañeros.

Los comités organizador y científico han estado trabajando duramente durante todo el año, para intentar llevar a cabo este congreso, y pensamos que el objetivo que nos planteamos inicialmente se ha cumplido, porque hemos conseguido al menos igualar a las ediciones anteriores, garantizando de este modo el protagonismo de nuestra sociedad científica, SAMFyC, en la atención primaria de Andalucía. El balance, por tanto, lo consideramos positivo, incluso, al final, se nos ha quedado corto, con ganas de más, por ello, esperamos con gran ilusión podernos ver de nuevo en Jaén, y continuar desarrollando lo que mejor sabemos hacer, defender nuestra especialidad como elemento básico en la sostenibilidad de nuestro sistema sanitario, y garantizar a nuestros pacientes una excelente atención sanitaria.

Salud comunitaria y transculturalidad. Los nuevos pacientes

Saldarreaga Marín JA¹, Collazos Sánchez F², Navarro Beltrá M³, Peña Ruiz I⁴, Vázquez Villegas J⁵

¹Médico especialista en Microbiología y Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Bahía de Cádiz. La Janda. Unidad móvil DCCU. Barbate. Cádiz. (Moderador)

²Médico especialista en Psiquiatría. Coordinador del Programa de Psiquiatría Transcultural. Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona. (Ponente)

³Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Doctora en Medicina y Cirugía, Universidad de Valencia. Máster en Enfermedades Parasitarias Tropicales. Investigadora y coordinadora de proyectos sobre enfermedades tropicales desatendidas (Fundación Mundo Sano, España), así como del grupo de Salud Pública e Inmigración de la Unidad de Medicina Tropical Y Parasitología Clínica (Servicio de Enfermedades Infecciosas. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid). Secretaria de la Sociedad Española de Medicina Tropical y Salud Internacional y de la Federation of European Societies for Tropical Medicine and International Health. (Ponente)

⁴Coordinador del equipo de Salud Entre Culturas. Unidad de Referencia Nacional para Enfermedades Tropicales. Servicio de Enfermedades Infecciosas. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid

⁵Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Adscrito a la Unidad de Medicina Tropical del Hospital y Distrito Poniente. Almería. Director de la UGC La Mojonera. Almería

Organizamos una mesa especializada sobre un tema vigente y con gran repercusión social, cultural y sanitaria como es la salud en relación con el colectivo inmigrante.

Mesa científica de tipo expositivo, especializada y actualizada en los distintos apartados en los que está estructurada.

Tras la presentación de los ponentes se desarrollan los temas de forma individual por cada componente de la mesa, basados en sus experiencias profesionales:

- Aproximación a la situación de la población inmigrante en relación a temas de salud desde el abordaje de la Medicina Familiar y Comunitaria.
- Conocimiento de la enfermedad de Chagas en colectivos inmigrantes susceptibles en España.
- Descripción de proyectos de concienciación y diagnóstico de la enfermedad de Chagas en población inmigrante en la Comunidad de Madrid.
- Abordaje y gestión de la diversidad cultural (mediadores, intérpretes, diferencias culturales) para su enfoque en Atención Primaria.
- Descripción de problemas de la esfera psíquica en población inmigrante desde una perspectiva transcultural.

- Experiencias en patología de la población inmigrante en una zona de Almería desde Atención Primaria.

La mesa se desarrolla en sala sustentada fundamentalmente en la presentación de experiencias de los ponentes en el contexto del tema a tratar. Se apoya con material e iconografía que se expone en presentación audiovisual.

Al final de las exposiciones se da paso a un turno de ruegos y preguntas, abriéndose la posibilidad en sala de un debate participativo e interactivo, invitando a todos los asistentes a que realicen las aportaciones que estimen oportunas para el enriquecimiento del tema a tratar, basadas en sus experiencias personales y profesionales, de forma totalmente voluntaria y preservando el anonimato de las personas referidas que no estén en sala.

Se debaten y comparten experiencias de los aspectos tratados para su futura aplicación en el ámbito de la Atención Primaria y su vinculación con la comunidad, concretamente la población inmigrante.

Se permite la libre participación de los asistentes a manifestar sus experiencias y aportación de sugerencias en relación al tema tratado.

Ponencia: Médicos de Familia: Garantía de futuro... también en Urgencias

Caballero Oliver A

Médico de Familia. Servicio de Urgencias. Hospital General Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Si los médicos de familia constituyen una garantía de futuro, cabe preguntarse si esto es también así en el ámbito de las urgencias.

Retroceder en el tiempo y revisar la “mirada al futuro” que entonces se planteó más de un médico de familia nos trae a un presente en el que éste presta actividad asistencial urgente, imparte docencia en urgencias y realiza actividad investigadora en este ámbito de la Medicina.

Y ello constituye una garantía de futuro para los jóvenes médicos de familia que se incorporan ahora al ejercicio profesional.

El Congreso de la Sociedad Andaluza de Medicina de Familia, en 2017, ha escogido como lema “Médicos de Familia: Garantía de futuro” y, en su ambicioso programa científico, ha tenido a bien (¡afortunadamente una vez más!) considerar “Urgencias” entre sus áreas temáticas.

Cabe, pues, preguntarse, enlazando ambas ideas, si los médicos de familia constituyen una garantía de futuro también en el ámbito de las urgencias...

Establecida la pregunta, se puede comenzar a hacer cavilaciones sobre lo que pasará dentro de algunos años en este pantanoso terreno de las Urgencias, donde muchos, “militantes” en unas u otras sociedades científicas, hemos debatido largamente sobre el tema.

Aunque comúnmente admitimos que “la historia se repite”, quizá sea verdad lo que algún intelectual (¡perdón por no recordar su nombre...!) afirmaba: “la historia no se repite; la historia es siempre la misma”.

Con tal premisa, vale la pena retroceder en el tiempo y, “tirando de memoria histórica”, plantear la “mirada al futuro” que más de un

médico de familia hizo hace algo más de veinticinco años, situando a las urgencias en el centro de su devenir profesional.

Acababa el año 1990 y se acercaba el final de la formación como médico especialista en Medicina de Familia. Era entonces la residencia mucho más hospitalocentrista que hoy (¡parece increíble!, ¿verdad?) y la atracción por el hospital coincidió con la oportunidad de quedarse a trabajar en Urgencias del *Hospital Virgen del Rocío*.

De inmediato, a esto se unió la posibilidad (ofertada por la *Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria* de Sevilla) de ejercer como tutor hospitalario de Medicina de Familia, con lo que el nexo de unión familia-urgencias quedaba fortalecido.

A partir de ahí comenzó un desarrollo profesional que definitivamente vinculaban al médico de familia a urgencias: la enseñanza a los residentes, que corría en paralelo con la propia formación continuada; la implicación, también, en la formación de los estudiantes de Medicina y de Enfermería; la investigación, sencilla, “de a pie”, trasladada pronto a comunicaciones a congresos y publicaciones en revistas; la posterior participación en la organización de diferentes congresos (especial en este ámbito fue la puesta en marcha del *Congreso SAMFYC 1998*, en la que montamos una mesa sobre “El médico de familia en los distintos niveles de la atención urgente”); la realización de la tesis doctoral, con su correspondiente publicación en *Medicina Clínica*; las invitaciones como ponente a congresos diversos para hablar siempre de temas relacionados con urgencias; la inclusión en el *Grupo de Urgencias y RCP de la SAMFYC* y, más tarde, la puesta en funcionamiento del correspondiente *Grupo de Urgencias y Atención Continuada de la semFYC*; la

formación como instructor de soporte vital y la dedicación muy importante a su enseñanza, dentro y fuera del ámbito sanitario (con la especial creación de un muy activo programa de enseñanza de soporte vital en atención primaria -el *Programa ESVAP de la semFYC*-); la vinculación con el *Consejo Español de RCP*, hasta tener el privilegio (empujado por la propia semFYC) de ostentar su presidencia y participar en la *Conferencia ILCOR 2010*, en Dallas; la participación activa en el *European Resuscitation Council (ERC)*, con la autoría de las Guías de RCP de los años 2010 y 2015; la implicación en las redes sociales (blogs, twitter,...), etc.

En resumen, todo lo que, muchos años atrás, la mirada al futuro de un médico de familia fue construyendo y es, hoy, una realidad en

Urgencias para muchos médicos de familia. Esta realidad constituye una garantía de futuro para los jóvenes médicos de familia que se incorporan ahora al ejercicio profesional de su especialidad en el ámbito de las Urgencias.

Bibliografía:

1. Caballero A. El médico de familia en los distintos niveles de la atención urgente. Sociedad Andaluza de Medicina de Familia. Sevilla. 1998.
2. Caballero Oliver A. Medicina de familia y medicina de urgencias. *Aten Primaria* 2001; 27: 58-61.
3. Caballero Oliver A. Medicina de familia y medicina de urgencias: seguimos juntos. *Aten Primaria* 2006; 38: 247-249.

Enfermedades emergentes por garrapatas, Ya están aquí

Saldarreaga Marín JA¹, Otero Revuelta JA², Fernández Soto P³, Navarro Beltrá M⁴

¹Médico especialista en Microbiología y Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad móvil DCCU. Barbate. Cádiz. DS Bahía de Cádiz-La Janda. Cádiz. (Ponente)

²Médico especialista en Medicina Interna. Doctor en Medicina y Cirugía. Universidad de Navarra. AGS de Enfermedades Infecciosas. Hospital San Pedro. LA Rioja. Director del laboratorio de patógenos especiales y de la Unidad de Investigación en VIH. Centro de Investigación Biomédica de La Rioja (CIBIR). (Ponente)

³Área de Parasitología. Facultad de Farmacia. Grupo de Inmunología Parasitaria y Molecular. Licenciado en Bioquímica y Doctor en Ciencias Biológicas con especialidad en Medicina Molecular. Universidad de Salamanca. Centro de Investigación de Enfermedades Tropicales. Universidad de Salamanca (CIETUS). Unidad de Investigación de Enfermedades Infecciosas y Tropicales (e-INTRO). Vicepresidente de la Sociedad Española de Medicina Tropical y Salud Internacional. SEMTSI. (Ponente)

⁴Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Doctora en Medicina y Cirugía, Universidad de Valencia. Máster en Enfermedades Parasitarias Tropicales. Investigadora y coordinadora de proyectos sobre enfermedades tropicales desatendidas (Fundación Mundo Sano, España), así como del grupo de Salud Pública e Inmigración de la Unidad de Medicina Tropical Y Parasitología Clínica (Servicio de Enfermedades Infecciosas. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid). Secretaria de la Sociedad Española de Medicina Tropical y Salud Internacional y de la Federation of European Societies for Tropical Medicine and International Health. (Moderadora)

Organizamos una mesa especializada sobre las enfermedades transmitidas por garrapatas (ETG), tema que se ha hecho especialmente vigente desde la notificación de un caso de fiebre hemorrágica Crimea-Congo ocurrido en España con desenlace fatal en 2016.

La mesa se justifica por la existencia del incremento en la notificación de las ETG, con gran repercusión científica y social, debido principalmente a cambios climáticos y ecológicos, al desplazamiento de animales y vectores, así como al actual estilo de vida en el que se produce un mayor contacto con la naturaleza, por razones de ocio o de vivienda.

Mesa científica de tipo expositivo, especializada y actualizada en los distintos apartados en los que está estructurada.

Tras la presentación de los ponentes se desarrollan los temas de forma individual por cada componente de la mesa, basados en sus experiencias profesionales:

- Descripción parasitológica de las garrapatas. Generalidades.
- Implicación parasitológica de las garrapatas como transmisores de patologías.
- Experiencia en España: Evolución histórica de las ETG.
- Interés clínico de las garrapatas como potenciales vectores de enfermedades.
- Actualidad y realidad de las ETG en España.
- Las ETG en Cádiz. A propósito de la enfermedad de Lyme. Visión de la comunidad.

- Estudios de campo en la comarca gaditana de La Janda. Colaboraciones: Consejería de Medio Ambiente y Ordenación del Territorio de Andalucía, INFOCA, Agencia de Medio Ambiente y Agua, Asociación de Amigos del Corzo y Facultad de Veterinaria de Lugo.
- Presentación del protocolo médico de actuación ante picadura de una garrapata. Distrito Sanitario Bahía de Cádiz-La Janda. Cádiz. Servicio Andaluz de Salud.

La mesa se desarrolla en sala sustentada fundamentalmente en la presentación de experiencias de los ponentes en el contexto del tema a tratar. Se apoya con material e iconografía que se expone en presentación audiovisual.

Al final de las exposiciones se da paso a un turno de ruegos y preguntas, abriéndose la posibilidad en sala de un debate participativo e interactivo, invitando a todos los asistentes a que realicen las aportaciones que estimen oportunas para el enriquecimiento del tema a tratar, basadas en sus experiencias personales y profesionales, de forma totalmente voluntaria y preservando el anonimato de las personas referidas que no estén en sala.

Se debaten y comparten experiencias de los aspectos tratados para su futura aplicación en el ámbito de la Atención Primaria y su vinculación con la comunidad.

Se permite la libre participación de los asistentes a manifestar sus experiencias y aportación de sugerencias en relación al tema tratado.

Ponencia: Espectro de las enfermedades transmitidas por garrapatas en España

Oteo Revuelta JA

Jefe del Departamento de Enfermedades Infecciosas Hospital Universitario San Pedro. Director del Laboratorio de Patógenos Especiales Centro de Rickettsiosis y Enfermedades Transmitidas por Artrópodos Vectores. Centro de Investigación Biomédica de La Rioja (Logroño – La Rioja).

Las garrapatas duras (Ixodidae) son los artrópodos vectores de enfermedades infecciosas más importantes en Europa y las segundas en el mundo tras los mosquitos. En los últimos años, gracias a la observación clínica y sobre todo a la incorporación de nuevas herramientas en el diagnóstico microbiológico, el espectro de las enfermedades transmitidas por garrapatas (ETG) se ha incrementado, y el diagnóstico de las ETG es cada vez más frecuente. En España circulan 31 especies de garrapatas duras, y aunque el hombre no es su huésped preferido, garrapatas como el *Ixodes ricinus*, transmisora en nuestro medio de la enfermedad de Lyme, anaplasmosis humana, *Rickettsia monacensis*, *C. Neoehrlichia mikurensis*, babesiosis, *Borrelia miyamotoi*, y posiblemente del virus TBE, pican frecuentemente a personas en la mitad norte de España y puntualmente en otras zonas de la geografía de la Península Ibérica. Otra garrapata, la denominada “garrapata marrón del perro” (*Rhipicephalus sanguineus*), es vector de *Rickettsia conorii*, agente causal de la fiebre botonosa o exantemática mediterránea. Otras garrapatas del complejo *Rh. sanguineus*, como *Rhipicephalus bursa*, *Rhipicephalus turanicus*, *Rhipicephalus pusillus*, ampliamente distribuidas por la Península Ibérica, transmiten *Rickettsia sibirica mongolitimonae*, y *Rickettsia massiliae* provocando cuadros clínicos superponibles a la fiebre botonosa, en algún caso asociados a linfangitis. *Dermacentor marginatus*, y con menos frecuencia *Dermacentor reticulatus*, son garrapatas que pican a lo largo de toda la geografía española, y a diferencia de las otras especies de garrapatas, que pican durante los meses templados y cálidos del año, lo hacen fundamentalmente en los meses fríos del año. En nuestro medio transmiten *C. Rickettsia rioja*, *Rickettsia slovacica*, y con menos frecuencia *Rickettsia raoultii*, todas ellas

causantes del DEBONEL/SENLAT, y puntualmente casos de tularemia. *Hyalomma marginatum* es vector de *Rickettsia aeschlimannii*, que puede provocar un cuadro similar a la fiebre botonosa. Esta garrapata, es el principal vector del temible virus de la fiebre hemorrágica de Crimea-Congo, que en España se ha asociado, en principio, a la posible picadura de *Hyalomma lusitanicum*.

En los estudios realizados sobre diferentes especies de garrapatas recogidas sobre diferentes animales y/o de vegetación se han encontrado otros microorganismos, como *Rickettsia vinii*, en principio no asociados a ninguna enfermedad en humanos, sobre las que se debe seguir estudiando.

Las garrapatas, duras, no solo provocan enfermedad por la transmisión de microorganismos, también pueden producir enfermedad por otros mecanismos patogénicos al inocular neurotoxinas (parálisis neurotóxica), provocan reacciones alérgicas, incluidos cuadros anafilácticos y se han asociado al desarrollo de alergia cruzada a la carne (Alpha-gal). Finalmente, se puede producir una sobreinfección piógena en el punto de la picadura, y si quedan restos del capítulo de la garrapata en la piel de la persona picada, granulomas de cuerpo extraño.

Se debe tener en cuenta que la mitad de las picaduras de garrapata pueden pasar desapercibidas, por lo que a la hora del diagnóstico de las enfermedades que transmiten se debe tener un alto índice de sospecha. Se debe considerar cada uno de estos cuadros en función del ambiente epidemiológico y las manifestaciones clínicas propias del microorganismo/s que transmiten. Dada la gravedad (potencial letal), que presentan de las ETG no se debe esperar a la

confirmación microbiológica para iniciar un tratamiento adecuado.

En resumen, las picaduras de garrapatas duras son muy frecuentes en España y provocan un variado y creciente espectro de

enfermedades infecciosas, alérgicas y tóxicas. Su carácter grave y potencial letal, hace que se deba tener un alto índice de sospecha. En caso de gravedad no se debe esperar a la confirmación diagnóstica para iniciar un tratamiento empírico.

Ponencia: ¿Qué podemos hacer con las pacientes incontinentes en un centro de salud?

Rodríguez Romero M^{AV}¹, Valdivia Jiménez M², Moreno Macías JD³, Gutiérrez Fernández M¹, Muñoz Bolívar CL⁴

¹Médico de Familia. UGC Ntra. Sra. de Las Nieves. Los Palacios y Villafranca. AGS Sur de Sevilla

²Obstetra y Ginecóloga. UGC Obstetricia y Ginecología HU Valme. AGS Sur de Sevilla

³Médico de Familia. UGC de Urgencias HU Valme. AGS Sur de Sevilla.

⁴MIR de 3er año de MFyC. AGS Sur de Sevilla

La incontinencia urinaria (IU) es la manifestación por parte del paciente de escape de orina. La importancia de este problema sanitario viene dada por su alta prevalencia, ya que afecta a más del 5% de la población y del 10% de las mujeres adultas, por el impacto que tiene en la Calidad de Vida (CdV) de los y las pacientes y por el impacto económico que su asistencia produce. La incontinencia urinaria puede afectar a ambos sexos en todas las edades de la vida, sin embargo su incidencia aumenta con la edad, siendo máxima en la vejez y alta en la mujer postmenopáusica. De hecho, existen entornos culturales e ideas preconcebidas en la población (básicamente en la de más edad) que hacen que las pacientes aún vivan la incontinencia como un problema inevitablemente ligado a la edad, sin solución o con difícil solución y a menudo vergonzante.

En 2003 la organización mundial de la salud proponía para mejorar la adherencia a patologías crónicas o tratamientos de larga duración la implicación de la atención primaria en el manejo de estas patologías.

El Plan de Atención Integral a la Incontinencia de Orina se inicia con contacto y comunicación entre especialistas de Suelo Pélvico, Urología Funcional y Atención Primaria del AGS Sur de Sevilla. En las sucesivas reuniones se presente el proyecto, se designan referentes en los Centros de Salud y se elabora en equipo un protocolo y circuitos de comunicación. ES UN PROYECTO DE PROFESIONALES PARA PROFESIONALES.

Las diferencias en metodología de trabajo entre el sistema actual y aplicando el Plan de Atención Integral son evidentes, en el primer caso circulan los pacientes y escasamente la formación, información y relación entre profesionales. Con el Plan de Atención Integral la formación, información y relación entre profesionales se potencia, lo que redundará en una mejor asistencia sanitaria. Uno de los propósitos es reorganizar la atención a la incontinencia urinaria con los dispositivos existentes y SIN INCREMENTO DE GASTO O CREACIÓN DE NUEVOS RECURSOS.

Entre los resultados a destacar, después de 4 años, mencionar que se han atendido en AP al 100% de las demandas por este problema, el 15.55% que consultaron por IU no la presentaban y la discriminación se realizó con éxito en AP, EL 80% de los diarios miccionales fueron útiles para el diagnóstico, el 100% de los cuestionarios de calidad de vida se formalizaron correctamente, solo el 6.57% de las pacientes fueron derivadas a Atención Hospitalaria de las que el 80% precisaron intervención quirúrgica y el 20% segunda línea de intervención de su IU.

Podemos concluir diciendo que la comunicación y colaboración entre especialistas de Atención Primaria y Hospitalaria puede y debe ser el estándar de trabajo. LOS NIVELES DE ATENCIÓN NO PUEDEN SER COMPARTIMENTOS ESTANCOS.

Ponencia: H. pylori, novedades en los últimos tiempos. Resistencias antimicrobianas

Ricote Belinchon M

Médico de Familia. Coordinadora del GT de Digestivo de SEMERGEN. CS Mar Baltico. DEA SERMAS Madrid

La infección por *Helicobacter pylori* afecta a alrededor del 50% de la población mundial. Y esta directamente implicada en el desarrollo de enfermedades digestivas como la gastritis crónica, la úlcera péptica, el cáncer gástrico y el linfoma MALT.

Desde hace unos años, el incremento progresivo de las resistencias bacterianas en general y del *Helicobacter pylori* a la claritromicina, ha hecho fracasar la triple terapia que utilizábamos ahora para su tratamiento.

Es importante reconocer la infección por *Helicobacter pylori*, como una enfermedad infecciosa con un objetivo de erradicación tiene que ser como mínimo del 90%.

La eficacia del tratamiento erradicador para el *Helicobacter pylori* depende de una serie de factores como las resistencias bacterianas (sobre todo a claritromicina y/o a metronidazol), el cumplimiento terapéutico, el tipo de lesión gástrica, características de propias del *Helicobacter pylori* y la duración del tratamiento erradicador entre otros.

La resistencia bacteriana antibiótica es el principal factor para predecir el fracaso de un tratamiento erradicador. Por ello cuando nos planteamos un tratamiento erradicador de *Hp* debemos tener en cuenta las tasas locales e individuales de resistencia antimicrobiana, para lograr el mayor porcentaje de éxitos.

Además, hemos de intentar erradicar en el primer intento, pues hay estudios que demuestran que los tratamientos repetidos lo que consiguen es un aumento de la resistencia a los antibióticos utilizados y una menor tasa de erradicación.

En España las resistencias bacterianas se están incrementando de forma continuada sobre todo para los antibióticos de las primeras líneas de tratamiento del *Helicobacter pylori*, como la claritromicina. En Europa la resistencia a la claritromicina es alta, sobre todo en los países del sur de Europa donde las tasas de resistencia llegan al 20%. Además la tendencia de estas resistencias es al aumento, sobretodo en niños por el gran consumo de macrólidos para las infecciones respiratorias, que van del 12,4% al 23,5%.

También están aumentando las tasas de resistencia del *Helicobacter pylori* a las quinolonas, se cree asociado al alto consumo de este fármaco. Mientras que las tasas de resistencia a la amoxicilina del *Helicobacter pylori* están en torno al 1% y a la tetraciclina están en el 0,7%.

Estas resistencias afectan a la erradicación, así se han descrito tasas de erradicación del 18% cuando son resistentes a la claritromicina, frente al 88% en los sensibles a claritromicina. En el caso de resistencias a metronidazol, también disminuye la tasa de erradicación de *Helicobacter pylori*, pero en torno a un 25%. Pero cuando tenemos cepas con resistencia a ambos antibióticos, el fallo en la erradicación puede llegar casi al 100%.

Se ha encontrado una asociación significativa entre el uso de quinolonas en pacientes ambulatorios y la proporción de resistencia a levofloxacina ($p = 0,0013$) y entre el uso de macrólidos de acción prolongada y resistencia a la claritromicina ($p = 0,036$).

Por esto cuando nos planteamos un tratamiento erradicador nos debemos de plantear el consumo de antibióticos ambulatorios, pues es esencial para predecir la susceptibilidad del

Helicobacter pylori a quinolonas y macrolidos y adaptar las estrategias de tratamiento. También es importante que el paciente realice bien el tratamiento completo, pues la erradicación también depende del cumplimiento terapéutico, habiendo estudios donde se demuestra que para lograr una efectividad óptima del tratamiento erradicador, el paciente debe de tomarse al menos el 90% de las pastillas prescritas (24).

La OMS (32) ha publicado la primera lista de «patógenos prioritarios» resistentes a los antibióticos por la amenaza que suponen. Entre ellos ha incluido *Helicobacter pylori* resistente a claritromicina.

Bibliografía

1. Gisbert JP et al. IV Conferencia Española de Consenso sobre el tratamiento de la infección por *Helicobacter pylori*. Gastroenterol Hepatol. 2016;39(10):697-721
2. Megraud F. H. pylori resistance: prevalence, importance, and advances in testing. Gut 2004; 53: 1374-84.
3. Garza-González E, Gasi-González E, Matínez-Vázquez MA, et al. Erradicación de H. pylori y su relación con la resistencia a los antibióticos y el estatus de CYP2C19. Rev Esp Enferm Dig 2007; 99: 71-5.
4. Megraud F, Coenen S, Versporten A et al. *Helicobacter pylori* resistance to antibiotics in Europe and its relationship to antibiotic consumption. Gut 2013; 62: 34-42.
5. Malfertheiner P, Peitz U, Treiber G. What constitutes failure for Helicobacter pylori eradication therapy? Can J Gastroenterol 2003; 17 (Supl. B): 53B-57B.
6. OMS: Lista OMS de patógenos prioritarios para la I+D de nuevos antibióticos Ginebra 27-febrero 2017. En:<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2017/bacteria-antibiotics-needed/es/>

Ponencia: ¿Que nos ofrecen los últimos tratamientos para la infección por *Helicobacter pylori*?

Gómez-Rodríguez BJ

Facultativo Especialista en Aparato Digestivo. Unidad de Gestión Clínica de Aparato Digestivo. HU Virgen Macarena. Sevilla

En la eficacia del tratamiento erradicador influyen múltiples factores como son los fármacos utilizados, la dosis empleada, los intervalos de administración y la duración del tratamiento. Igualmente, las pautas empleadas están influenciadas por las preocupaciones respecto a la seguridad, la tolerancia y el cumplimiento.

El descenso de la eficacia de las terapias basadas en claritromicina se relaciona fundamentalmente con el incremento en la tasa de resistencias de *H. pylori* a dicho antibiótico. Así pues, si las tasas locales de resistencia de *H. pylori* a claritromicina son bajas (<15-20%) se podría mantener la recomendación de pautas empíricas que incluyan claritromicina, mientras que en regiones con tasas de resistencia a claritromicina > 15-20% la terapia clásica con bismuto podría ser la primera elección o en su defecto, cuando no esté disponible, cuádruples sin bismuto (concomitante o híbrida).

La eficacia de las pauta de rescate tras fracaso de regímenes con claritromicina se ha mantenido de forma homogénea a lo largo de los años a pesar del aumento de la resistencia a levofloxacino descrita. Sin embargo, su eficacia menor al 80% no es aceptable, por lo que debemos adoptar estrategias para optimizar su resultado.

Para mejorar la eficacia de los tratamientos disponibles se han propuesto diferentes estrategias de optimización del tratamiento empírico: el aumento de la duración del tratamiento, la elección y dosis del IBP, la asociación de probióticos al tratamiento erradicador, la adición de bismuto a la pauta erradicadora y mejorar el cumplimiento.

En el estudio multicéntrico español OPTRICON (2015), la triple terapia “optimizada”

(esomeprazol 40 mg, amoxicilina 1000 mg y claritromicina 500 mg cada 12 horas, durante 14 días) mostró sólo una eficacia del 81.3%, pero mostró gran variabilidad geográfica.

Esto indica la importancia de usar nuevos antimicrobianos o combinación de antibióticos más eficaces en las primeras líneas de tratamiento erradicador frente a *H. Pylori*. Debido a las resistencias crecientes de *H.pylori* a claritromicina y levofloxacino son necesarias alternativas terapéuticas eficaces y seguras que no incluyan estos antibióticos.

En un ensayo clínico europeo multicéntrico (2013), que comparaba dos terapias de primera línea: la triple terapia clásica (amoxicilina, claritromicina y omeprazol) y la cuádruple con bismuto (OBMT) mediante omeprazol y las cápsulas tres-en-uno (tetraciclina, metronidazol y bismuto); la eficacia fue del 93% para OBMT y del 68% para triple terapia. En otro estudio en Alemania (2014), como tratamiento de segunda línea en pacientes con fracaso a triple terapia, se ha podido demostrar una respuesta del 95%. El régimen OMBT tiene la ventaja de emplear antibacterianos para los que el desarrollo de resistencias es la excepción. Es un tratamiento seguro, los efectos adversos en este estudio europeo fueron equivalentes al de la triple terapia. Además no se ve afectada por la existencia de resistencias antibióticas.

En un reciente estudio (2017) sobre 56 pacientes en práctica clínica habitual, diez días de tratamiento con OBMT se muestra como una terapia eficaz y segura como primera línea y de rescate tras fracasos erradicadores previos.

Por último, un aspecto muy importante es monitorizar localmente la eficacia de las terapias usadas y las resistencias antibióticas. Esto permitirá aumentar la eficacia y eficiencia erradicadora de los tratamientos.

Abordaje al tabaquismo desde la consulta de Atención Primaria. Abordaje Farmacológico del tabaquismo. URM

Barchilón Cohen V¹, Cifuentes Mimoso N²

¹Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Rodríguez Arias. San Fernando. DS Bahía de Cádiz La Janda. Cádiz

²Especialista en Medicina Familiar y comunitaria. UGC Olivillo. DS Bahía de Cádiz La Janda. Cádiz

El tabaquismo es la principal causa de muerte y discapacidad en el mundo desarrollado, en la actualidad se le atribuye de manera directa o indirecta 6 millones de muertes al año. Según el último informe del PITA, Andalucía tiene la sexta prevalencia más alta de España en cuanto a consumo diario (31%).

Dejar de fumar produce importantes beneficios en salud. Nuestras consultas de Atención Primaria representan una excelente oportunidad para detectar a los fumadores y ayudarles a dejar de fumar, sabemos que en un plazo de 5 años nos visita alguna vez el 90% de nuestra población, y que el 70% de los fumadores desean dejarlo o incluso han hecho algún intento. Como clínicos debemos aplicar los mismos criterios al abordaje al tabaquismo que los aplicados a otras patologías crónicas con recaídas.

Debemos preguntar a nuestros pacientes por su relación con el tabaco. La estrategia básica se conoce como la regla de las 5 Aes: Averiguar, Aconsejar, Apreciar (valoración del fumador), Ayudar (elaborar un programa personalizado de tratamiento conductual y farmacológico) y Acordar (plan de seguimiento).

El consejo sanitario en tabaquismo es una de las actuaciones más costo-eficaces en salud pública. Una de las principales herramientas que tenemos es la entrevista motivacional centrada en el paciente, que busca ayudar a explorar y resolver contradicciones sobre conductas o hábitos insanos, aumentando la conciencia de los pacientes sobre sus riesgos de salud y su capacidad para hacer algo al respecto.

Deberemos conocer: motivación para dejarlo, consumo acumulado de tabaco y grado de dependencia. Distinguimos cinco fases motivacionales: precontemplativo, contemplativo, preparación para la acción, acción y mantenimiento. Las últimas publicaciones lo simplifican en: no quiere dejar de fumar, se lo plantea, y quiere dejar de fumar.

El consumo acumulado de tabaco se calcula por el índice paquetes-año. El grado de dependencia se mide con el test de Fagerström. Datos como coximetría, test motivacionales etc., pueden ayudar, pero no son imprescindibles. El médico de familia dispone de

tratamientos farmacológicos de probada eficacia y costo efectivos para realizar la deshabitación tabáquica, ayudando a superar el síndrome de abstinencia duplicando el éxito de abandono. Debe proponerlos, salvo en grupos con pocas evidencias (embarazadas, adolescentes, bajo consumo) o contraindicaciones.

Disponemos de tratamientos de primera línea:

La Terapia Sustitutiva con Nicotina (TSN): chicles, comprimidos, parches, aerosol bucal.

Bupropión.

Vareniclina.

La TSN consiste en administrar nicotina por una vía distinta a la del consumo del cigarrillo y en cantidad suficiente para disminuir los síntomas del síndrome de abstinencia y no producir dependencia.

El Bupropión, es un antidepresivo que inhibe de forma selectiva la recaptación de dopamina y noradrenalina. Actúa sobre los sistemas de recompensa del encéfalo de forma parecida a la nicotina, controlando el síndrome de abstinencia.

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

Hay ocasiones que se pueden emplear los tratamientos combinados. Estos están indicados en casos de fracaso de la monoterapia, craving intenso, dependencia elevada y múltiples fracasos previos. La elección del fármaco dependerá de diferentes aspectos como: contraindicaciones, efectos adversos, adherencia al tratamiento, preferencias del paciente, experiencias previas.

Recordar que nuestra sociedad científica propone la actividad "Semana Sin Humo" en torno al 31 de mayo, Día Mundial Sin Tabaco de la OMS, con la finalidad de empoderar e incentivar el abordaje al tabaquismo, así como los riesgos para la salud asociados a su uso.

Abordaje de la patología potencialmente embolígena. URM

Muñoz Olmo L¹, Castro García JM²

¹MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Ribera del Muelle. Puerto Real (Cádiz)

²Médico de Familia. Servicio de Urgencias Hospital Universitario de Puerto Real (Cádiz)

Taller basado en la resolución de casos respecto a la trombosis venosa profunda/superficial en miembros inferiores (TVP/TVS) y la fibrilación auricular (FA), haciendo hincapié en la anticoagulación como medida preventiva de la complicación más severa: los fenómenos embólicos.

CASO 1: TVP distal.

Mujer, 75 años. Encamamiento reciente por proceso gripal. Hipertensión arterial y diabetes bien controlada. Varices.

Consulta por tumefacción del MII hasta tercio proximal del muslo, eritematosa, caliente, con fovea, sin adenopatías inguinales. Palpación dolorosa. Destaca edad >60a, encamamiento y varices como factores de riesgo para TVP. Ante la sospecha clínica de TVP es necesario aplicar la escala Wells de probabilidad de riesgo de TVP. Si puntaje ≥ 2 (alta probabilidad) es preciso realizar eco-doppler venoso de miembro inferior. Wells <2 (baja probabilidad) solicitar Dímero D. Alta especificidad para confirmar ausencia de TVP. Tras confirmar TVP, valorar alta domiciliaria (si distal) tras descartar contraindicaciones y síntomas o signos de tromboembolismo pulmonar.

En el resto de casos, es de elección el ingreso hospitalario. Tratamiento de elección (además de las medidas no farmacológicas) en todos los casos es la anticoagulación con heparina de bajo peso molecular (HBPM) en dosis terapéutica al inicio, siguiendo terapia puente hacia antagonistas de la vitamina K. Duración de al menos 3 meses y seguimiento estrecho multidisciplinar (Medicina Interna, Hematología). Se propone desde el inicio el uso de anticoagulantes de acción directa.

CASO 2: TVS

Mujer de 39 años, camarera. IMC= 29. Fumadora >25 cig/día. Anticonceptivos orales. Presenta dolor espontáneo moderado en la cara posterior de la pierna derecha. Cordón venoso superficial de 5 cms longitud en interlínea gemelar MID, doloroso, indurado, hiperémico. TVS distales y de pequeña extensión (TVS de bajo riesgo) se tratan según las medidas generales. Si extensas (>5cms), HBPM o fondaparinux en dosis profiláctica 45 días (se propone rivaroxabán). Si proximales, recurrentes o alto riesgo de TVP: Tratamiento de TVP. No es necesario el uso de antibioterapia sistemáticamente sin signos de infección.

CASO 3: FA. Alto riesgo embolígeno.

Varón, 66 años, diabético tipo 2 e hipertensión arterial ambos bien controlados. Acude a Atención Primaria por presentar palpitaciones de una semana de evolución (lo asocia a situación de duelo). Se constata en el ECG una FA con respuesta ventricular rápida, TA elevada y se remite en ambulancia a nuestra urgencia hospitalaria. Escala CHADS-VASc: valor de 3 (HTA, Diabetes y edad >65 años). Escala HASBLED: valor resultante es 2 (HTA, edad). Estamos ante un paciente con un riesgo elevado embolígeno y debemos anticoagular. Ventajas de optar por anticoagulantes de acción directa.

CASOS 4 y 5: FA. Bajo riesgo embolígeno.

Varón, 30 años, acude al servicio de urgencias de madrugada por presentar palpitaciones de inicio brusco. ECG: FA con respuesta ventricular rápida. En la anamnesis el paciente refiere que ha estado de cena ingiriendo gran cantidad de alcohol. Niega otros tóxicos. Mujer de 64 años sin factores de riesgo cardiovascular. Hipertiroidismo de difícil control. Esta madrugada le ha despertado unas palpitaciones, detectándose una fibrilación

auricular con respuesta ventricular rápida. En ambas situaciones se opta por cardioversión eléctrica, previa administración de HBPM. Se calcula el riesgo embolígeno y hemorrágico, decidiéndose alta sin anticoagulación (CHADS-VASc=0, HASBLED=0).

Bibliografía

Mazzolai L et al. Diagnosis and management of acute deep vein thrombosis: a joint consensus document from the European society of cardiology working groups of aorta and peripheral vascular diseases and pulmonary circulation and right ventricular function. *Eur Heart J* 2017.

Kirchhof P, et al. Guía ESC 2016 sobre el diagnóstico y tratamiento de la fibrilación auricular, desarrollada en colaboración con la EACTS. *Rev Esp Cardiol.* 2017;70(1):50.e1-e84.

Clive Kearon MD, et al. American College of Chest Physicians. Antithrombotic Therapy for VTE Disease. CHEST Guideline and Expert Panel Report. *Chest* 2016, 149(2):315-352.

Salgado C, Estebarán MJ, Florit JA. Patología vascular periférica aguda II: Enfermedad tromboembólica venosa. En: Julián A, compilador. Manual de protocolos y actuación en Urgencias. 4ª Ed. Toledo: Grupo SANED; 2016.

American College of Cardiology Foundation Appropriate Use Criteria Task Force, American College of Radiology, American Institute of Ultrasound in Medicine, et al. ACCF/ACR/AIUM/ASE/IAC/SCAI/SCVS/SIR/SVM/SVS/SVU 2013 appropriate use criteria for peripheral vascular ultrasound and physiological testing. Part II: Testing for venous disease and evaluation of hemodialysis access. *Vasc Med* 2013; 18:215.

Muñoz L. Protocolo de atención al paciente con trombosis venosa profunda, tromboflebitis superficial y tromboembolismo pulmonar. 1º Ed. Cádiz; 2017.

Castro JM, García JC. Manejo Integral de la Fibrilación Auricular en Urgencias. 2ª Edición.

Abordaje de los principales síndromes dolorosos crónicos en Atención Primaria. A propósito de una serie de casos

Muñoz Olmo L¹, Bautista Troncoso J²

¹MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Ribera del Muelle. Puerto Real (Cádiz)

²FEA M. Física y Rehabilitación. UGC Intercentro-Interniveles H. Puerto Real-H. Puerta del Mar. Cádiz

El propósito de nuestro taller es esclarecer la actitud, decisiones a tomar y estrategias terapéuticas a seguir en las principales causas de dolor de tipo locomotor crónico que vemos principalmente en las consultas de Atención Primaria, centrándonos en 3 casos frecuentes de demanda asistencial.

1º CASO: dolor lumbar

Paciente joven con una clínica de lumbalgia mecánica y exploración anodina (salvo obesidad tipo III) en la que la principal actuación debe centrarse en descartar signos de alarma o banderas rojas (como afectación esfinteriana o déficit motor), solicitándose radiografía de columna lumbar a partir de las 4 semanas del inicio de la sintomatología. Se recomienda tratamiento con AINEs y ejercicio físico que el paciente tolere a modo de estiramientos. No debe contemplarse el tratamiento con corticoides de inicio salvo que apreciemos o sospechemos en la exploración una clara afectación radicular.

Tras un tiempo prudencial de unas 6 semanas desde el inicio del cuadro y ante la persistencia de la sintomatología, consideramos la realización de otra prueba complementaria tipo RNM. No se recomienda el uso de corticoides. Iniciamos tratamiento con opioides (pej. tapentadol) como mejor opción, pudiendo acompañarse de anticonvulsivantes (pregabalina) como complemento para la sintomatología neuropática, incidiendo así en la sensibilización central (creada con la persistencia del dolor en el tiempo).

En aquellos pacientes en los que a la exploración objetivemos una clara afectación motora de miembro inferior o esfinteriana, deberían ser remitidos de forma inmediata a urgencias para valoración por Traumatología-Neurocirugía. En aquellos otros en los que

persiste la sintomatología o mal control del dolor sin afectación radicular clara, podríamos optar por el tratamiento intervencionista ecoguiado en la Unidad del Dolor como mejor respuesta.

2º CASO: hombro doloroso

Mujer joven con una profesión que implica esfuerzo para ambos brazos y que presenta omalgia atribuible a sobreesfuerzos de repetición.

Lo fundamental en los casos de omalgia es realizar una buena anamnesis y exploración clínica, centrándonos en el recorrido articular (tanto activo como pasivo) y las maniobras resistidas específicas para cada músculo-tendón en concreto. Esto nos permitirá clasificarlo como tendinopatía-síndrome subacromial, capsulitis adhesiva o rotura tendinosa.

La prueba "gold-estándar" es la ecografía músculo-esquelética, aportando en ocasiones más información que la RNM, por ejemplo en el caso de tendinosis calcificantes o ante el comportamiento de los tendones en las maniobras dinámicas.

Iniciar un adecuado tratamiento desde el inicio con AINEs y ejercicios es imprescindible para evitar la cronicidad de la lesión, debiendo ser remitido el paciente a Unidad de Rehabilitación en caso de persistencia de la sintomatología para valorar técnicas de tratamiento intervencionista ecoguiado y/o fisioterápico.

3º CASO: dolor de rodilla

Al igual que lo referido en el caso anterior, una buena exploración clínica es prioritaria para el despistaje de lesiones de rodilla más allá de una gonartrosis.

En este caso en el que nos centramos es de una mujer de edad avanzada pero con vida física activa. Básicamente realizamos una valoración del recorrido articular y maniobras específicas (Zöhlen, cajones, bostezos, Appley, McMurray) que determinarán nuestra actuación, que puede ir desde las infiltraciones a técnicas intervencionistas específicas como el bloqueo o radiofrecuencia de nervios geniculados.

De nuevo insistir en la necesidad de tener en cuenta el concepto de sensibilización central e individualizar cada tratamiento a cada paciente para ofrecerle la mejor cobertura terapéutica a nuestro y su alcance.

Bibliografía

Guerra de Hoyos JA et al. Dolor crónico no oncológico. PAI. 2ª Ed. 2014.

Qaseem A, Wilt TJ, McLean RM, Forciea MA. Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians. Noninvasive Treatments for Acute, Subacute, and Chronic Low Back Pain: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians. *Ann Intern Med.* 2017 Feb 14. doi: 10.7326/M16-2367.

Enthoven W, Roelofs P, Koes B. NSAIDs for Chronic Low Back Pain. *JAMA.* 2017;317(22):2327-2328

La Atención al Paciente con Dolor Crónico no Oncológico (DCNO) en Atención Primaria (AP). Documento de consenso semFYC, SEMERGEN, SEMG. 2015.

Robaina FJ. Dolor espinal y post-cirugía espinal. En: Vidal J et al. Manual de Medicina del Dolor. Fundamentos, Evaluación y Tratamiento. Madrid: Editorial Panamericana; 2016. p. 343-54.

Fenollosa V. Dolor articular y miofascial. En: Vidal J et al. Manual de Medicina del Dolor. Fundamentos, Evaluación y Tratamiento.

Madrid: Editorial Panamericana; 2016. p. 345-65.

Ribera H. Fármacos coanalgésicos y coadyuvantes. En: Vidal J et al. Manual de Medicina del Dolor. Fundamentos, Evaluación y Tratamiento. Madrid: Editorial Panamericana; 2016. p. 150-55.

Catalá E. Manual de Tratamiento del Dolor. 3ª Ed. Barcelona: Permanyer; 2015.

Rico MJ. Alternativas farmacológicas para el tratamiento del dolor crónico no oncológico. Barcelona: Glosa; 2015.

Ibor PJ et al. Diagnóstico y Tratamiento del Dolor Neuropático Periférico y Localizado. Madrid: Content Ed Net; 2017.

Page M, Green S, Kramer S, Johnston R, McBain B, Chau M, Buchbinder R. Terapia manual y ejercicio para la capsulitis adhesiva (hombro congelado). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014 Issue 8. Art. No.: CD011275.

Buchbinder R, Green S, Youd JM, Johnston RV, Cumpston M. Distensión artrográfica para la capsulitis adhesiva (hombro congelado) (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd.

Jüni P, Hari R, Rutjes A, Fischer R, Silleta M, Reichenbach S, da Costa B. Corticosteroide intraarticular para la osteoartritis de la rodilla. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015 Issue 10. Art. No.: CD005328.

Chan E, Franssen M, Parker D, Assam P, Chua N. Bloqueo nervioso femoral para el dolor posoperatorio agudo tras la cirugía de reemplazo de rodilla. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014 Issue 5. Art. No.: CD009941.

Abordaje del maltrato en urgencias extrahospitalarias

Martín Araujo A¹, Mendoza Corro Ma², Ruiz Muñoz E³

¹Médica SP061. Empresa Pública de Emergencias Sanitarias. Grupo de Trabajo Maltrato EPES. Cádiz

²Enfermera S.P. 061. Empresa Pública de Emergencias Sanitarias. Docente Red Formma. Grupo de Trabajo Maltrato EPES. Cádiz

³Enfermera S.P. 061. Empresa Pública de Emergencias Sanitarias. Psicóloga Clínica. Grupo de Intervención Psicológica en Emergencias. Colegio de Psicólogos GIPEG. Grupo de Trabajo Maltrato EPES. Cádiz

Los docentes de este taller formamos parte del Grupo de trabajo sobre maltrato de la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias de Andalucía. Trabajamos en emergencias extrahospitalarias de manera que somos una puerta de entrada de situaciones de maltrato directas o indirectas. Y lo vemos no solo en las asistencias que hacen los equipos sino en las llamadas al Centro de Coordinación de Urgencias y Emergencias CCUE, las llamadas al 061.

Este taller está basado en el curso “abordaje inicial de situaciones de maltrato desde un equipo de urgencias extrahospitalarias”, que forma parte del Programa de Formación Interna que se imparte a las tres categorías profesionales que forman los equipos de emergencias 061 y cuyo objetivo principal es capacitar al personal de salud de Urgencias y Emergencias en el abordaje sanitario del maltrato contra las mujeres, prestando una atención integral que permita la prevención, detección y atención de las mujeres que se encuentran en esta situación.

Los objetivos específicos de este taller son el tratamiento breve de tres aspectos relevantes en la atención en extrahospitalarias:

1. Repaso inicial sobre el maltrato a mujeres, su definición, tipos de maltrato, factores de mantenimiento, indicadores de sospecha, insistiendo en la actitud de alerta y escucha activa que resultan en un incremento de casos detectados con alto nivel de sospecha. Así mismo es importante la valoración del Riesgo Vital y la valoración de la fase del proceso de cambio.

2. Actualización en algoritmos de atención a la situación de MT adaptados al protocolo Andaluz de atención actuación desde el ámbito de las urgencias ante la violencia de género 2012 /protocolo andaluz para la actuación sanitaria ante la violencia de género 2015.

Estos cambios afectan tanto a las funciones y actuación del CCUE como a la atención desde los equipos de asistencia extrahospitalarias. Se hace hincapié en el registro de casos de maltrato confirmados identificados con las siglas CMT (Confirmación de Maltrato) y de casos sospechosos identificados por ISMT (Índice de Sospecha de Maltrato).

Repasamos las relaciones interinstitucionales implicadas en la Atención Integral al Maltrato y la posibilidad de trasladarles información útil de forma segura. Instituciones como Servicio Andaluz de Salud a través de sus trabajadores sociales, enfermeros o médicos de Atención Primaria, Instituto Andaluz de la Mujer (IAM) o Fiscalía de Género.

3. Iniciar en la intervención psicológica individual de emergencia, entender el comportamiento y emociones de las mujeres que sufren esta situación, practicar la entrevista clínica semiestructurada y desarrollar habilidades de comunicación motivacional.

Posteriormente se muestran en un video experiencias de role play del curso original, donde se plantean casos clínicos en tres escenarios distintos. En él los docentes planteamos casos basados en asistencias reales en los que actrices (Grupo de Teatro "Amigos del Teatro de Conil TROTEATRO" y en algún caso un actor serán las pacientes y el maltratador. Los alumnos deben proceder como si de una asistencia real se tratara, poniendo en práctica lo aprendido durante el curso. Como dicen nuestras actrices, “trabajan con la verdad” y esto implica una intensidad emocional impactante que logra el objetivo de sensibilización que tienen estas actividades formativas.

Finalizamos el taller con la discusión de lo tratado, preguntas y respuestas, conclusiones finales y cierre del taller.

Abordaje del paciente pluripatológico en AP

García Lozano MJ¹, Márquez Calzada C²

¹ Médica de familia. UGC de Camas. Sevilla

² Técnica de investigación. Enfermera. FISEVI. Sevilla

En la actualidad los cambios demográficos conducen a un envejecimiento progresivo de la población, y por ende, un aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas, enfermedades que aunque de distinta etiología comparten la triada “edad-multimorbilidad-polimedicación”.

El concepto de enfermo crónico se ha modificado en las últimas décadas. Hasta hace poco se entendía al paciente crónico como aquel sujeto afecto de una única enfermedad de alta prevalencia y no curable. Actualmente una representación más real es la del paciente con varias patologías crónicas, incapacidad, merma en su autonomía y fragilidad clínica.

Dentro de los pacientes crónicos podemos identificar una población con unas características comunes derivadas de padecer dos o más enfermedades crónicas, definidas como criterios diagnósticos de pacientes pluripatológicos (PP), tal como está descrito en el Proceso Asistencial Integrado de Atención al Paciente Pluripatológico (PAIAPP) (2ª edición: 2007).

Estos pacientes presentan una elevada utilización de recursos sanitarios, siendo necesario una gestión sistemática de su asistencia de manera multidisciplinar con coordinación interniveles para mejorar la calidad de su atención y la eficiencia en el manejo de los recursos sanitarios y sociales. De esta necesidad de asistencia integral parte el Plan de Acción Personalizado que se sustenta en una Valoración Integral Exhaustiva (VIE) que incorpora junto a la valoración clínica, funcional, mental, afectiva y social, la valoración pronóstica, farmacológica y espiritual y la planificación anticipada de decisiones, así como la de la capacidad de autogestión y activación de la persona en el manejo de su enfermedad.

Por otra parte, la importancia de la intervención precoz en el PP desde Atención Primaria recae en el beneficio obtenido tras la valoración integral por el médico y enfermera de familia, que busca incidir en el curso natural de sus enfermedades con el fin de demorar su progresión y

mejorar el nivel de salud, puesto que muchos de estos pacientes en situación de fragilidad no precisarán durante años de la intervención hospitalaria ni un Plan de Asistencia Continuada.

Objetivos:

General: Identificación y abordaje integral del PP en Atención Primaria.

Específicos:

- Identificar los criterios diagnósticos de PP (PAIAPP).
- Manejar las herramientas de valoración clínica, funcional, cognitiva y social. Integrar la continuidad asistencial interniveles en nuestra práctica diaria (hospital – atención primaria).
- Abordar la polimedicación con criterios de buena práctica y herramientas de valoración de la adecuación terapéutica.
- Plan de Acción Personalizado.

Metodología:

- Para la consecución de los objetivos el taller se desarrolla sobre una base teórica con orientación eminentemente práctica para la actividad asistencial diaria en Atención Primaria.
- Test de conocimientos previos.
- Presentación de los docentes y del alumnado, con identificación de expectativas sobre el taller.
- Epidemiología de la cronicidad.
- Conceptualización de la cronicidad, para lo que se realizará una lluvia de ideas, acompañado de presentación de presentación audiovisual.
- Exposición teórica por docente. Definición de paciente pluripatológico según PAI Atención al Paciente Pluripatológico y herramientas disponibles en la práctica diaria para la valoración clínica, funcional, cognitiva y social.
- Resolución de casos prácticos trabajados en grupos (4-6 alumnos), con posterior exposición y debate.
- Cuestionario tipo test de caso clínico guiado.

Actividad preventiva de educación sanitaria y promoción de salud para la comunidad de adolescentes. Imagen corporal

Villatoro Ruiz M¹, Cuerva Gómez R²

¹ Médica de Familia. CS Íllora. Granada

² Médica de Familia. CS Guadix. Granada. Responsable de Docencia de la UGC de Guadix y tutora de MIR

Introducción

Decidimos seleccionar esta actividad de educación sanitaria por el contacto, formación y conocimiento que de ella teníamos, dada la importancia actual de la misma en relación con los trastornos de la alimentación, comportamiento y su actualidad. La importancia social y la alta incidencia de trastornos relacionados con esta y la adolescencia.

La imagen que cada individuo tiene de su propio cuerpo es tan subjetiva que no necesariamente ha de coincidir con la que de él tienen los demás. En la auto-percepción corporal influyen múltiples factores que interaccionan entre sí, como las vivencias afectivas y experiencias que van consolidando la personalidad o la autoestima. La adolescencia es la etapa en la que el organismo experimenta los mayores cambios y es también el período en el que los jóvenes muestran más interés por tener buena apariencia y agradar a los demás. Desafortunadamente el entorno ejerce una gran presión y pone de manifiesto que para triunfar en la sociedad es imprescindible responder a un canon establecido de belleza.

Esto hace que muchos jóvenes, que ven cómo su cuerpo se está modificando rápidamente, se muestren inseguros, no acepten su aspecto físico y traten de cambiarlo a través de conductas poco saludables que pueden poner en riesgo su salud. De este modo, incrementan peligrosamente la actividad física o más habitualmente, inician dietas sumamente restrictivas que quizá desemboquen en trastornos del comportamiento alimentario (TCA). Dichas patologías, cada vez más frecuentes en países desarrollados, tienen más posibilidades de curación si se detectan en sus inicios.

La imagen Corporal:

- Es un concepto multifacético
- Está interrelacionada por los sentimientos de autoconciencia: “como percibimos y experimentamos nuestros cuerpos se relaciona significativamente con cómo nos percibimos a nosotros mismos”.
- Está socialmente determinada. Desde que se nace existen influencias sociales que matizan la auto-percepción del cuerpo.

- No es fija o estática, más bien es un constructo dinámico, que varía a lo largo de la vida en función de las propias experiencias, influencias sociales, etc...
- Influye en el procesamiento de información, la forma de percibir el mundo está influenciada por la forma en que sentimos y pensamos sobre nuestro cuerpo.
- Influye en el comportamiento, y no sólo la imagen corporal consciente, sino también la pre-consciente y la inconsciente.

La alteración de la imagen corporal, se conoce como DISMORFOBIA o TRASTORNO DISMÓRFICO CORPORAL, para el cual existen tres criterios diagnósticos:

1. Preocupación por algún defecto imaginado del aspecto físico.
2. La preocupación provoca malestar clínicamente significativo, o deterioro social, laboral o de otras áreas de la actividad del individuo (Depresiones, ansiedades...)
3. La preocupación no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental (La insatisfacción por el tamaño y la silueta corporal en la anorexia nerviosa)

Objetivos

- Explorar la percepción de la imagen corporal y el impacto causado.
- Aclarar dudas referentes a mitos sociales y estéticos.
- Conocer grado de aceptación de la figura corporal y de sus partes. Reflexionar como favorecer la auto-aceptación

Descripción

Para la presentación seleccionamos imágenes relacionadas con el esquema corporal (de distintos cánones de belleza en la historia, imágenes de culturismo, amputaciones, TCA, modas, intervenciones de estética y plástica...) con el fin de despertar en los adolescentes diferentes sensaciones perceptivas.

Posteriormente se invita al debate y preguntas. Durante esta fase se intentará aclarar dudas y reforzar la autoestima invitando a la reflexión.

Como segunda actividad, se plantea la visión del adolescente frente al espejo y verbalizar cómo se percibe así mismo. Esta actividad se completa con la visión por parejas y que el contrario exprese cómo nos ve, contrastando así las percepciones.

Actualización en anticoncepción

Navarro Martín JA, Trillo Fernández C

Médico de Familia. Miembro del GDT de Salud Reproductiva de las Mujeres de la SAMFyC. Coautor de la guía SAMFyC de anticoncepción y salud sexual

Andalucía es pionera en el abordaje de la planificación familiar desde los centros de salud por los médicos de familia, por lo que éstos deben estar capacitados para ofertar a las parejas que lo desean los distintos métodos anticonceptivos, desde los métodos naturales hasta la inserción del DIU, pasando por los métodos de barrera, los anticonceptivos orales combinados, el parche cutáneo, el anillo vaginal y los anticonceptivos hormonales que sólo contienen gestágenos en sus 4 presentaciones (implante subcutáneo, minipíldora, inyectable y DIU-LNG).

El DIU es un excelente método contraceptivo y se encuentra infrautilizado. Su uso es mayor entre las mujeres que acuden a los programas de planificación de los centros de salud que integran todos los métodos no quirúrgicos, que en los que es necesaria la derivación a otro nivel fuera del centro, ya que la accesibilidad al método resulta fundamental para que éste sea usado. La inserción y extracción del DIU son unas técnicas sencillas que pueden ser abordadas por el médico de familia. Igual consideración podríamos hacer en relación con el implante subcutáneo.

Objetivos

General: Actualizar los conocimientos y habilidades sobre los métodos anticonceptivos disponibles en Atención Primaria.

Específicos:

- Conocer las indicaciones y criterios de elección de los anticonceptivos hormonales en función de su composición y forma de presentación.
- Aprender la técnica de inserción y extracción del DIU.
- Aprender la técnica de inserción y extracción del implante subcutáneo.
- Homogeneizar criterios en la anticoncepción de urgencia.

Metodología

Se trata de un taller teórico- práctico estructurado de la siguiente manera:

- Exposición teórica de todos los métodos anticonceptivos apoyada en diapositivas y videos.
- Prácticas con casos clínicos.
- Exposición y ejemplos de anticoncepción de urgencia.
- Demostración de inserción/ extracción del DIU
- Demostración de inserción/ extracción del implante subcutáneo.

El taller será interactivo, evitando largas exposiciones teóricas y favoreciendo la participación de los alumnos mediante preguntas abiertas y casos clínicos

Alimentos gelificados con aplicación en la consulta de Atención Primaria (experiencia en el Área de Jerez)

Ortega Marlasca MM¹, Ferrer Morató J²

¹ Médico de Familia. CS Jerez Sur. Profesor asociado del Dpto de Medicina de la Facultad de Medicina de la Universidad de Cádiz.

² Embajador para la gastronomía. Consejo regulador de las denominaciones de origen Jerez-Xéres-Sherry.

Hemos organizado un taller eminentemente participativo y del que se espera obtengamos participaciones de los asistentes de sus experiencias personales y profesionales.

Inicialmente se realiza una presentación en la que se trata la importancia del manejo de la gelificación de comidas y se suscita el debate sobre el vino y sus efectos sobre la salud cardiovascular y en general.

Se instruirá a los asistentes sobre las bases de la elaboración de alimentos gelificados partiendo de platos y dietas habituales en el día a día de una familia. Para ello contaremos con las experiencias de los dos ponentes.

Finalmente se realiza una experiencia sensorial con indicaciones de asociaciones de platos gelificados de uso general en la cocina diaria de una familia y los consejos de un experto en vinos de Jerez para su acompañamiento.

Durante esta experiencia se podrán debatir y compartir experiencias de indicaciones de estas asociaciones en pacientes con enfermedades concretas que debemos manejar en nuestra labor asistencial diaria. Se parte de algunas experiencias ya acumuladas en algunas patologías oncológicas, pacientes terminales y con enfermedades que inducen a limitaciones sensoriales o de la movilidad.

Arte culinario práctico para médicos de familia en la consulta

Ortega Marlasca MM

Médico de Familia. CS Jerez Sur. Profesor asociado del Dpto de Medicina de la Facultad de Medicina de la Universidad de Cádiz.

En nuestro día a día en la consulta les indicamos a nuestros pacientes una serie de prescripciones dietéticas en una forma y contenido que no es muy “legible” para ellos. En no pocas ocasiones, ni nosotros mismos sabemos de una forma práctica y cómoda como facilitarles esos conocimientos.

Las dietas hiposódicas, hipocalóricas, hiperprotéicas, sin grasas saturadas o ricas en oleico no son conceptos dietéticos fáciles de poder describir en unas consultas carentes de tiempo. Es fundamental disponer de una serie de conocimientos y consejos prácticos para poderlos compartir con los pacientes.

A ello le asociaremos el uso de medios e ingredientes de bajo coste para constatar que comer sano no tiene por qué resultar caro. Se incidirá especialmente en la comida equilibrada, sin sal y con poca grasa.

Objetivos

- La cocina cardiovascular existe!!!!
- Conocer tipos de dietas posibles.
- Determinar los alimentos a utilizar y evitar en cada una.
- Conocer los métodos culinarios disponibles.
- Adaptar la dieta a las condiciones de los pacientes: ancianos, minusválidos, bajo nivel sociocultural, que vivan solos....
- Rentabilidad de los medios disponibles en el centro.

Metodología

- Exposición bidireccional por medio de presentación en formato Power Point.
- Warming previo como estímulo al taller: mi experiencia, lo que hago...
- Uso de medios audiovisuales multimedia.
- Formulario de autobaremación final.

Asistencia urgente de un paciente paliativo. Toma de decisiones y tratamiento domiciliario. ¿Estamos preparados? URM

Mejías Estévez MJ¹, Calle Cruz LF²

¹ Médico de Familia. UGC Oncología y Cuidados Paliativos. Hospital de Jerez de la Frontera. Cádiz. Profesor Universidad Pablo de Olavide. Sevilla

² Médico de Familia. UGC AP Mercedes Navarro. P. Alcosa (Sevilla)

Se entiende como urgencias en Cuidados Paliativos a “toda necesidad o demanda de asistencia médica, objetiva o subjetiva, del paciente o sus allegados, cuya asistencia no permite demora”. Las más habituales en domicilio son:

Dolor. Recordar

- Cuando un paciente refiere dolor, es que tiene dolor.
- Individualizar y justificar las acciones terapéuticas.
- La vía oral es siempre la de elección.
- Revisar y revisar las prescripciones realizadas así como la evolución de los síntomas.
- El dolor leve corresponde al primer escalón, el moderado al segundo escalón, y el intenso para el tercer escalón.
- Los coadyuvantes o coanalgésicos son fármacos no analgésicos que cuando se asocian a los analgésicos en situaciones específicas, mejoran la respuesta terapéutica de los analgésicos.
- Ante un dolor difícil, se pueda subir directamente al tercer escalón sin pasar por los anteriores.
- No existe beneficio en asociar analgésicos del mismo ni de diferente escalón, excepto cuando asociamos justificadamente del tercer escalón
- Al iniciar tratamiento opioide, siempre prevenir los efectos secundarios habituales (estreñimiento con laxantes y náuseas/vómitos con antieméticos).

Disnea. Deben tratarse de forma específica las causas reversibles (insuficiencia cardíaca, exacerbación EPOC, infección respiratoria, arritmias cardíacas, anemia, derrame pleural o pericárdico, embolia pulmonar, Síndrome de Vena Cava Superior o SVCS). El tratamiento puede incluir medidas generales no farmacológicas, oxigenoterapia complementaria, opioides, corticoides y benzodiazepinas. La morfina es el opioide de referencia en todas las edades, incluida la pediátrica, en su uso fundamental del dolor y disnea de alta intensidad.

Síndrome de vena cava superior (SVCS). Derivado de la oclusión parcial o total del flujo a través de la vena cava en su retorno a la aurícula derecha. Normalmente de

instauración lenta y progresiva. El diagnóstico es clínico con confirmación por imagen (radiología, TAC). Si es posible, tratamiento con stents, trombolisis, radioterapia, corticoterapia, diuréticos, quimioterapia.

Agitación y delirio. Ante un síndrome confusional agudo (SCA), el tratamiento sintomático (especialmente en hiperactivo y mixto), se realiza con haloperidol (alternativa levomepromazina y si no funciona midazolam).

Agonía, asistencia a la muerte. Se debe identificar el proceso de agonía. El síntoma más frecuente son los estertores premortem. Si existiera un síntoma refractario constatado y tras consentimiento informado, se podría llevar a cabo una sedación paliativa.

Hipercalcemia. Se define como el aumento del calcio sérico (Ca) por encima de 2,54 mmol/L (equivalente a 10.18 mg/dl). Aparece entre el 10-20 % de los pacientes con cáncer. Suele manejarse en hospital por necesidad de terapia endovenosa (bifosfonatos...).

Compresión medular. Emergencia médica provocada por la compresión de la medula espinal por tumor primario o metastásico que puede causar lesiones neurológicas irreversibles. Aparece en el 5% de los pacientes con cáncer y en el 10% de pacientes con metástasis óseas. Precisa RMN para diagnóstico. Similar manejo a SVCS.

Miedo. Muy frecuente, asociado a insomnio o SCA.

Obstrucción intestinal o proceso pseudoobstructivo. Complicación frecuente en los pacientes con cáncer avanzado, sobre todo de origen digestivo o pélvico. Importante sospecharlo, dado su mal pronóstico. Si es posible, tratamiento quirúrgico o stents. Si no, sintomático (a veces con aspiración y nutrición).

Hemorragias (digestiva la más frecuente). Fundamental la prevención.

Otras: fiebre, hipertensión intracraneal, estreñimiento, náuseas, vómitos. hipo.

Bibliografía

Guías clínicas Fisterra.com. Atención Primaria en la Red.
Guía de Oncología: Agonía y Sedación. Diciembre 2012.

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. 2ª edición. 2016.

Aspectos legales en la consulta. La bioética y los escenarios negociados

Calle Cruz LF¹, Mejías Estévez MJ²

¹ Médico de Familia. UGC AP Mercedes Navarro. P. Alcosa (Sevilla)

² Médico de Familia. UGC Oncología y Cuidados Paliativos. Hospital de Jerez de la Frontera. Cádiz. Profesor Universidad Pablo de Olavide. Sevilla

El aumento de la esperanza de vida, determina un diagnóstico mayor de patologías crónicas oncológicas y no oncológicas en fase avanzada.

Así SEOM en su última revisión 17 estableció 247.771 casos (últimos datos año 15).

Según la Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud (SNS) 2010-14, su Comité de Seguimiento y Evaluación de las Comunidades Autónomas (CCAA) y Plan Andaluz de Cuidados Paliativos 2008-12 se estableció para Andalucía que los mayores de 65 años representaban el 20,31% de la población, descomponiéndose esta cifra en 5,02% de 80 y más (de los cuales la mitad son de 85 y más) y 15,29% de 65 a 79 años. Los menores de 1 a 14 años, son el 15,2% (de 0 a 14, constituyen el 16,2%) y estimó una población diana, según los criterios de Macnamara, un escenario mínimo con 31.553 pacientes y un escenario máximo 62.887. Si nos referimos a tasas de cáncer en España serán 111,92 y en Andalucía de un 111,42.

Con todos estos datos, las dificultades se presentan, a la hora de determinar cuando un paciente con enfermedad avanzada entra en situación de terminalidad y la aparición de conflictos éticos y legales a la hora de la toma de decisiones, distinguir que acciones son asistidas por las leyes o cuales son punibles legalmente.

Entendemos situación de paciente con enfermedad avanzada, incurable y progresiva, sin posibilidades razonables de respuesta a su tratamiento específico, y con un pronóstico de vida limitado. Presencia de síntomas multifactoriales, intensos y cambiantes. Gran impacto emocional en paciente, familiares y profesionales, lo que genera una gran demanda de atención.

Si hablamos de enfermedades terminales no oncológicas, el pronóstico vital es más difícil de

determinar, por lo que la necesidad de cuidados paliativos, vendrá dada por, la presencia de fracaso orgánico y deterioro progresivo irreversible, con sufrimiento no aliviado.

Los conflictos éticos y legales en la toma de decisiones, son analizados a través de la bioética, conjunto de valores mínimos que una sociedad acuerda para garantizar la convivencia pacífica, el respeto mutuo y la igualdad de trato. Así se definen:

Autonomía, respetar a que la persona gestione su propia vida y tome decisiones respecto a su salud.

Beneficencia, promocionar el bienestar de las personas, procurando que realicen su propio proyecto de vida y felicidad en la medida de lo posible.

Justicia, reparto equitativo entre beneficios y cargas, facilitando acceso no discriminatorio adecuado suficiente de los recursos disponibles y uso eficiente de los mismos.

No Maleficencia, no daño físico, psíquico y moral, evitando intervenciones científicas técnicas innecesarias, protegiendo la integridad física y su intimidad.

Así distinguimos una ETICA DE MÍNIMOS: Justicia y No Mal Eficiencia (LEY DERECHO (BIOETICA)) y una ETICA DE MÁXIMOS: Autonomía, Beneficencia MORAL ETICA

Con la Planificación Anticipada de Decisiones (P.A.D), intentaremos dar respuesta, primero, por un lado, primero a la situación psicobiológica, los deseos del enfermo, si es competente o no ,segundo, por otro lado, al conjunto de normas (Morales, Éticas, o Jurídicas) que establece la sociedad y deberían resolver una situación de hecho a través de la deliberación y la prudencia colectiva decidiendo lo que debe ser bueno, valorando las

excepciones del hecho, optimizando los valores éticos ajustándolos al caso justificando las excepciones, asumiendo los profesionales las responsabilidades de lo que son los escenarios negociados.

Y finalmente, como respuesta a las normas legales, diferenciando las diferentes situaciones éticas que se puedan presentar, como son:

El concepto de Eutanasia, debe incluir exclusivamente la Acción u omisión, directa e intencionada, encaminada a provocar la muerte de una persona que padece una enfermedad avanzada o terminal, a petición expresa y reiterada de ésta.

El SMA: Consiste en la ayuda intencionada de un médico a la realización de un suicidio, ante la demanda de un enfermo competente que no pueda realizarlo por sí mismo debido a limitaciones de carácter físico, proporcionándole la medicación necesaria para que el propio enfermo se la administre.

Limitación del Esfuerzo Terapéutico (LET): es un escenario donde el profesional limita el esfuerzo de tratamiento debido a la futilidad del tratamiento

Rechazo del Esfuerzo Terapéutico (RET): es un escenario donde el paciente o representante legal autoriza el rechazo a la actuación de tratamiento.

Con todo lo desarrollado con anterioridad, nos permite mostrar una panorámica completa de las diferentes situaciones; detectando, precozmente, aquellos casos susceptibles de conflicto, permitiendo resolver, a pacientes y familiares, sus dudas ante el proceso evolutivo de la enfermedad y ofreciendo, a la unidad paciente-familia, la mejor respuesta.

Bibliografía

Las cifras del cáncer en España 2017. SEOM (Sociedad Española de Oncología Médica) [Internet] [Actualizado, 30 enero 2017, consultado 27 agosto 17]. Disponible en: <http://www.seom.org/en/prensa/el-cancer-en-espanyacom/105941-las-cifras-del-cancer-en-espana-2017?start=1#content>.

Código Penal y legislación complementaria. RAFIA 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 Panamericana. 2012.

Tratado de Medicina Paliativa y tratamiento de soporte del paciente con cáncer. González Barón M (ed). Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2006.

Tratado de Medicina Paliativa en la cultura latinoamericana.

Aula interactiva pie diabético: abordaje y manejo.

Martínez Muñoz JM¹, Doiz Artázcoz E²

¹ Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. UGC. Rodríguez Arias San Fernando. DS Bahía de Cádiz-La Janda. Cádiz

² FEA Angiología y Cirugía Vascul. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz

Al hablar del pie diabético nos referimos a las complicaciones que pueden aparecer en el pie del paciente diabético asociadas a la presencia de neuropatía o enfermedad arterial periférica: infección, úlcera y destrucción de tejidos profundos.

El 25% de los pacientes diabéticos tienen una úlcera a lo largo de su vida y con frecuencia presentan enfermedad arterial periférica. En el 60% de las úlceras la primera alteración es la neuropatía. Esto ocasiona un importante deterioro de la calidad de vida, puesto que el 80% de las amputaciones en pacientes diabéticos son precedidas por úlceras y el 5% de los pacientes diabéticos con una úlcera en el pie tienen el riesgo de sufrir una amputación mayor en los 12 meses siguientes. La mortalidad a los 5 años de los diabéticos con pie ulcerado se sitúa en el 45-55%, llegando al 70% si requiere alguna amputación. Por lo tanto, la intervención óptima es la prevención de las complicaciones, pues el diagnóstico precoz de la neuropatía diabética nos podría

ayudar a prevenir un 50% de las complicaciones.

Objetivo general

Conocer y saber realizar la exploración del pie en la Diabetes Mellitus, así como conocer su manejo multidisciplinar para prevenir la aparición de complicaciones a largo plazo.

Objetivos específicos

- Repasar el concepto de pie diabético.
- Analizar los factores de riesgo.
- Conocer la importancia del diagnóstico precoz.
- Conocer la clasificación de riesgo y periodicidad del cribado del pie diabético.
- Saber realizar la exploración con el monofilamento de Semmes-Weinstein y con el diapasón.
- Manejar la exploración de los pulsos vasculares mediante el doppler, para realizar el índice tobillo/brazo.
- Presentar casos clínicos que permitan la participación de los asistentes.

Como comunicar malas noticias sin desesperarse en el intento

Mejías Estévez MJ

Médico de Familia. UGC Oncología y Cuidados Paliativos. Hospital de Jerez de la Frontera. Cádiz. Profesor Universidad Pablo de Olavide. Sevilla

La comunicación o proceso de comunicación se establece en un contexto determinado cuando un mensaje es transmitido en un código determinado (alfabético, numérico, idioma), a través de un canal (oral, escrito), que parte de un emisor hacia un receptor o grupo de receptores. Este proceso dinámico (temporal o atemporal), favorece que desde lo presencial a lo virtual, sea posible la retroalimentación y el cambio de roles (el emisor pase a ser receptor y viceversa). Para un médico de familia, son habituales las circunstancias en las que tiene que dar una mala noticia en referencia a la salud de una persona, definida como tal según Buckman como “cualquier información capaz de alterar drásticamente la visión de un paciente sobre su futuro”.

En salud, en el abordaje de la comunicación, debemos recordar que: En la interrelación persona(s)-persona(s) es imposible no comunicar.

- Comunicar puede tener efectos beneficiosos (psicoterapéuticos) o perjudiciales (iatrogénicos).
- Es fundamental aportar una adecuada información sobre diagnóstico y pronóstico de la enfermedad, adaptada a cada persona y a cada momento de la evolución.
- La comunicación al ser un proceso, implica un trabajo en equipo que debe tener continuidad y consenso en su hilo argumental. Aunque el responsable de la misma sea el facultativo sanitario referente, no sólo debe considerar a otros médicos, si no de forma muy importante a la enfermería, dado que al ser la encargada de los cuidados, pasa tiempo en contacto con el enfermo y su familia, haciendo una labor que puede ser fundamental en la información.
- Para el enfermo las principales preocupaciones son las referentes a su familia, además por supuesto de su enfermedad y el control de sus síntomas (sobre todo el dolor, disnea, hemorragias...). Para la familia, lo más importante suele ser la supervivencia de su ser querido enfermo, y si no es posible, su sufrimiento.
- La persona que debe informar, debe tener en cuenta y respetar siempre, la toma de decisiones con el paciente o representante.
- Como dar malas noticias es una formación necesaria para todo profesional sanitario en contacto con

enfermos, especialmente, si se relaciona con el ámbito de las enfermedades crónicas avanzadas o terminales. Una comunicación efectiva mejora el dolor, otros síntomas, el estado emocional y funcional.

- Existen conductas no adecuadas que debemos de identificar para actuar sobre las mismas. Destacamos:
 - Participar y fomentar el pacto de silencio (conocido también como conspiración de silencio), definido como el acuerdo implícito o explícito por parte de familiares, amigos o profesionales, de alterar la información que se le da al paciente con el fin de ocultar la gravedad de la situación referente a diagnóstico y/o pronóstico. Este pacto impide al paciente participar en la toma de decisiones, así como, favorece un entorno de desconfianza. El manejo de esta situación requiere buena comunicación, proporcionando una información adecuada al cuidador principal y a la familia, intentando establecer acuerdos. Lo aconsejable es una información soportable, veraz, que no rompa las esperanzas de la persona enferma ni provocar un sufrimiento evitable iatrogénico.
 - Tomar una actitud paternalista, adoptando las decisiones en lugar del propio paciente.
 - Evadir preguntas y planteamientos razonables por parte del paciente (a veces también de la familia), llegando al extremo de negar la realidad evidente (el acceso a la verdad es un derecho).

Bibliografía

Boston, P., Bruce, A., & Schreiber, R. Existential Suffering in the Palliative Care Setting: An Integrated Literature Review. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2016;41(3):604–618.

Gómez Sancho, M. Cómo dar malas noticias en medicina. Plataforma editorial. 2016.

González J, Stablé M. Cuidados paliativos: recomendaciones terapéuticas para Atención Primaria. Editorial Panamericana. 2014.

Cómo escribir una tesis doctoral sobre uso racional del medicamento

Alejandro Pérez Milena A

Médico de Familia. CS El Valle. Jaén

La tesis doctoral es un trabajo de investigación original elaborado por una persona candidata en cualquier campo del conocimiento, La tesis debe capacitar al doctorando/a para el trabajo autónomo en el ámbito de la I+D+i. y deberá estar enmarcado en alguna de las líneas de investigación propuestas desde la Escuela de Doctorado. Este trabajo completa la formación universitaria e introduce al doctorando en el mundo de la investigación. No obstante, a pesar de que el colectivo de médicos de familia representa más de la mitad de los médicos españoles, no existen programas de doctorado específicos (1) en medicina de familia y se ha de realizar esta formación en otros departamentos (Salud Pública, Medicina Clínica, Cirugía, etc.). Otras circunstancias que tener en cuenta porque también dificultan el acceso a la formación de posgrado de los médicos de familia es la distancia a la Universidad, por desarrollar su labor asistencial en zonas rurales o por la incompatibilidad de horarios académicos. No obstante, el desarrollo de tesis doctorales en nuestra especialidad es prioritario para una mayor presencia de la Medicina de Familia en el ámbito universitario.

En el taller se ofertarán conocimientos sobre cómo planificar y realizar un proyecto de investigación cuyo fin sea realizar una tesis doctoral, trabajando un proyecto sobre uso

racional del medicamento. Además se desea que los discentes conozcan los trámites necesarios para iniciar una tesis doctoral y el funcionamiento de las Escuelas de Doctorado así como las principales líneas de investigación para Atención Primaria de acuerdo con los planes generales de investigación e innovación de las diferentes Administraciones. Es necesaria una meticulosa planificación previa del desarrollo de la tesis doctoral: proyecto de investigación, recogida de datos, difusión de resultados, defensa de la tesis.

El taller se oferta tanto a médicos especialistas en medicina familiar y comunitaria como a médicos residentes. En él se desarrollarán las tareas administrativas necesarias para iniciar la tesis doctoral, las principales líneas de investigación y la forma de realizar una búsqueda bibliográfica, el estilo de redacción del proyecto de investigación, la posterior difusión de los resultados y la defensa de la tesis doctoral. La metodología docente incluirá diferentes técnicas (tormenta de ideas, debate dirigido, mesa servida) para facilitar la participación de todos los discentes.

<http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-programas-doctorado-medicina-familia-un-S0212656708000632#bib1>

Consulta del viajero: uso racional de las actividades preventivas y los tratamientos farmacológicos más frecuentes”

Saldarreaga Marín JA¹, Gutiérrez Ruiz C²

¹ Médico especialista en Microbiología y Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad móvil DCCU. Barbate. DS Bahía de Cádiz-La Janda. Cádiz

² Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Atalaya. Conil de la Frontera. Cádiz
DS Bahía de Cádiz-La Janda. Cádiz

Organizamos un taller eminentemente interactivo y participativo, invitando a todos los asistentes a que realicen las aportaciones que estimen oportunas para el enriquecimiento del tema a tratar, basadas en sus experiencias personales y profesionales, de forma totalmente voluntaria y preservando el anonimato de las personas referidas que no estén en sala.

Tras la presentación de los ponentes, exponemos la justificación del tema a desarrollar, así como la finalidad, objetivos y beneficios profesionales que tiene el abordaje de la Medicina del viajero en la consulta de Atención Primaria.

Los puntos a tratar son:

- Adquisición de conocimientos relacionados con las enfermedades importadas por viajeros internacionales.
- Incorporación de habilidades y herramientas a la consulta de Atención Primaria para un abordaje correcto del paciente con una probable patología relacionada con la Medicina del viajero.
- Descripción actualizada por zonas geográficas de la patología relacionada con los viajes internacionales.
- Aproximación diagnóstica a los cuadros sindrómicos más prevalentes en relación con la Medicina del viajero.
- Enfoque clínico, diagnóstico y terapéutico dirigido hacia las enfermedades infecciosas importadas.
- Valoración y análisis de la repercusión de la movilidad poblacional en la patología importada.
- Descripción de las principales indicaciones de profilaxis (pre y post-exposición) ante un viajero internacional.

- Adecuación de las medidas terapéuticas y de profilaxis a los pacientes, en base a sus necesidades clínicas, teniendo en cuenta las dosis correspondientes a sus requisitos individuales, durante un período de tiempo adecuado y valorando siempre el menor coste posible para ellos y para la comunidad.
- Descripción de los tratamientos y vacunas disponibles, actualizadas y basadas en la mejor evidencia científica relacionadas con la patología del viajero, sustentada en la adecuada selección de medicamentos que asegure al médico de familia identificar y seleccionar la alternativa terapéutica más adecuada para tratar las distintas patologías del viajero. Esta selección estará regida por los criterios de eficacia, seguridad, adecuación y coste.

Proporcionamos material de apoyo y documentación en formato electrónico, de aplicación en la consulta del médico de familia.

El taller se desarrolla en sala, con una distribución de los asistentes que promueve la interacción y la participación, sustentado fundamentalmente en la presentación de situaciones reales descritas por los ponentes. Se apoya con material e iconografía que se expone en presentación audiovisual. Durante todo el desarrollo del taller, se debaten y comparten experiencias de los aspectos tratados para su futura aplicación en el ámbito de la Atención Primaria.

Se permite la libre participación de los asistentes a manifestar sus experiencias y aportación de sugerencias en relación al tema tratado.

EnREDados, recursos para una medicina 2.0

Ramón Soria JA¹, Pérez y Pérez ML², Parras Rejano JM³

¹ MIR de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Doctor Salvador Caballero. Granada.

² Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria y Perito Médico. Campo de Gibraltar. Cádiz.

³ Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. UGC del Guadiato. Córdoba. Miembro del GdT eSamfyc y del GdT de SAMFyC de Comunicación Clínica y Salud. Vocal de Córdoba de SAMFyC.

La aparición de internet y el resto de tecnologías de la información supone la irrupción de un nuevo espacio con nuevas reglas y múltiples oportunidades que ha cambiado especialmente la manera que tenemos de comunicarnos. El uso de las redes sociales (RRSS) ha permitido el intercambio de información entre personas a gran velocidad así como la capacidad de generar fácilmente contenidos y el acceso de los demás al mismo nos convierte a cualquiera en creadores con una inversión casi mínima.

En esta nueva situación, que afecta a todos los sectores profesionales de la sociedad, entre los profesionales sanitarios y pacientes han surgido iniciativas que han contribuido a enriquecer el panorama con nuevos discursos, con la diversificación de las fuentes de aprendizaje, con nuevas maneras de colaborar, con diferentes maneras de hacer llegar a la población mensajes en salud.

Con este taller pretendemos dar a conocer iniciativas en este ámbito e iniciar en el manejo práctico de estas herramientas para que los alumnos puedan comenzar a explorar por sí mismos todas las posibilidades que se abren ante ellos.

Objetivos:

- Aprender el manejo de APPs de uso clínico habitual en la consulta como material de apoyo así como aquellas de recomendación a los pacientes para fomentar conductas positivas en salud.
- Aprender y fomentar el uso de medios multimedia tanto de medios convencionales (televisión, radio) como nuevos canales (YouTube, podcasts, etc.) a disposición para hacer llegar a la población mensajes relacionados con la salud, fomentar la participación y el aprendizaje tanto entre profesionales como con los pacientes.
- Aprender herramientas y recursos en línea a disposición dentro de las RRSS, entre ellas especialmente Twitter; para el aprender, estar actualizado y mantener la comunicación con otros profesionales de la salud.

Metodología:

Estructuraremos el taller en tres grupos (máximo 10 alumnos por grupo) que se repartirán entre tres estaciones: 1.-TWITTER y BLOGS; 2.- VÍDEOS y MULTIMEDIA, 3.- APPs. Cada estación dispondrá de un docente que comenzará con una leve introducción al tema y luego proseguirá con una parte práctica, de una duración de 30-35 minutos por estación.

Taller de espirometría

Trillo Fernández C

Médico de familia. CS Puerta Blanca. Málaga. Miembro del Grupo Respiratorio de la SAMFyC. Miembro del GRAP

La espirometría forzada es imprescindible en el diagnóstico de la EPOC y la principal herramienta en el diagnóstico del asma bronquial; es muy importante asegurarse de que la técnica de realización es correcta, ya que de ello depende el correcto diagnóstico de estas patologías.

El taller consta de una primera parte teórica en la que se describen los conceptos básicos para la realización e interpretación de la espirometría, seguida de otra práctica en la que se realiza una espirometría Y se exponen casos clínicos que son discutidos por los asistentes.

Objetivos:

General: Desarrollar habilidades y conocimientos para la correcta realización e interpretación de la espirometría forzada en Atención Primaria de cara fundamentalmente al diagnóstico de la EPOC y el asma.

Específicos:

- Conocer la técnica correcta de realización de la espirometría forzada.
- Saber identificar la validez y reproductividad de la prueba.
- Interpretar los distintos patrones espirométricos.

Metodología:

Se trata de un taller interactivo en el que se expondrán algunos conceptos teóricos junto con gráficas (curvas) y ejemplos prácticos que deberán ser comentados por los participantes. Los asistentes deberán realizar espirometrías (roll-playing) bien como técnico responsable o como paciente, que serán comentada entre todos. Posteriormente se expondrán casos clínicos con resultados de espirometrías reales, que cada uno de los participantes tendrá que saber interpretar.

Material:

- La organización no podrá cubrir los gastos de materiales especiales para la actividad, salvo los habituales (medios audiovisuales, rota folios, pizarras etc.)
- Con respecto a necesidades específicas de material, sobre todo en los casos de talleres prácticos (urgencias, infiltraciones, ecografía etc.) el responsable de la propuesta deberá hacer las gestiones necesarias para facilitar la obtención de dicho material, independientemente de que, desde secretaría SAMFyC, se haga la petición oficial para la cesión del mismo ante quien corresponda.
- Si procede, Indicar a continuación las necesidades especiales de material para esta actividad

“Gamificando en diabetes. El diabetingo es una forma divertida de aprender. Actualización en el diagnóstico, manejo y tratamiento oral de la diabetes mellitus tipo 2”.

Montero Carrera J¹, Gómez García Mc², Avila Lachica L²

¹ Médico de Familia. CS Aracena. UGC de Aracena. AGS Norte de Huelva. Huelva

² Doctor en Medicina. Médico de Familia. UGC. Vélez-Norte. Málaga

La diabetes es una de los principales problemas de salud al que nos enfrentamos los médicos de familia y su prevalencia según todos los indicios continuará en aumento en los próximos años debido a los hábitos de vida poco saludables que tenemos hoy en día. Desde Atención Primaria debemos conocer cuáles son los métodos diagnósticos de esta prevalente enfermedad.

Desde su diagnóstico, el médico y el paciente con diabetes tienen que realizar un laborioso plan, que va desde la modificación en pautas de tratamiento dietético y ejercicio, al ajuste de diferentes tratamientos farmacológicos con el fin de conseguir, en la medida de lo posible, niveles de normoglucemia con mínimos efectos secundarios tales como las hipoglucemias o el aumento de peso. La actualización en el tratamiento de la diabetes es por tanto, fundamental para el médico de familia, y el conocimiento de los mecanismos de acción de cada fármaco conducirá a un tratamiento más adecuado, especialmente en terapia combinada donde debemos buscar las asociaciones más sinérgicas.

En la DM2, el tratamiento farmacológico debe plantearse cuando tras un período de 3-6 meses de tratamiento con medidas higiénico-dietéticas, en ausencia de síntomas graves, complicaciones microvasculares o embarazo, no se consiguen los objetivos de control. Las recomendaciones conjuntas de las Sociedades Americana y Europea de Diabetes (ADA-EADS) abogan por el uso inicial de metformina en el momento del diagnóstico, pero debemos conocer como hacer la intensificación de tratamiento cuando la monoterapia no es suficiente.

Entre los fármacos hipoglucemiantes nos encontramos los insulín-secretadores, como las sulfonilureas (SU) y glinidas y los fármacos que actúan sobre el mecanismo fisiopatológico de la DM2, los insulino-sensibilizadores: metformina y glitazonas (pioglitazona).

Contamos también fármacos que actúan por un doble mecanismo de acción. La acción de estos fármacos esta

mediada por las incretinas, péptidos secretados a nivel de las células L intestinales, que actúan sobre las células alfa pancreáticas frenando la secreción de glucagón, por lo que disminuyen la insulino-resistencia, y sobre las células beta aumentando la secreción de insulina, por lo que actúan como insulino-secretadores. Los fármacos con efecto incretina que conocemos actualmente pertenecen a dos grupos; inhibidores de la DPP-4 (sitagliptina, vildagliptina, saxagliptina, linagliptina y alogliptina), que actúan inhibiendo el enzima que degrada las incretinas secretadas fisiológicamente y los incretinmiméticos, análogos de las incretinas (exenatide, liraglutide y liraglutide-LAR, albiglutide y dulaglutide). La principal desventaja de estos es que se administran por vía subcutánea, exenatide dos veces al día, liraglutide y lixisenatide en inyección única diaria y exenatide-LAR, albiglutide y dulaglutide, semanal. Su principal ventaja es que al ser glucosa dependientes, no producen hipoglucemias, por lo que son fármacos más seguros que las SU, al menos a corto plazo, y además producen pérdida de peso, lo que en la mayoría de los pacientes diabéticos tipo 2 supone un valor añadido.

El último grupo que se ha añadido entre los antidiabéticos orales son los antagonistas SGLT-2, un grupo de fármacos con diferente mecanismo de acción. Los primeros que se comercializaron son dapagliflozina, seguidos de la canagliflozina y empagliflozina, que actúan a nivel renal inhibiendo la reabsorción tubular de glucosa y produciendo una glucosuria forzada, dando lugar a una disminución de la glucemia tanto basal como postprandial de forma glucemia dependiente. Además de su efecto hipoglucemiante, tiene beneficios añadidos en riesgo cardiovascular.

Además contamos con la insulina, el tratamiento más costo-eficaz para la reducción de la Hb A1c. Aunque clásicamente se utilizaban como último escalón en el tratamiento de la diabetes tipo 2, cada vez más se utiliza como primer escalón, fundamentalmente en hiperglucemias sintomáticas, sobre todo para vencer el fenómeno de glucotoxicidad.

Gestión emocional del médico ante situaciones de urgencias

Saldarreaga Marín JA¹, Pépez Ramírez C²

¹ Especialista en Microbiología y Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Bahía de Cádiz-La Janda. Unidad móvil DCCU. Barbate (Cádiz)

² Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. SUE 061. Área de Primaria. Ceuta.

Organizamos un taller eminentemente interactivo y participativo, invitando a todos los asistentes a que realicen las aportaciones que estimen oportunas para el enriquecimiento del tema a tratar, basadas en sus experiencias personales y profesionales, de forma totalmente voluntaria y preservando el anonimato de las personas referidas que no estén en sala.

Tras la presentación de los ponentes y de otros miembros del grupo de Gestión Emocional, exponemos la justificación del tema a desarrollar, así como la finalidad, objetivos y beneficios profesionales que tiene el abordaje de la gestión de las emociones en este ámbito concreto.

Hacemos una introducción a la gestión emocional, qué son las emociones, cuál es su finalidad y los principales tipos de emociones y presentamos aspectos científicos de las emociones, desde el punto de vista fisiológico y evolutivo.

Describimos técnicas de aprendizaje para gestionar las emociones y propuestas de distintos modelos del episodio emocional.

Se aportan técnicas de abordaje y manejo de las emociones, especialmente aplicadas para el

personal médico en el contexto de las urgencias y emergencias sanitarias, particularmente extrahospitalarias.

Proporcionamos autocuestionario anónimo, sobre experiencias profesionales relacionadas con el manejo de las emociones en situaciones de urgencias. Se exponen los resultados en sala.

El taller se desarrolla en sala, con una distribución de los asistentes que promueve la interacción y la participación, sustentado fundamentalmente en la presentación de situaciones reales asistidas y presenciadas por el personal médico en situaciones de urgencias. Se apoya con material e iconografía que se expone en presentación audiovisual.

Durante todo el desarrollo del taller, se debaten y comparten experiencias de los aspectos tratados para su futura aplicación en la asistencia de las urgencias en el ámbito de la Atención Primaria extrahospitalaria.

Se permite la libre participación de los asistentes a manifestar sus experiencias y aportación de sugerencias en relación al tema tratado

Gestionando bibliografía sin sufrimiento coronario con Mendeley

Ortega Marlasca MM

Médico de Familia. CS Jerez Sur. Profesor asociado del Dpto de Medicina de la Facultad de Medicina de la Universidad de Cádiz.

Justificación/explicación breve:

El manejo y gestión de las referencias bibliográficas es una herramienta clave para facilitar las publicaciones y el archivo de toda la información que tenemos a nuestro alcance o que nos encontramos en nuestro peregrinar profesional.

Disponer de una herramienta gratuita y muy intuitiva como es Mendeley, supone un elemento muy operativo para fomentar.

Pero para ello se precisa de unos conocimientos previos que son los que puedo ofertar con mi modesta experiencia tras completar mi tesis doctoral.

Objetivos:

- Conocer la existencia de Mendeley.
- Darnos de alta de una forma fácil.
- Introducir en la necesidad y sobre todo, utilidad del mismo.

- Aprender la captación de las referencias bibliográficas desde la web, bases de datos (como Medline), revistas, publicaciones en papel o bibliotecas digitales nacionales, internacionales o institucionales como la Biblioteca Virtual digital del Sistema Sanitario Público.
- Crear un artículo corto y usar en el mismo las referencias bibliográficas que tenemos de una forma práctica y cómoda.
- Revisar nuestra base de datos bibliográfica desde internet o en nuestro móvil con la aplicación específica disponible para ello.

Metodología:

- Exposición bidireccional por medio de presentación en formato Power Point.
- Warming previo como estímulo al taller.
- Uso de los smartphones propios con la aplicación Mendeley.

Herramientas para la evaluación de competencias del residente de medicina familiar y comunitaria

Bermúdez de la Vega I¹, Iglesias Arrabal C², De Juan Roldán JI³

¹ Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Jefa de Estudios de la UD de Atención Familiar y Comunitaria del DS Bahía de Cádiz-la Janda. Cádiz

² Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Médico Dispositivo de Apoyo de la UD de Atención Familiar y Comunitaria del DS Bahía de Cádiz-la Janda. Cádiz

³ Médico especialista en Formación de la Especialidad Medicina Familiar y Comunitaria. DS Málaga-Guadalhorce. Málaga

Introducción

El Programa Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC) del año 2005, actualmente en vigor, resultó muy novedoso en su momento al ser uno de los pocos programas de especialidad que estaba basado en las competencias a adquirir por el residente a lo largo de su período formativo, la prioridad de las mismas y el nivel de responsabilidad del residente; sin embargo este desarrollo en la definición de competencias no se ha acompañado de un desarrollo paralelo de herramientas útiles para la evaluación de competencias y en muchos estudios de ámbito nacional al analizar las competencias docentes del tutor, uno de los gaps competenciales detectados con mayor frecuencia es el conocimiento y manejo de herramientas para evaluar las competencias del residente, lo que justifica la pertinencia del taller

Objetivos

General: Adquirir conocimientos y habilidades en el manejo de herramientas útiles para evaluar la adquisición de competencias de los residentes de MFyC a lo largo de su período formativo

Específicos:

- Identificar los elementos que determinan el proceso de evaluación
- Establecer los tipos de evaluación y sus características
- Proponer herramientas de evaluación de las competencias para residentes de MFyC
- Elaborar formularios para la evaluación de dominios competenciales concretos del programa de la especialidad de MFyC
- Consensuar las herramientas identificadas como más útiles en el contexto de la evaluación del residente

Contenidos

El taller se estructura en cuatro Unidades Didácticas que se detallan a continuación:

- Unidad Didáctica 1: Presentación del taller y de sus objetivos, exploración de expectativas de los asistentes y lluvia de ideas. Se trata de que los participantes, desde su propia experiencia, aporten ideas relacionadas con la visión global que poseen en relación a la evaluación de residentes, tanto en cuanto al análisis de situación en la que se encuentran, como a las propuestas que harían para mejorarla
- Unidad Didáctica 2: Exposición de las estrategias de aprendizaje, tipos de evaluación, en qué consiste la evaluación del desempeño y las distintas herramientas que se han mostrado útiles en la evaluación de competencias en el contexto de la Formación Sanitaria Especializada, centrándose específicamente en los métodos de valoración global de las competencias mediante listas de verificación y, sobre todo, mediante métodos de escala (rating scales)
- Unidad Didáctica 3: Se dividen a los participantes en cuatro grupos y se les encarga una tarea consistente en la elaboración de formularios de evaluación de competencias para áreas o dominios competenciales del programa de MFyC
- Unidad Didáctica 4: Puesta en común de los trabajos realizados por cada grupo, debate y conclusiones

Metodología

- Métodos didácticos expositivos con apoyo audiovisual fomentando la participación de los asistentes
- Métodos interrogativos por descubrimiento a través de trabajos en grupo y puesta en común de conclusiones

Infiltraciones en atención primaria

Giraldo Abadín FM¹, Juliá Flores JJx², Garratón Julia MR³

¹ Médico de Familia. UGC Joaquín Pece. San Fernando (Cádiz)

² Médico de Familia y especialista en Medicina Deportiva. H.U. Puerta del Mar. Cádiz

³ Médico de Familia. UGC. Joaquín Pece. San Fernando. Cádiz. Referente de dolor en dicha unidad.

La patología osteomuscular es un motivo frecuente de consulta. La administración local intraarticular o en tejidos blandos de fármacos es una modalidad terapéutica en las enfermedades del aparato locomotor que generalmente produce un gran alivio de la sintomatología, con escasos efectos secundarios. El tratamiento con infiltraciones ha sido y es una parte fundamental de nuestra práctica médica, con él se consigue un beneficio tanto para los pacientes como para el sistema sanitario al disminuir posibles derivaciones.

En nuestro centro de salud llevamos 3 años aproximadamente realizando infiltraciones y estamos acreditados como “centro contra el dolor” en su modalidad de crónico dentro del programa del “Observatorio para la seguridad del paciente”. El pasado año, tras la evaluación de nuestra consulta, presentamos nuestro primer trabajo con excelentes resultados (hasta el 65-70% de los pacientes mejoraban su dolencia tras una, dos o tres infiltraciones)

Hoy en día, tienen un alto grado de recomendación y una gran evidencia científica. Las indicaciones principales son el dolor y la incapacidad funcional de alguna articulación, lo

cuales motivo frecuente de consulta en atención primaria. Se aconseja recurrir a la infiltración cuando hayan fallado los tratamientos convencionales; no antes.

Se trata de una técnica sencilla que requiere de un mínimo nivel formativo para llevarla a cabo y que resuelve el problema en un elevado porcentaje. Se puede realizar en consulta con bajo nivel de asepsia y escaso material, por lo que la capacitación para la realización de las mismas es vital y muy eficiente para nosotros.

El presente taller se dividirá en diferentes partes que tienen un objetivo eminentemente práctico y de capacitación. Llevaremos a cabo una primera parte teórica dónde hablaremos sobre definiciones, fármacos, indicaciones y técnica. En la segunda parte dividiremos a los alumnos en tres grupos para que realicen a su vez infiltraciones de miembro superior, inferior y manejo de infiltraciones ecoguiadas.

Nuestro objetivo es el de capacitar a los médicos de familia para la realización de infiltraciones articulares en procesos de tipo inflamatorio.

La exploración Ecográfica E-FAST ampliada.

Perestrello Salas R¹, Jiménez Ortega S²

¹ Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Máster en Urgencias y Emergencias. Facultativo del DCCU de Cádiz. Tutor de EIR de MFyC. Miembro del Comité de ética asistencial Bahía de Cádiz-La Janda. Miembro de los GdT de Urgencias y Ecografía de la SAMFyC

² Médico especialista en Medicina familiar y Comunitaria. Médico y Director de la UGC Almorón de Écija. Tutor de EIR de MFyC. Miembro del GdT de Ecografía de la SAMFyC

Introducción

La aplicación de la Ecografía en los diferentes ámbitos de la asistencia sanitaria surge de la lógica búsqueda de pruebas complementarias que confirmen la sospecha clínica, y determinen la actitud terapéutica. En la atención a las urgencias y emergencias se ha consolidado como prueba de cribado en muchas patologías, buscando reducir los tiempos de estudio, pruebas complementarias y costes (Domínguez D, 2010).

El objetivo fundamental de la Ecografía en urgencias y emergencias, tanto a nivel hospitalario como prehospitalario, es detectar las situaciones potencialmente críticas y facilitar la realización de técnicas y procedimientos (Perestrello R, 2006).

Sus ventajas en la valoración del paciente crítico se fundamentan en sus propias características: rápida, inocua, no invasiva y observar imágenes en tiempo real. El tiempo invertido por el médico entrenado en la valoración FAST oscila, según estudios, entre 2 y 5 minutos (Scalea TM, 1999).

Concepto

El protocolo "FAST" (Focused Assessment Sonography for Trauma), esto es, la exploración ecográfica orientada principalmente al paciente traumatizado; tiene como principal objetivo la detección rápida y específica de líquido libre en las cavidades peritoneal, pleural y pericárdica (Nogué Bou R, 2011).

Ampliando la exploración E-FAST, conseguimos valorar posibles neumotórax, nos permite la evaluación de grandes vasos, y el diagnóstico de patologías abdominales: hepáticas, pancreáticas, esplénicas, renales y genitourinarias. Esta técnica presenta unas

limitaciones propias del paciente y su patología (enfisema subcutáneo, neumoperitoneo, obesidad); y otras propias del contexto (inmovilizaciones, ambiente lumínico).

Protocolo FAST

El paciente traumatizado sujeto de la exploración estará inmobilizado en decúbito supino, por lo que las hemorragias que pudieran existir se acumularán inicialmente en las zonas declives: Espacio de Morrison y Espacio de Douglas.

Para realizar la exploración FAST precisamos de un ecógrafo portátil equipado con un transductor convexo de baja frecuencia (3,5 a 5 MHz), y evaluaremos cuatro posiciones que nos facilitaran las vistas imprescindibles en el paciente traumatizado : Subxifoidea (Epigastrio), Cuadrante Superior derecho, Cuadrante Superior izquierdo y Suprapúbica (Hipogastrio).

Protocolo e-FAST

Surge de la ampliación del protocolo FAST con la exploración ecográfica pulmonar, buscando descartar Neumotórax y Derrame Pleural. Para ello, utilizaremos una sonda lineal de alta frecuencia, y valoraremos la imagen en modo B y M. Nuestro paciente estará en decúbito supino y colocaremos la sonda lineal en pared anterior del tórax, a nivel de 2º-3º espacios intercostales y línea paraesternal o medioclavicular.

Hemos de estudiar las imágenes durante varios ciclos respiratorios. En la imagen ecográfica normal modo B observaremos las costillas, los músculos intercostales y la línea Pleural (hiperecogénica con movimiento respiratorio ondulante).

Neumotórax:

Encontraremos ausencia del movimiento pleural ondulante, la presencia del Signo de la Estratosfera y la presencia del Signo del Punto Pulmonar. En el caso de Neumotorax no masivo, el Punto Pulmonar se refiere al lugar del tórax en el que al inspirar el pulmón contacta con la pared torácica.

Derrame pleural

Se caracteriza por pérdida del movimiento pleural y nivel hidroaéreo. En el modo M, característicamente se presenta una imagen anecoica declive que determina la imagen del Signo de la Cortina.

Bibliografía

Colmenero M, García-Delgado M, Navarrete I, López-Milena G. Utilidad de la ecografía pulmonar en la unidad de medicina intensiva. *Medicina Intensiva*. 2010;34(9):620-8. Artículo en el que se profundiza en el diagnóstico ecográfico de la patología pulmonar urgente.

Domínguez Trisancho D, Prieto Albino L, Martín Gil C, Santiago Rodríguez MA, Fernández Merchán JA, López Acedo A, et al. *Ecografía para atención primaria*. ISBN: 978-8496958-62-3: 2010

Perestrello R, Navarro A, Gilabert E. *La Ecografía de Emergencias en una UVI móvil: realidad o ficción*. Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias. IV Congreso Internacional Transfronterizo. 2006 Oct. Cádiz, España.

Torres-Macho J, Antón-Santos JM, García-Gutierrez I, et al. Working Group of Clinical Ultrasound, Spanish Society of Internal Medicine. Initial accuracy of bedside ultrasound performed by emergency physicians for multiple indications after a short training period. *Am J Emerg Med*. 2012 Jul 12.

La gestión emocional desde una perspectiva arteterapéutica

Hernández Galán JL¹, Faria Tejero A²

¹ Médico de Familia. DS Sevilla AP. Servicio Andaluz de Salud. Técnico de Salud. Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Sevilla.

² Arteterapeuta – Terapia Lenguaje

La inteligencia emocional es la capacidad de percatarse de los propios sentimientos, así como de los demás, y gestionarlos de forma sana.

El comprender los propios sentimientos y emociones permite el autoconocimiento de sí mismo y favorece la empatía con los que nos rodean, nos permite tenerles en cuenta como personas, y reconocerles. Esencialmente, la inteligencia emocional proporciona a las personas capacidad y habilidad para regular sus fuerzas e impulsos emocionales contraproducentes, muchos de ellos inconscientes, los cuales boicotean sus relaciones (personales, familiares, sociales) y calidad de vida. Todo surge de nuestros pensamientos, creencias e introyectos limitantes por los que regimos nuestros actos, y nuestra forma de ver la vida y vivir los acontecimientos que ésta nos ofrece.

Una persona posee una inteligencia emocional determinada por cualidades como: autocontrol, empatía, entusiasmo, persistencia, motivación, destreza, autoconciencia y confianza. Las personas que muestran una buena competencia emocional, disfrutan de una situación ventajosa en los diversos aspectos y dimensiones de sus vidas, por lo que se sienten más satisfechos consigo mismos y resultan más eficaces en las tareas que emprenden.

Objetivos

- El autoconocimiento emocional a través de la conciencia.
- La propia gestión emocional para la mejora del bien estar propio y de su entorno.
- Reconocerse y reconocer al otro cultivando cualidades como: autocontrol, empatía, entusiasmo, persistencia, motivación, destreza, autoconciencia y confianza.
- Ofrecer nuevas posibilidades de comunicación emocional.

Metodología

La metodología será eminentemente práctica y vivencial, a través de diversas dinámicas y ejercicios donde la persona podrá ir tomando conciencia de sí mismo de manera multidimensional, así como de los patrones conductuales y emocionales que usa en su relación con el otro y con el mundo. Trabajaremos desde el enfoque del arteterapia para posibilitar toda esta experiencia, disciplina que invita a la autoexploración a través de la propia creación artística.

Aplicabilidad

Tras la intervención propuesta consideramos que las/os médicas/os de familia verán la potencialidad de las terapias no verbales, para mejorar el autoconocimiento, empatía, autocontrol y reforzar su capacidad de comunicación.

La salud del MIR. Factores de riesgo psicosocial y factores de protección

Mitjans A¹, González MP², Planas M³

¹ *Fundación Galatea. Coordinadora de Programas.*

² *Fundación Galatea. Coordinadora de formación y psicoterapeuta SEPS.*

³ *Fundación Galatea. Consultora de formación y psicoterapeuta SEPS.*

La Fundación Galatea, en su misión de promover el bienestar de los profesionales de la salud con el fin último de garantizar la calidad asistencial a los ciudadanos, gestiona los programas asistenciales dirigidos a la rehabilitación de profesionales de la salud con trastornos de salud mental graves y/o adicciones (para el colectivo médico el Programa de Atención Integral al Médico Enfermo (PAIME), promovido conjuntamente con la Fundación para la Protección Social de la Organización Médica Colegial).

Desde este año 2017 dispone también del servicio de apoyo emocional para profesionales de la salud (SEPS), dirigido a profesionales con sufrimiento emocional, ya sea de origen laboral o personal.

Por otra parte, a través de sus programas de prevención y promoción de la salud, lleva a cabo investigación sobre la salud, los estilos de vida y las condiciones de trabajo de los profesionales de la salud. Los resultados de estos estudios, así como su experiencia en el ámbito asistencial, permiten diseñar las intervenciones formativas y divulgativas más adecuadas para conseguir un ejercicio profesional saludable.

El programa “La salud del médico interno residente (MIR)” es el programa de promoción de la salud de la fundación dirigido a residentes, tutores y responsables docentes. Cuenta con la colaboración de la Fundación para la Protección Social de la OMC para la difusión de sus contenidos y actividades y con el apoyo de Almirall. En este marco de colaboración, desde 2011 se desarrollan los talleres para tutores y residentes para un ejercicio profesional saludable.

¿Por qué un programa sobre La Salud del MIR?

- La residencia es un periodo de aprendizaje proclive al estrés.
- La residencia también es un momento adecuado para incorporar actitudes y habilidades necesarias para

afrontar el estrés inherente a la profesión y ejercer la medicina de forma saludable.

- Es importante mejorar la detección de problemas de salud mental en el residente para poder ofrecerle ayuda y garantizar el éxito de su formación.

El estudio longitudinal sobre la salud, estilos de vida y condiciones de trabajo de los residentes (FG, 2015), constató que el riesgo de sufrir un trastorno mental en este colectivo había pasado del 15% al 29% entre el inicio y el final del primer año de formación MIR. El riesgo psicosocial se incrementa en este periodo debido a la exigencia formativa y laboral: los residentes se enfrentan por primera vez a situaciones de estrés como las guardias y las urgencias, la comunicación de malas noticias a los pacientes y familiares, las dificultades de conciliación con la vida familiar y personal, la falta de tiempo para el ocio etc.

Durante el primer año de residencia, se constatan, además, factores de riesgo, como un fuerte descenso de la práctica de actividad física entre el colectivo, una disminución considerable de las horas de sueño y de la valoración auto-percibida de la propia salud, un incremento del consumo de psicofármacos (ansiolíticos y antidepresivos) y presencia de agotamiento emocional (burn out).

Por otra parte, el estudio también identificó factores que actúan como protectores contra el agotamiento emocional y la desmotivación de los MIR: la presencia y apoyo de los compañeros y superiores, así como la participación en la organización de las tareas formativas y asistenciales.

Las actividades de difusión y la oferta formativa de este programa preventivo de la fundación van dirigidas a la adquisición de habilidades y competencias por parte de los MIR para un ejercicio profesional saludable.

Los síntomas de la demencia. Estrategias de manejo para los cuidadores: la eficacia de las no farmacológicas y la adecuación de las farmacológicas.

Gómez Salado M^aJ1, Moreno Rodríguez A1, Valenzuela Cortés M3

¹ Médico de Familia. UGC. Loreto-Puntales. DS Bahía de Cádiz-La Janda. Cádiz

² Médico de Familia. CS Paterna de Rivera. DS Bahía de Cádiz-La Janda. Cádiz

³ MIR Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Loreto-Puntales. UD Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria. DS Bahía de Cádiz-La Janda. Cádiz

La demencia constituye un gran reto para los sistemas de salud debido a la mayor esperanza de vida de la población. En España los estudios epidemiológicos estiman una prevalencia entre 5-14,9 % en mayores de 65 años, y de 9-17,2% en mayores de 70 años. Las características clínicas de la enfermedad y la escasez de recursos terapéuticos eficaces hacen que sea enorme la repercusión para la persona que la padece y para las personas de su círculo familiar y social que van a hacerse cargo de su cuidado.

La demencia es un síndrome clínico, con un deterioro de las funciones cerebrales superiores, con respecto a un nivel previo, con afectación de las capacidades funcionales que interfieren en las actividades socio-laborales de la persona. Las tres grandes áreas sintomáticas de la enfermedad serán los síntomas cognitivos, los síntomas conductuales y psicológicos (SCPD) y las pérdidas funcionales. Se estima que entre el 80-90 % de las personas con demencia tendrán SCPD.

La atención centrada en la persona, base para la comprensión y cuidado de la persona con demencia, aporta una mirada integral de la persona enferma considerando además importante la relación y comunicación con su cuidador y las características de su entorno. Es necesario su conocimiento y aplicación por los Médicos de Familia (MF) para una mejor atención a pacientes y cuidadores.

Los cuidadores de la persona afectada de demencia necesitan información y formación en habilidades de cuidado. Deben conocer la enfermedad y sus síntomas para comprender al enfermo y adquirir habilidades de cuidado (que hacer ante los síntomas cognitivos, qué hacer ante los SCPD, como mejorar la relación y comunicación con el paciente, como fomentar la

autonomía en las actividades de la vida diaria y seguridad del paciente). Es por ello, que como MF, debemos conocer y enseñar a los cuidadores las mejores estrategias disponibles de manejo para todos los síntomas. Transmitir las ideas claves y saber “cómo hacerlo” hará que nuestra intervención sea más eficiente, potenciando las estrategias no farmacológicas más eficaces en el manejo de los síntomas que empoderan al cuidador y favorecen la desmedicalización. Esto es de especial interés en la atención de los SPCD, por ser los que más afectan la calidad de vida de paciente y cuidadores y ser motivo frecuente de nuestra atención. La estrategia “DICE” (Describe, Investiga, Crea, Evalúa) 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 SPCD.

El tratamiento farmacológico de los síntomas de la demencia debe ser basado en el uso racional de los medicamentos considerando la adecuación a los síntomas, tiempo y dosis, y la mejor evidencia científica.

La necesidad formativa se ha establecido desde la práctica clínica diaria, desde los grupos con formativos para cuidadores familiares y cuidadores formales inmigrantes que realizamos en nuestra Unidad de Gestión Clínica desde hace cuatro años y las sesiones informativas a familiares de reciente diagnóstico de Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias que hemos realizado durante 7 años en el Hospital Universitario Puerta del Mar. Además de basarnos en las recomendaciones de guías de práctica clínica y Planes de Alzheimer y otras Demencias a nivel nacional y autonómico.

Marcadores tumorales y síntomas de alarma de cáncer

Mateos Vázquez AM¹, Bernal Bernal R²

¹ Médico de Familia en Chillón. Ciudad Real. GdT Oncología en Atención Primaria

² Médico de Familia en Puerto Real. Cádiz. GdT Oncología en Atención Primaria

Una cuarta parte de la población de los países desarrollados fallece de cáncer. La mayoría de los afectados consultan en atención primaria, pero sus síntomas pueden también corresponder a enfermedades benignas y aquí está la dificultad para el médico de familia que debe saber cuándo sospechar un proceso maligno. El médico de familia interviene de una forma u otra en el ochenta por ciento de casos de cáncer. Es el profesional con mayor capacidad para reconocer la aparición de nuevos síntomas, la persistencia de los mismos o cambios en las características de un síntoma antiguo. Existen una serie de signos y síntomas que deben considerarse como sugestivos de un posible cáncer. Es importante que los pacientes consulten ante estos síntomas, por ello la importancia de la educación para la salud. Destacamos como síntomas de alarma: tos crónica, esputos con sangre, ronquera de larga duración, pérdida injustificada de peso, bulto en la mama, secreciones anómalas por un solo pezón, sangrado rectal, sangre en la orina, sangrado vaginal tras la menopausia y lesiones cutáneas que crecen o cambian de color. El médico de familia debe valorar en su justa importancia la presencia de estos signos y otros datos, decidiendo de forma justificada la necesidad de proceder a más estudios con carácter normal, preferente o urgente. El correcto conocimiento de los síntomas de alarma por los pacientes, la adecuada interpretación por el médico de familia y el acceso de este a las pruebas diagnósticas necesarias, evitando las demoras en las consultas con otros especialistas, permiten disminuir los tiempos de demora diagnóstica (tiempo que tarda en diagnosticarse un cáncer desde la primera manifestación clínica del mismo). El uso de nuevas herramientas como la dermatoscopia (patrón reticular atípico) ayudan notablemente en el diagnóstico precoz del melanoma. La correcta indicación de las diferentes pruebas complementarias en cada caso según los síntomas de los pacientes evitan costos innecesarios y angustia

en los pacientes; de aquí la necesidad de racionalizar la utilización de pruebas como la mamografía cuya utilidad si se utiliza de forma indiscriminada sin atender a las características clínicas y los antecedentes personales pueden provocar más perjuicios que beneficios. Aumento de incidencia de tumores de piel y pulmón.

Los marcadores tumorales son sustancias producidas por el propio tumor o por los tejidos de órganos en los que asientan y que se presentan en concentraciones más altas en los pacientes con cáncer. En general presentan una relación entre los valores del marcador y la extensión de la enfermedad lo que confiere utilidad variable en diagnóstico, estadiaje y pronóstico. Su aplicación fundamental es para seguimiento, recidiva temprana o efectividad del tratamiento. Son poco específicos y poco sensibles. Pueden elevarse en muchos tumores y enfermedades benignas y su mal uso implica elevado coste y carga ansiosa para el paciente. Solo unos pocos marcadores son útiles en el diagnóstico de pacientes con síntomas sugerentes y prácticamente ninguno son de utilidad en el despistaje en población general asintomática. En el momento actual ni siquiera el PSA se recomienda en el despistaje del cáncer de próstata en pacientes sin síntomas. En relación al diagnóstico, se ha valorado la utilidad del CA 125 junto a ecografía en pacientes con alto riesgo de cáncer de ovario, pero sin resultados positivos por el momento. También sigue en discusión la utilización de la α -fetoproteína conjuntamente con la ecografía en el seguimiento de pacientes con alto riesgo de cáncer hepatocelular relacionado con el VHB. Donde la utilidad de los marcadores tumorales está más clara es en el seguimiento oncológico: el CEA en el cáncer de colon y el PSA para el seguimiento tras prostatectomía o tratamiento radioterápico.

Mi paciente está sufriendo un infarto, y ahora... ¿qué hago?

Pérez López I

Médico de Familia. Dispositivo de Apoyo Janda Litoral. DS Bahía de Cádiz-La Janda. Cádiz

La atención del paciente que llega a nuestras consultas por dolor torácico, representa un desafío con el que se enfrenta a menudo el médico de familia, por lo que resulta imprescindible contar con los conocimientos más actualizados que nos aportan las guías clínicas para aumentar así nuestra capacidad resolutoria. Cuando la causa de este dolor es un síndrome coronario agudo se convierte en una emergencia médica cuyo diagnóstico rápido y tratamiento más apropiado en cada caso han demostrado mejorar la supervivencia y calidad de vida de aquellos que la sufren.

La actual clasificación del síndrome coronario agudo en dos grandes grupos en función de si tienen elevado o no el ST permite diferenciar dos entidades que llevan implícita una importante diferencia fisiopatológica, como es el tipo de trombo y el grado de oclusión de la arteria coronaria que los hace diferentes en la elección del tratamiento y también en el pronóstico.

Así en lo que respecta a los Síndromes coronarios agudos sin elevación del ST (SCASEST) nuestro objetivo fundamental será impedir el cierre total de la arteria y lo haremos administrando precozmente tratamiento antiisquémico, antitrombótico y aplicando terapias de reperfusión más o menos tempranas en función del riesgo calculado. Según las guías clínicas vigentes y dada entre otros factores a la incorporación al arsenal farmacológico de los nuevos antiagregantes es necesario individualizar el tipo de terapia en función del

riesgo isquémico y hemorrágico calculado en cada caso.

En cuanto a los síndromes coronarios agudos con elevación del ST (SCACEST) nuestro objetivo será abrir la arteria totalmente ocluida para limitar el territorio de necrosis, la disfunción ventricular y el desarrollo de arritmias malignas. Esto se conseguirá aplicando terapias de reperfusión de manera inmediata de forma mecánica (angioplastia coronaria transluminal percutánea –ACTP-primaria) o en su defecto farmacológica (fibrinólisis).

En nuestra comunidad se están implementando programas locales de angioplastia primaria pero todavía hay muchos lugares en los que el centro con ACTP disponible está demasiado lejos para poder ofrecer la angioplastia primaria dentro de los límites de tiempo recomendados. En estas circunstancias, y sobre todo cuando los pacientes acuden de manera temprana tras el inicio de los síntomas, se estudiará el papel potencial de la fibrinólisis extrahospitalaria dentro de las estrategias de reperfusión en el SCACEST.

En definitiva el síndrome coronario agudo es una de las principales causas de mortalidad, morbilidad y coste sanitario en España. En los últimos años se han producido avances a gran escala en cuanto al diagnóstico y tratamiento de esta patología. En este taller se abordarán los aspectos más relevantes y novedosos basándonos en las guías clínicas recientemente publicadas.

Muerte súbita en el deporte ¿se puede prevenir?

Barberán Morales C¹, Díaz Ortuño F²

¹ Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. DCCU Bahía de Cádiz-La Janda. Cádiz

² Médico especialista en Cardiología. Hospital Central de la Defensa. Madrid

La actividad física se considera un fiel reflejo del estado de salud y de la calidad de vida de una sociedad, por lo que a la opinión pública le cuesta comprender como un joven aparentemente sano, bien entrenado y con excelente rendimiento deportivo, pueda morir, a pesar de los controles médicos, por una patología silente.

Estas muertes acaparan todos los titulares de prensa deportiva. Aunque la actividad física es beneficiosa para la salud, es un fenómeno constatado que supone un incremento en el riesgo de MS. La identificación de sujetos en riesgo y prevención (adaptación de actividad) disminuye el riesgo de MS. Sin tratamiento inmediato el fallecimiento ocurre en más del 95% de casos. En deportistas de élite las muertes ocurren aun cuando se han sometido a controles médicos.

El deportista es competitivo, con cierta adicción al entrenamiento y competición de modo regular, poniendo gran énfasis en el logro de objetivos, excelencia y éxito. Se caracteriza por su fuerte inclinación a pedirse el máximo esfuerzo físico, llegando al límite para mejorar su actuación. El deporte de competición aumenta el riesgo de muerte súbita en sujetos con cardiopatía previa.

En los últimos años se han identificado varias de las enfermedades cardiovasculares causantes de éstas muertes en deportistas entrenados y el médico de familia debe estar familiarizado con ellas.

La evaluación médica previa puede, al detectar cardiopatías silentes, disminuir el riesgo deportivo, pero requiere profesionalidad y organización elevadas. La inclusión de un ECG en dicha evaluación puede aumentar la sensibilidad para detectar cardiopatías. Se recomienda restringir/excluir del deporte de competición a sujetos con diversas cardiopatías. Muchas arritmias asintomáticas son consecuencia del deporte y no requieren restricciones.

Por lo tanto, la prevención de la muerte súbita asociada con el deporte debe asentarse en tres pilares fundamentales:

1. El reconocimiento cardiológico preparticipación deportiva, para lo que debemos conocer las diferentes enfermedades que con mayor frecuencia son la causa de la muerte súbita en deportistas y detectar precozmente aquellas patologías cardiacas capaces de constituir un riesgo de muerte súbita.
2. La instauración de los mecanismos necesarios para una reanimación cardiopulmonar y desfibrilación sin demora. Basado en el entrenamiento de las técnicas de RCP básica y avanzada (manejo del DESA) que son salvadoras en un corazón demasiado joven para morir. Sólo hay un tratamiento efectivo para frenar la MSC y es la Desfibrilación Precoz.
3. La elaboración de registros nacionales en los que todas las muertes quedaran reflejadas.

¡Parada en el centro de salud!

Alonso Pino MV¹, Pérez López I², Barberán Morales C³

¹ Médica de Familia. SCCU. Hospital Universitario Puerto Real. Cádiz

² Médica de Familia. Dispositivo de Apoyo Janda Litoral. DS Bahía de Cádiz-La Janda. Cádiz

³ Médica de Familia. Dispositivo de Apoyo Barbate. DS Bahía de Cádiz-La Janda. Cádiz

El constante cambio en los protocolos de actuación ante una parada cardiorrespiratoria, así como la disponibilidad por parte de los profesionales sanitarios de material cada vez más especializado y de nuevas tecnologías como los desfibriladores semiautomáticos, hacen imprescindible un continuo reciclaje en los conocimientos sobre las maniobras de resucitación cardiopulmonar (RCP) y ha creado entre los profesionales sanitarios una demanda creciente de formación en este ámbito.

El conocimiento de las técnicas de soporte vital (SV) genera un beneficio indiscutible al mejorar el pronóstico de supervivencia de las paradas cardíacas. El conocimiento de estas técnicas es sencillo, pero no es suficiente por lo que necesitaremos un entrenamiento práctico y unos hábitos que garanticen su correcta aplicación. Este entrenamiento, es imposible de conseguir con el ejercicio profesional, ya que el propio dramatismo de la parada cardíaca y la necesidad de una actuación rápida y eficaz, impiden que la realidad sirva como base de la enseñanza.

El reto fundamental de nuestro taller será aportar conocimientos y destrezas para realizar una atención de calidad a la parada cardíaca con los recursos con los que habitualmente se cuenta en un centro de salud. Para ello en nuestra actividad nos marcaremos unos objetivos, que se basan fundamentalmente en los siguientes puntos:

1. Identificar una parada cardiorrespiratoria.
2. Aplicar una reanimación cardiopulmonar instrumentalizada, mediante la realización de compresiones torácicas de calidad,

empleo de desfibriladores semiautomáticos y ventilación óptima con mascarilla-balón autohinchable.

3. Conocer el algoritmo de soporte vital instrumentalizado.
4. Adquirir la destreza para la colocación de mascarilla laríngea como método de manejo de la vía aérea alternativo frente a la IOT.
5. Identificar ritmos desfibrilables y no desfibrilables mediante el uso del monitor.
6. Conocer la indicación de los fármacos habituales en la parada cardíaca.
7. Conocer los aspectos esenciales en la atención de pacientes en situaciones especiales de parada cardíaca.

Somos conscientes que estas habilidades sólo pueden adquirirse mediante talleres prácticos en los que esté comprendido el método y el material docente apropiado y en los que el aprendizaje sobre la manera de trabajar en grupo sea garantía para optimizar resultados, mediante el desempeño de diferentes roles en el equipo de parada (función de integrante y líder).

Por lo tanto mediante esta actividad procederemos a proporcionar de una forma práctica y participativa, todos los conocimientos y destrezas necesarias para realizar una reanimación cardiopulmonar instrumentalizada de calidad en un centro de salud por el personal que realiza su labor asistencial allí, de acuerdo a los estándares acordados por los Comités Europeos y el Plan Nacional de Resucitación Cardiopulmonar más actuales.

Salud mental en la adolescencia: enfoques no farmacológicos para su promoción

Moreno Fontiveros Ma¹, Martínez Vera MJ²

¹ Médico de familia. CS Estepa (AGS Osuna). Sevilla

² Médico de familia. CS Estepa (AGS Osuna). Sevilla

La adolescencia es un periodo de aprendizaje y autodescubrimiento, donde no sólo se producen cambios físicos sino también cambios cognitivos, emocionales y morales. La frecuencia de trastornos mentales en este periodo ha aumentado en los últimos 20-30 años pudiendo atribuirse a la ruptura de las estructuras familiares, al aumento del desempleo entre los jóvenes y a las poco realistas aspiraciones educativas y profesionales de las familias para sus hijos/as. 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.

Los trastornos mentales tienen enormes repercusiones en el desarrollo emocional e intelectual del adolescente y en el resto de los miembros de su familia. Los problemas de salud mental más frecuentes en los adolescentes son la depresión, ansiedad, trastornos de conducta y el trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH). El comienzo tan precoz de estas patologías puede dar lugar a que se asocien a conductas de riesgo: alimentación, acoso escolar, violencia, consumo de tóxicos, sexuales,... Por otro lado, etiquetar de forma precipitada al paciente o realizar una intervención inadecuada puede afectar negativamente al paciente y a su entorno por el estigma social asociado.

La depresión y la ansiedad en el adolescente suele tener una expresión clínica distinta a la del adulto, predominando más en este grupo de edad la anhedonia, desesperanza e hipersomnias; con un índice de suicidio mayor. Para el diagnóstico tenemos que basarnos en la detección de los síntomas físicos y psicológicos durante la entrevista clínica tanto del paciente como de su familia, siendo el resto de pruebas complementarias en la mayoría

de casos normales. El 20% de los adolescentes europeos padecerán depresión en algún momento de su vida. El suicidio es la tercera causa de muerte en este grupo de edad a nivel mundial, tras los accidentes de tráfico y el SIDA; el 80% de los intentos de suicidio en este periodo no han pasado nunca por la consulta de un especialista. Se estima que más de la mitad de los adultos diagnosticados de alguna enfermedad mental comenzaron a presentar síntomas antes de los 14 años. La psicoterapia es la primera opción de tratamiento en todos los casos, reservando el uso de fármacos a los casos más graves y resistentes.

La promoción y prevención en salud mental infantil es esencial. Conciérne 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. Además debe contribuir de forma activa a eliminar el estigma y discriminación que sigue lastrando la enfermedad mental.

Bibliografía

Grupo de estudio del Adolescente SAMFyC. Guía de Atención al Adolescente. 2015

Brown T.E. Trastornos por déficit de atención y comorbilidad en niños adolescentes y adultos, (Ed.), (2003), Barcelona, Masson.

Mardomingo MJ. Tratado de Psiquiatría del niño y del adolescente. Ediciones Díaz de Santos, 2015.

Cornella i Canals J, Guillamet Ll. Atención a la salud integral del adolescente desde los Servicios de Atención Primaria. *Pediatr Integral* 2001;6 (1):33-41

Técnicas quirúrgicas en cirugía menor ambulatoria

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

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

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

³ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC El Torrejón. Huelva. Vocal de Residentes del Colegio Oficial de Médicos de la provincia de Huelva.

⁴ Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Director de la UGC Pinomontano. Sevilla. Miembro GdT de Cuidados Paliativos de SAMFyC

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.

En este taller pretendemos reforzar el aprendizaje de técnicas específicas de dichas cirugías como la exéresis simple, el curetaje, la crioterapia o la electrocoagulación son relativamente sencillos, por lo que el motivo principal del 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 el aprendizaje de 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

Romero Márquez AR, Fernandez Temprano JM, Fernandez Hermoso I, Vazquez Guerrero JC. Manual de Cirugía Menor en Atención Primaria. Distrito Condado Campiña. Servicio Andaluz de Salud. 2008.

Maestro Saavedra FJ, Mendez Baliñas JA, Lopez de los Reyes R, Puime Montero P, Veleiro Tenreiro MJ, Vazquez Blanco M. Curso de Cirugía Menor. Grupo de Cirugía Menor de la Asociación Gallega de Medicina Familiar y Comunitaria. 2002.

Batalla Sales M, Beneyto Castello F, Ortiz Diaz F. Manual Práctico de Cirugía Menor. Grupo de Cirugía Menor y Dermatología (Sociedad Valenciana de Medicina Familiar y Comunitaria). 2012.

Protocolo de Cirugía Menor en Atención Primaria. Servicio Canario de Salud. 2009.

Marron Moya SE, Tomas Aragonés L. Protocolo de Cirugía Menor Dermatológica en Atención Primaria en el Sector de Salud de Calatayud.

Ortega Carpio A. Guía de Cirugía Menor. Centro de Salud El Torrejón. Huelva.

VII Curso Teórico Práctico de Cirugía Menor Ambulatoria. Hospital Infanta Elena. Huelva. Junio 2012.

Uso seguro de internet y redes sociales en la adolescencia: cómo prevenir adicciones. Uso seguro de medicamentos prescritos y no prescritos por profesionales sanitarios.

URM

Mesa Gallardo MI¹, Idoia Jiménez Pulido I²

¹ Médico de Familia. Responsable de la Unidad de Formación, Investigación y Calidad del DSAP Condado-Campiña. La Palma del Condado (Huelva)

² Médico de Familia. Directora de la UGC Úbeda. Úbeda (Jaén)

La aparición de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) en nuestra sociedad ha traído numerosos elementos positivos, incluidos nuevos medios de comunicación, trabajo, aprendizaje y entretenimiento.

La navegación por Internet, el uso de redes sociales, los videojuegos y los teléfonos móviles han provocado un cambio radical en los estilos de vida, especialmente entre los más jóvenes.

El uso de las nuevas tecnologías también ha traído consigo riesgos como los relacionados con la identidad, el sexting, el ciberbullying o el grooming y problemas por un uso inapropiado o excesivo, adicciones, que han contribuido al fracaso escolar, al absentismo escolar, al deterioro de las relaciones familiares y al aislamiento. Aunque parece que el uso de estas tecnologías se normaliza con la edad hacia un uso más académico, menos lúdico y con menos consecuencias negativas.

Existen signos que pueden orientar hacia el abuso de las nuevas tecnologías como son la dependencia psicológica, la modificación del estado de ánimo, la tolerancia y abstinencia o posibles efectos adversos del uso como son el absentismo o el fracaso escolar. Algunos estudios señalan que los adolescentes con problemas de adicción a Internet, como en el caso de las adicciones a sustancias, presentan problemas de comportamiento, ansiedad, depresión, trastornos del sueño y, en algunos casos, sufren de soledad y aislamiento social.

En la actualidad se han elaborado diversos test diagnósticos, algunos validados en adolescentes españoles, que facilitan el diagnóstico individual del uso excesivo, el uso problemático o de las adicciones a

los videojuegos e incluso en el DSM-5 se incluyó el trastorno por juego en Internet.

Pero para poder realizar un análisis sobre qué pasa en la comunidad con el uso de las TIC es necesario realizar un abordaje biopsicosocial del adolescente.

En este sentido, existen múltiples publicaciones sobre el tratamiento de las adicciones a los videojuegos, tratamientos farmacológicos en algunos casos y no farmacológicos.

Otros estudios relacionan factores individuales del adolescente como la edad, el sexo, el consumo de tabaco o de alcohol, el número de horas conectado a Internet, las relaciones personales o familiares con el uso inapropiado o las adicciones a Internet o videojuegos online. El uso problemático de Internet se asocia más con chicas sin embargo la adicción a los videojuegos es más frecuente en chicos y ambas situaciones se relacionan con el consumo de tabaco, antecedentes de consumo excesivo de alcohol, consumo de cannabis y otras drogas. Se tiende a explicar las causas de estos usos por los estilos de vida de las personas, pero no se tienen en cuenta otros factores que no son individuales, que caracterizan a la comunidad, como son las propias condiciones de vida, el desempleo, la pobreza o la inequidad social. Los determinantes intermedios como las condiciones laborales, los ingresos, los recursos habitacionales y el medio físico y otros estructurales determinan el contexto del adolescente.

Como profesionales sanitarios debemos saber detectar usos problemáticos de las TICs que pueden acarrear problemas para la salud y bienestar del adolescente, sin olvidar los determinantes sociales de la salud en el abordaje integral de los mismos.

Valoración y abordaje terapéutico de las agudizaciones en el EPOC. URM

Bujalance Zafra MJ, Fernández Vargas AM

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

Las Agudizaciones en la EPOC (AEPOC) se definen como un empeoramiento agudo de los síntomas respiratorios que requieren un tratamiento adicional. Tienen una importante repercusión tanto en el paciente como en el sistema sanitario. Las AEPOC conllevan una pérdida de función pulmonar, mayor número de ingresos hospitalarios, peor calidad de vida y una mayor mortalidad.

¿Sabemos diagnosticar una agudización en el paciente con EPOC? ¿Conocemos los factores que determinan la gravedad de las AEPOC? ¿Nos resulta fácil identificar la causa de la agudización? ¿Sabemos tratar las AEPOC según la gravedad y la causa que la origina mediante un uso racional del medicamento? ¿Conocemos los factores de riesgo para que se produzca un fracaso terapéutico?

La identificación precoz, una valoración y un tratamiento adecuado permitirán mejorar la atención de los pacientes con AEPOC y disminuir las complicaciones que conlleva.

Objetivo principal: Que el participante conozca y aplique el manejo de los pacientes con agudizaciones de la EPOC.

Objetivos específicos:

- Conocer la prevalencia de las AEPOC, sus causas e identificarlas precozmente.
- Saber cómo realizar una valoración diagnóstica de la AEPOC.
- Conocer el tratamiento adecuado de las AEPOC según el Uso Racional del medicamento (URM)
- Saber realizar un plan de atención personalizado, considerando el papel del paciente en la prevención de las AEPOC.

Dirigido a: Médicos de familia y Médicos Internos Residentes de Medicina Familiar y Comunitaria.

Contenidos:

Unidad 1: Generalidades de las AEPOC

Unidad 2: Valoración y diagnóstico de las AEPOC

Unidad 3: Tratamiento de las AEPOC según URM

Unidad 4: Casos Clínicos

Metodología: Metodología activa participativa con aprendizaje por descubrimiento, con método interrogativo. Aprendizaje mediante casos clínicos con participación activa de los participantes,

RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN TIPO ORALES

Promocionando hábitos de vida saludable

García González J¹, Ruiz Carbajo FJ², Carbajo Martín L¹, Chávez Sánchez JC¹, García González M³, Calzado Gutiérrez RM⁴

¹ Médico de Familia. AGS Sevilla Sur. Sevilla

² Técnico Transporte Sanitario. Adea Sevilla

³ Grado Psicología. Universidad de Huelva

⁴ Enfermera. AGS Sevilla Sur. Sevilla

Objetivos

Fomentar la práctica de hábitos saludables en relación con una dieta equilibrada, ejercicio físico, consumo de tabaco y alcohol como medidas de promoción de la salud.

Diseño

Estudio comunitario.

Emplazamiento

Comunidad.

Material y Método

Durante semana cultural se programó un taller sobre hábitos de vida saludable en el salón multiusos de nuestra localidad. Para la actividad se utilizó material audiovisual y material físico para reforzar los conceptos explicados (póster). Como refuerzo, se les entregó a los participantes material didáctico. Tras la proyección de la información, se abrió un espacio de participación ciudadana con preguntas y aportaciones que se debatieron entre los participantes y ponentes. Al final de la actividad se facilitó una encuesta de participación.

Resultados

La muestra fue de 30 participantes. Según los datos obtenidos en la encuesta al 89.2% les habían parecido interesantes los temas abordados en esta actividad y un 72.1% respondió que esta actividad les había aportado nuevos conocimientos sobre el tema. Al 8.3% les había parecido poco interesante esta actividad y el 23.6% respondió que no le había aportado nueva información. La valoración global de la actividad obtuvo una media de 8.6/10.

Conclusiones

Es importante un cambio cultural en cuanto a las creencias sobre hábitos saludables en nuestra población aportándoles herramientas e información útil y sencilla para modificar su estilo de vida con el fin de prevenir la aparición de enfermedades y mejorar su estado de salud. El estilo de vida es un factor de riesgo cardiovascular modificable, de ahí la importancia de este tipo de talleres.

Palabras clave

Health Education, Health Behavior, Life Style

RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN TIPO ORALES

¿Cómo manejamos el dolor oncológico?

García González J¹, Carbajo Martín L¹, Chávez Sánchez JC¹, Cantalejo Rodríguez E², Calzado Gutiérrez RM³, García González M⁴

¹ Médico de Familia. AGS Sevilla Sur. Sevilla

² Médico de Familia. DA Sevilla Norte

³ Enfermera, AGS Sevilla Sur. Sevilla

⁴ Grado Psicología. Universidad de Huelva

Objetivos

Conocer el tratamiento proporcionado a pacientes en cuidados paliativos con dolor oncológico por los equipos de urgencias extrahospitalarias.

Diseño

Estudio observacional retrospectivo. descriptivo

Emplazamiento

Urgencias extrahospitalarias.

Material y Método

Estudio basado en el análisis de historias clínicas de pacientes paliativos atendidos por dispositivos de cuidados críticos y urgencias cuyo motivo de consulta fuese dolor desde septiembre de 2014 a septiembre de 2015. Se identifica edad del paciente, tipo de patología oncológica, tratamiento pautado y resolución de la demanda. Se realizó análisis descriptivo de las variables del estudio.

Resultados

Se evaluaron un total de 31 historias clínicas que cumplían los criterios de inclusión. La edad media de los pacientes atendidos fue de 71,8

años, 17 (54.8%) eran hombres y 14 (45.2%) mujeres.

Las patologías oncológicas atendidas fueron: pulmón (35.5%, N=11), colon (22.6%, N=7), mama (25.8%, N=8), otros tumores gastrointestinales (9.7%, N=3), ginecológicos (3.2%, N=1) y óseo (3.2%, N=1).

De los 31 casos, 23 (74.2%) se solucionaron en domicilio y 8 (25.8%) se derivaron al hospital.

El tratamiento administrado ha sido: cloruro mórfico 38.7% (N=12), AINES 29% (N=9), metazolol 22.6% (N=7) y sin tratamiento 9.7% (N=3).

Conclusiones

El control del dolor especialmente en pacientes oncológicos debería ser una prioridad de nuestra labor asistencial. En este estudio vemos que la mayor parte de los pacientes permanecen en domicilio. En cuanto al tratamiento administrado cabe destacar que sólo en el 38.7% de los pacientes se administran opioides para tratamiento del dolor oncológico y sobre todo que quedan sin ningún tipo de tratamiento casi un 10% de estos pacientes.

Palabras clave

Pain Management, Palliative Care, Analgesics Opioid

RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN TIPO ORALES

Implantación de plan de mejora de la indicación de pruebas diagnósticas en cefalea no complicada

Guerrero García FJ¹, García Lucena G², Romero Romero AM²

¹ Médico de Familia. UGC Gran Capitán. Granada

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Gran Capitán. Granada

Objetivos

Adeuar la solicitud de pruebas diagnósticas de imagen en cefalea no complicada a las recomendaciones de "No hacer"

Diseño

Estudio observacional.

Emplazamiento

UGC de Atención Primaria Urbana.

Material y Método

En 2016 se incluye como objetivo de "NO HACER" la realización de pruebas de imagen en cefaleas no complicadas.

Muestra: Todos los pacientes con diagnóstico de cefalea.

Se revisan las historias de los pacientes diagnosticados de cefalea y se revisan las peticiones de pruebas de imagen (TAC y Rx de Cráneo) solicitadas

Indicador propuesto: % de Petición de pruebas de imagen

Fórmula: $[1 - (\text{Número de pacientes con cefalea sin criterios de gravedad sin pruebas de imagen} / \text{Número de pacientes con cefalea sin criterios de gravedad})] * 100$

Límite Superior (Óptimo)/ Límite Inferior: 80%/75%

Resultados

Pacientes con diagnóstico de cefalea: 350

Pacientes con criterios de cefalea no complicada: 340

Pacientes con criterios de cefalea complicada: 10

Pruebas de imagen solicitadas: 63 (47 TAC y 16 Rx).

Pruebas de imagen solicitadas en pacientes con cefalea complicada: 10 (10 TAC) (16% del total de pruebas diagnósticas y 2,86 % de los pacientes con cefalea)

Pruebas solicitadas en pacientes con cefalea no complicada: 5 (5 TAC) (8% del total de pruebas diagnósticas y 1,47% de los pacientes con cefalea)

Conclusiones

De las pruebas de imagen solicitadas, solo el 8% son realizadas a cefaleas sin criterios de Gravedad.

Sólo al 1,47 % de los pacientes con cefalea sin criterios de Gravedad se le ha realizado prueba diagnóstica, siendo por tanto el 98,53% de los pacientes a los que NO se le ha solicitado prueba de imagen.

Palabras clave

Diagnostic X-Ray, Primary Health Care, Headache

RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN TIPO ORALES

¿Polimedicamos a nuestros mayores?

Mesa Rodríguez P¹, Amodeo Arahál MC², Vargas Iglesias S¹, Hernández Galán JL³, Liñán Cáceres AM⁴

¹ Médico de Familia. CS El Juncal. Sevilla

² Médico de Familia. CS El Porvenir. Sevilla

³ UD de MFyC. Sevilla

⁴ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Juncal. Sevilla

Objetivos

Evaluar el grado de polimedicación (5 o más fármacos) y de grandes polimedicados (10 o más fármacos) de nuestra muestra. Analizar la relación entre grado de dependencia y polimedicación. Evaluar la presencia de criterios de inadecuada prescripción en relación con caídas según los criterios STOPP.

Diseño

Estudio descriptivo transversal. Año 2016.

Emplazamiento

CS urbano.

Material y Método

Muestra recogida mediante muestreo sistemático seleccionando al primer paciente que acude a consulta que cumpliera los criterios de inclusión. 107 pacientes, 31 hombres y 76 mujeres. 77,37 años de media, IC 95% (Media) 76,4 – 78,35 años, DS 5.1 años

Resultados

un 21,5% eran no polimedicados (< 5 fármacos), el 54,2% polimedicados (5 o más

fármacos y menos de 10 fármacos) y 24,3% grandes polimedicados (10 o más fármacos) Los pacientes con Barthel entre 60 y 90: 14,3 % no polimedicados, 33,3% polimedicados y 52,3% grandes polimedicados. En pacientes con Barthel mayor o igual a 90: no polimedicados 23,3%, 59,3% polimedicados y 24,3% grandes polimedicados. A mayor dependencia mayor polimedicación $p < 0,01$. El 24,3% no tenían fármacos inadecuados, el 75,7% tenía al menos un fármaco potencialmente inadecuado para provocar caídas, un 24,2% que tenían 3 o más fármacos de éstos.

Conclusiones

Tenemos unas tasas de polimedicación en mayores de 70 años superiores al 70%. De los que hasta un 24,3% tienen 10 o más fármacos prescritos. A mayor grado de dependencia mayor tasa de polimedicación. Más del 75% tenía al menos prescrito al menos un fármaco que según los criterios STOPP podría provocar caídas y hasta el 24,3% tenían prescrito 3 o más de estos fármacos.

Palabras clave

Aged, Innapropriate Prescribin, Polymedication

RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN TIPO ORALES

Retirar benzodiazepinas en pacientes mayores de 70 años. ¿Una tarea imposible?

Mesa Rodríguez P¹, Liñán Cáceres AM², Vargas Iglesias S¹, Hernández Galán JL³, Amodeo Arahal MC⁴

¹ Médico de Familia. CS El Juncal. Sevilla

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

³ UD de MFyC Sevilla

⁴ Médico de Familia. CS Porvenir. Sevilla

Objetivos

Evaluar la prevalencia de pacientes mayores de 70 años en tratamiento a largo plazo con benzodiazepinas. Analizar qué grado de aceptación tendría la reducción o retirada en población que estuviese en tratamiento con benzodiazepinas.

Diseño

Estudio descriptivo transversal Año 2016.

Emplazamiento

Centro Salud urbano.

Material y Método

Muestreo sistemático, seleccionamos al primer paciente que acude a consulta que cumpliera los criterios de inclusión. *Criterios de inclusión:* pacientes > 0 = a 70 años y < 90 años. Con un grado de dependencia según Barthel mayor o igual a 60 (dependencia leve), sin deterioro cognitivo. Realizamos un muestreo sistemático. *Muestra:* 107 pacientes, 31 hombres y 76 mujeres. 77,37 años de media, IC 95% (Media) 76,4 – 78,35 años, DS 5.1 años.

Resultados

De 107 pacientes muestreados 46 (43%) no tenían prescritos benzodiazepinas y 61 pacientes (57%) tenían prescritos benzodiazepinas de forma continuada. De los 61 pacientes en tratamiento con benzodiazepinas les preguntamos si desearían modificar su tratamiento, de los que el 18% estaría dispuesto a modificar o retirar las benzodiazepinas, el 82% de la población muestreada en tratamiento con benzodiazepinas no aceptaría ningún tipo de intervención en su pauta de tratamiento.

Conclusiones

Tenemos unos datos alarmantes en referencia a tratamiento crónico con benzodiazepinas. Más de la mitad de la muestra está en tratamiento crónico con éstas y consideramos que deberíamos ir reduciendo estos números. - No obstante retirar benzodiazepinas no es tarea fácil, en nuestra muestra, sólo un 18% de los pacientes muestreados que están en tratamiento crónico con benzodiazepinas aceptaría modificar su tratamiento.

Palabras clave

Aged, Benzodiazepine, Benzodiazepine Dependence.

RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN TIPO ORALES

¿Cuál es el peor enemigo de un diabético?

Merino de Haro I¹, Fernández López P², Pérez Buendía I³

¹ Médico de Familia. CS San Luis de Sabinillas. Málaga

² Médico de Familia. CS La Zubia. Granada

³ Médico de Familia. Hospital Universitario PTS. Granada

Objetivos

Conocer la prevalencia de la insuficiencia renal de los pacientes diabéticos según el morfotipo de IMC en el ámbito de la AP, así como la prevalencia de otros factores de riesgo cardiovascular y la posible implicación de la obesidad en el aumento de prevalencia.

Diseño

Descriptivo observacional.

Emplazamiento

Atención Primaria.

Material y Método

Se seleccionan a todos los pacientes diagnosticados de DM2 en una ZBS de salud en el ámbito rural, que tengan una analítica Colesterol total, Creatinina sérica y Microalbuminuria y tensión arterial, en los últimos 6 meses quedando 1785 pacientes.

Se clasifican a los pacientes según el morfotipo de IMC en 3 grupos.

Estimamos el filtrado glomerular (eFG) con la ecuación CKDEPI, considerando Insuficiencia renal a una eFG < 60 ml/min/1.73 m² según los criterios de la KDIGO

Resultados

Grupo I: Se compone del 0.4% de la población, con un 25% de hipercolesterolemia.

Grupo II: Tiene el 10.1%, con 67% de HTA, 48% de Hipercolesterolemia, un 9.1% de Insuficiencia Renal, y 15.1% de Microalbuminuria.

Grupo III: Con un 36.8%, tiene: 75.1 de HTA, con 54% de hipercolesterolemia, 31.5% de Insuficiencia Renal, y 32.3% de Microalbuminuria.

Grupo IV: con 46.7%, con 81.6% de Hipertensión, 56% de Hipercolesterolemia, 57.4% de Insuficiencia Renal, y 48.4% de Microalbuminuria.

Grupo V: 6% de la Población, tiene un 85% de Hipertensión, con 55.7% de Hipercolesterolemia.

Conclusiones

1. Los pacientes con DM2 presentan un IMC elevado en el 89.5% de los casos.
2. La prevalencia de la Hipertensión arterial, Hipercolesterolemia, Insuficiencia Renal y Microalbuminuria aumentan conforme aumenta el IMC.

Palabras clave

Diabetes Mellitus, Renal Insufficiency, Hypercholesterolemia.

RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN TIPO ORALES

Mortalidad a los dos años en Pacientes Pluripatológicos en Atención Primaria

Pascual de la Pisa B¹, Ocete Alcalde MI², Luna Cano JJ³, Ruiz González S⁴, García Lozano MJ¹, León Arévalo IM⁵

¹ Médico de Familia. CS Camas. Sevilla

² Médico de Familia. CS Armilla. Granada

³ Médico de Familia. CS El Rancho. Morón de la Frontera. Sevilla

⁴ Enfermera de Familia. CS Pinos Puente. Granada

⁵ Médico de Familia. CHARE Utrera. Sevilla

Objetivos

Conocer la mortalidad a dos años de una cohorte de pacientes pluripatológicos (PPP) en Atención Primaria (AP).

Diseño

Prospectivo de cohortes simultáneas a dos años.

Emplazamiento

23 centros de salud ámbito autonómico.

Material y Método

Sujetos: Adultos con criterios de PPP y aceptación a participar. Muestra=827 (p=20%, IC 99,9% precisión 5%, añadiendo 20% de pérdidas). Muestreo consecutivo.

Variable resultado principal: Mortalidad.

Variables independientes: edad, género, clínicas, analíticas, hábitos tóxicos, valoración funcional (índice de Barthel –IB- y Lawton –LB-), cognitiva (Pfeiffer), sociofamiliar (Gijón), antecedentes de caídas o ingresos hospitalarios en el año previo.

Recogida de datos: entrevista presencial e historia clínica.

Análisis estadístico: descriptivo univariante (media, intervalo de confianza –IC95%- y porcentajes), bivariante según naturaleza de las variables; regresión logística binomial y área bajo la curva ROC (AUC).

Resultados

Se incluyeron 829 PPP, edad media fue 78,2 (IC95% 77,5-78,8) y 48,7% eran mujeres. La media de categorías diagnósticas de PPP fue 2,6 (IC95% 2,5-2,6) siendo las más prevalentes la A 61,6%, la E 41,1% y la C 38,5%. 46,6%; IB < 60 puntos; 30,6% (n=253) fallecieron a los dos años; esto se asoció a la edad, IB, LB, Gijón, número de categorías, ingresos en el año previo (p>0,05). El mejor modelo de regresión con objetivo predictivo muestra una AUC de 0,7.

Conclusiones

La mortalidad a dos años en PPP en AP fue de 30,6%, porcentaje inferior a los reportados en otros estudios. El **Diseño** de modelos predictivos con fin pronóstico puede contribuir a la toma de decisiones en la práctica clínica.

Palabras clave

Multimorbidity, Aged, Primary Health Care.

RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN TIPO ORALES

Aplicación de escalas pronósticas a una cohorte de pacientes con enfermedad crónica compleja en estado avanzado en Atención Primaria (estudio PaliarAP)

García Lozano MJ¹, Terceño Raposo P², León Arévalo IM³, Caba Martín A⁴, Hitos Henares N⁵, Rodríguez Chaves I⁶

¹ Médica de Familia. UGC Camas

² Médica de Familia. Consultorio Setenil. UGC Alcalá del Valle. Cádiz

³ Médico de Familia. HAR Morón. Sevilla

⁴ Médica de Familia. Consultorio Peñuelas. Granada

⁵ Médico de Familia. Consultorio Cacín-El Turro. Granada

⁶ Médico de Familia. CS Carmona. Sevilla

Objetivos

Valorar resultados de escalas pronósticas en pacientes con enfermedad crónica compleja avanzada en Atención Primaria.

Diseño

Descriptivo transversal multicéntrico.

Emplazamiento

Centros de salud.

Material y Método

Sujetos: adultos con criterios definitorios (CD) del estudio PaliarAP: Insuficiencia cardiaca (ICC), Insuficiencia respiratoria (IRC), Insuficiencia renal (IReC), Hepatopatía (HC), Enfermedad neurológica con deterioro cognitivo y/o funcional (ENC). Muestreo consecutivo. *Muestra*: 515. *Mediciones*: sexo, edad, CD, criterios terminalidad National Hospice Organization (NHO), Palliative Performance Status (PPS), Palliative Prognostic Index (PPI), ECOG. Fuente información: entrevista e historia clínica. *Análisis estadístico*: descriptivo uni y bivalente.

Resultados

515 pacientes, 55,5% mujer; edad media fue 79,65 (DS 10,7). Los CD más frecuentes fueron: ENC 58,4%, ICC 30,5% e IRC 28,3%, siendo la media de 1,34 (DS). El 19,6% cumplía los tres criterios NHO; el 1º (24,3%) se relacionó estadísticamente con ICC e IReC ($p < 0,05$), el 2º (35,7%) con IReC y ENC ($p < 0,005$) y el 3º (40,2%) con IC ($p < 0,005$). La mediana para PPI fue 3,5 (RIC 3,5), PPS 50 (RIC 20) y ECOG 3 (RIC 1). PPI presentó relación estadísticamente significativa con IReC (IC 0,2 a 1,5), HC (IC 0,2 a 3,2) y ENC (IC -1,82 a -0,9) ($p < 0,05$); PPS presentó relación estadística ($p < 0,05$) con todas las categorías. ECOG fue estadísticamente significativo ($p < 0,05$) para ICC, ENC, IRC e IReC.

Conclusiones

ECOG y PPS indican que nuestra población se encuentra en una situación de gravedad moderada en funcionalidad. El CD condiciona las respuestas del NHO. La valoración de mortalidad permitirá conocer la idoneidad de la aplicación de estas escalas pronósticas en pacientes con enfermedades crónicas avanzadas.

Palabras clave

Complex Chronic Diseases, Palliative Medicine, Prognostic Scores.

RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN TIPO ORALES

Evaluación de la prevalencia de prescripción inadecuada en pacientes mayores polimedicados según criterios Stopp/Start

Cuerva Gómez R¹, Rueda Illescas MD¹, Martínez López M¹, González Jouhaud JM², Canón Raya MJ², Montosa Tapia M³

¹ Médico de Familia. CS Guadix. Granada

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Guadix. Granada

³ Enfermero de Familia. CS Guadix. Granada

Objetivos

Evaluar la prevalencia de prescripción inadecuada en pacientes mayores de 65 años, en tratamiento con cinco o más fármacos, aplicando los criterios Stopp/Start en dos cupos.

Diseño

Estudio observacional retrospectivo.

Emplazamiento

Atención Primaria.

Material y Método

Población: Mayores de 65 años en tratamiento con 5 o más fármacos.

Criterios de selección: Pacientes polimedicados > 65 años de dos cupos, durante 12 meses (2015). Tamaño muestral calculado para una precisión 3,5%-5%, nivel de confianza 95%, prevalencia estimada 40%, N=247. Las variables dependientes han sido los criterios STOPP/START. Variables independientes edad, sexo y número de prescripciones. Se calcula media y desviación estándar para variables cuantitativas y frecuencias relativas para cualitativas

Resultados

N=247 pacientes, 111 (44.9%) varones, y 136 (55.1%) mujeres. Rango de edad entre 65 y 94 años (moda 79-80 años). El número de prescripciones oscila entre 5 y 20 fármacos (la mayoría entre 7 y 9)

Criterios Stopp 81, Start 34 (Total 115 criterios). Porcentaje de prescripción adecuada (fijando un cumplimiento >70%) para los criterios Stopp es del 80% y para los Start 73.5%

Criterios Stopp más incumplidos: A1 (correlación entre la H^a de problemas y fármacos), D5 (BZD ≥ 4 semanas), D12, L2 (opioides sin laxantes)

Criterios Start con mayor incumpliendo: C6 (agonistas dopaminérgicos para el síndrome piernas inquietas), D2 (suplementos de fibra para la diverticulosis con estreñimiento), E1 (fármacos antirreumáticos), G3 (estrógenos vaginales), H2 (laxantes), I2 (vacuna antineumocócica)

Conclusiones

Los criterios STOPP/START son una herramienta útil y validada, aportando nuestros Resultados datos positivos a los estudios actuales.

Palabras clave

Geriatric Diseases, Nappropriate Prescriptions, STOPP/START Criteria.

RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN TIPO ORALES

¿Cómo mueren nuestros pacientes? Experiencia con manejo de sedación terminal

Medina Salas V, Vilar Gámez M, López Fernández A

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Almanjáyar. Granada

Objetivos

1. Describir el perfil de mortalidad en un CS
2. Conocer las características de los pacientes fallecidos paliativos.
3. Describir las situaciones que requirieron sedación

Del total de fallecidos, 57 (56.4%) eran pacientes en situación de cuidados paliativos, mientras que 44 (44.6%) no lo eran. Del total de paliativos, 31 (54.4%) eran pacientes no oncológicos y 26 (45.6%) eran pacientes oncológicos.

Diseño

Descriptivo.

Del total de fallecidos, 22 (21.8%) recibieron sedación terminal, de los cuales 16 (72.8%) eran paliativos, mientras que el resto 6 fueron sedaciones que se realizaron en hospital debido a cuadros agudos e irreversibles.

Emplazamiento

CS.

Del total de pacientes paliativos que recibieron sedación terminal, en 9 de ellos (56.2%) se realizó en domicilio y en 7 (43.8%), se realizó en hospital.

Material y Método

Población barrio de Almanjáyar de Granada (9.550 habitantes). Fallecidos del 01/01/2016 al 31/12/2016, Análisis retrospectivo de mortalidad según datos de Registro de mortalidad e Historia digital DIRAYA. Cabe destacar que dentro de la misma se incluyen varias residencias de ancianos, así como que en el proceso de atención no interviene ningún servicio de hospitalización a domicilio o paliativos descentralizado.

Conclusiones

Entendemos que la atención al final de la vida debe ser competencia y responsabilidad de la enfermera y Médico de Familia habitual, y que no requiere necesidad de atención especializada/hospitalaria; idea que apoyan los datos obtenidos en este análisis.

Resultados

Fallecieron 101 pacientes en dicho periodo, de los cuales 53 eran mujeres y 48 eran hombres. Le edad media de fallecimiento fue de 78 años.

Palabras clave

Mortality, Advance Care Planning, Terminal Care.

RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN TIPO ORALES

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: Resultados preliminares

Ortega Molina JD¹, Arregui Reyes J², Pérez Márquez A³, Morán Rocha T⁴

¹ CS Los Rosales. Huelva

² MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Los Rosales. Huelva

³ Médico de Familia. CS Los Rosales. Huelva

⁴ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Bollulos del Condado. Huelva

Objetivos

Comparar la efectividad de la intervención higiénico-dietética quincenal y bimensual para reducir el IMC. Determinar correlación entre reducción de IMC y mejora en la calidad de vida objetivada mediante SF-36.

Diseño

Ensayo clínico aleatorizado. Becado Beca Isabel Fernández SAMFYC 2016.

Emplazamiento

Atención Primaria.

Material y Método

Sujetos de estudio: adultos menores de 75 años IMC>30. Se determinan criterios de exclusión. Muestreo consecutivo no probabilístico. Aleatorización: grupo de intervención y grupo control. *Tamaño muestral*: 90 sujetos de estudio (45 por grupo). *Análisis*: Media, desviación típica, varianza, intervalo de confianza al 95%, chi cuadrado, t de Student para muestras independientes y repetidas, regresión lineal, coeficiente de correlación de Pearson. Tomando como objetivo clínico la reducción del IMC del 10%, se calcularán incidencia, RR, RRR; RAR, NNT. *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 proposición de dieta hipocalórica. Se evalúa la calidad de vida mediante SF-36 al inicio y al finalizar. Dependientes: peso, IMC, medidas antropométricas e ítems de Sf-36. Se determinan factores de confusión.

Resultados

Tras 2 meses de *Intervención*: 80 sujetos (41 control, 39 intervención). Asignación aleatoria exitosa salvo para AP de cardiopatía y dolor crónico. Reducción significativa de IMC en ambos grupos, sin diferencias estadísticamente significativas entre ellos, así como de grasa corporal, grasa visceral, perímetro abdominal, aumento de masa muscular.

Conclusiones

Por el momento, no hay diferencias estadísticamente significativas en la reducción de IMC entre ambos grupos, ni en el resto de variables.

RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN TIPO ORALES

“Influencia de la edad y el género en la búsqueda de información sanitaria en Internet por los adolescentes”

Blázquez BarbAM¹, Gómez Romero D², Frontaura Fernández I¹, Camacho Ojeda A², Rodríguez Salas FM², Toríz Cano H²

¹ Médico de Familia, UGC La Palma del Condado. Huelva

² Enfermera de Familia, UGC La Palma del Condado. Huelva

Objetivos

Analizar la relación entre edad y género y la búsqueda de información sanitaria en Internet. Describir características socio-demográficas de los adolescentes y de las fuentes de Internet utilizadas.

Diseño

Estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento

Cuatro centros escolares de municipios rurales.

Material y Método

Encuesta adaptada del cuestionario validado por Rideout, autoadministrada a adolescentes entre 12-18 años.

Resultados

405 adolescentes, 51,6% mujeres, edad 14,9±1,2. Busca información sanitaria un 53,8%, sobre todo: cáncer (89,9%), adicciones (67,7%) ETS-VIH (49,6%) embarazos/ anticoncepción (21,5%), enfermedades mentales (40%) enfermedades cardíacas/DM (53,6%) y trastornos alimentarios (39,3%). El 63,2% elige

Google, 11,9% webs Médicas. Comparten información en redes sociales 12,8% (70,3% Facebook), sobre todo con 16 años ($p=0,01 \chi^2$). Existen diferencias en cuanto a la edad y el motivo de consulta en Internet, siendo las compras online el principal motivo a los 18 años, las redes sociales a los 14 años y el uso de chats ($p<0,05 \chi^2$) y la consulta por adicciones ($p=0,01 \chi^2$) de 14-16 años.

En cuanto al género, las mujeres se preocupaban más por trastornos alimentarios ($p=0,011 \chi^2$) y contrastaban la información por otros medios aparte de Internet ($p=0,005 \chi^2$). Un 70,7% cambiaban su conducta por la información encontrada aunque 98,3% no conocía ningún filtro de calidad del contenido. Un 56,05% prefería usar Internet por: rapidez 34,8%, privacidad 15,8%, fiabilidad 13,6% y mucha información 17,6%.

Conclusiones

Existen diferencias en cuanto a edad y género en algunos aspectos de la búsqueda de información sanitaria por los adolescentes. Sería necesario tenerlo en cuenta para abordar la comunicación asistencial con este colectivo.

Palabras clave

Internet, Health information, Teenagers.

RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN TIPO ORALES

Prevalencia de pluripatología en pacientes frágiles en la ciudad de Sevilla

De Santiago Cortés R¹, Escalera Martin P², Bohórquez Colombo MP³, Hernández Galán JL³, Huesa Andrade M²

¹ Médico de Familia. CS Camas. Sevilla

² Médico de Familia

³ UD de MFyC Sevilla

Objetivos

Analizar la prevalencia de pluripatología en los pacientes institucionalizados y Atención Domiciliaria.

Diseño

Es un estudio observacional descriptivo, cuya variable principal es la presencia de pluripatología.

Emplazamiento

Atención Primaria.

Material y Método

Muestreo consecutivo en una muestra universal, pacientes reclutados de junio a noviembre de 2016.

Análisis descriptivo, con cálculo de frecuencias y porcentajes para variables cualitativas, y medias y desviación estándar o típica, para las variables cuantitativas; y análisis bivalente.

Resultados

Los pacientes pluripatológicos (PP) suponen una población emergente en nuestra sociedad. En nuestro estudio el 35% eran pacientes pluripatológicos, de los cuales 2/3 mujeres, y casi el 74% residían en una institución, siendo

la media de categorías de 2,51, con una $p < 0,05$. Una de las principales características objetivadas en este grupo de pacientes es el claro predominio de las enfermedades cardiovasculares (categorías A y F), presente en el 70% de nuestra población, cuando analizamos ambos grupos por separado, podemos objetivar que la población que se encuentra en los domicilios si tiene estas características, pero que en los pacientes institucionalizados, las categorías más prevalentes están en relación con la enfermedad neurológica, osteoarticular y enfermedad respiratoria. El 94% presentan deterioro funcional, de los cuales con grado severo el 29% y total el 20%, siendo el porcentaje mayor de deterioro en los pacientes institucionalizados. Nuestros pacientes presentan un grado de deterioro mayor, el 66% frente al 39% recogido en estudios previos en Atención Primaria.

Conclusiones

A fecha de hoy, no hay estudios de las características clínicas, funcionales y sociales del PP institucionalizado.

Palabras clave

Homes for the Aged, Multiple disorders, Disability.

RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN TIPO ORALES

Hospitalizaciones potencialmente prevenibles en diabetes

Campos Cuenca ÁS¹, Crossa Bueno M¹, Sánchez Sánchez C², Rodríguez Ladrón de Guevara S³, Ramos Díaz de la Rocha M³, Real López A⁴

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

² MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Victoria. Málaga

³ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Victoria. Málaga

⁴ MIR 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Victoria. Málaga

Objetivos

Calidad asistencial en pacientes con hospitalizaciones prevenibles por diabetes en nuestro CS (CS). Identificar áreas de mejora.

Diseño

Estudio descriptivo transversal, auditoría interna.

Emplazamiento

Atención Primaria (CS urbano).

Material y Método

Población: pacientes ingresados o atendidos por Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias por complicaciones de diabetes en nuestro CS de 2013 a 2016. Criterios de selección: pacientes ingresados o atendidos por complicaciones de diabetes. *Tamaño muestral:* 11 pacientes. *Variables:* 15 indicadores de proceso, 2 de resultado (mortalidad, reingresos) Métodos de evaluación: cumplimiento del criterio en historia clínica. Análisis estadístico descriptivo.

Resultados

Edad media 65.5 años. Registro de indicadores: índice de masa corporal, tensión arterial, perfil lipídico último año 72.7 %; hemoglobina glicosilada último año (HbA1c) 90.9 %; HbA1c < 8 del 72.7 %; retinografía bianual 72.7 %; exploración del pie anual 72.7 %; cálculo del riesgo cardiovascular (RCV) 100%, tabaco 90.9 %; actividad física 63.6 %; Plan Terapéutico y de Cuidados con conciliación de medicación 54.5 %; evaluación autocuidados 72.7 %, calidad de vida 36.3 %; reingreso en 3 meses del alta 9 %. Mortalidad global: 20 %, reingresos 9 %.

Conclusiones

Los indicadores de proceso con mayor cumplimiento son valoración del RCV, registro anual de HbA1c y registro de tabaco. Mejorable la evaluación de calidad de vida, registro del tratamiento, actividad física y existencia de Plan Terapéutico y de Cuidados con conciliación de medicación. Bajo porcentaje de reingreso hospitalario en 3 primeros meses del alta.

Palabras clave

Prevention Quality Indicators.

RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN TIPO ORALES

Calidad de la prescripción en pacientes con insuficiencia cardíaca y enfermedad renal crónica

Real López A¹, Toro Gallardo MV², Ramos Díaz de la Rocha M², Sánchez Sánchez C², Bujalance Zafra MJ², Crossa Bueno M²

¹ Médico de Familia. CS Victoria. Málaga

² Médica de Familia. CS Victoria. Málaga

Objetivos

Evaluar la calidad de la prescripción en pacientes con insuficiencia cardíaca (IC) y enfermedad renal crónica (ERC) en nuestro CS (CS) basándonos en el boletín INFAC de dosificación de medicación en ERC.

Diseño

Estudio observacional descriptivo transversal, auditoría interna.

Emplazamiento

Atención Primaria (CS urbano).

Material y Método

Año de realización: 2016. *Población*: Pacientes adscritos al CS e incluidos en el Proceso Asistencial Integrado (PAI)_Insuficiencia Cardíaca. Criterios de selección: cinco primeros pacientes del listado del PAI _Insuficiencia Cardíaca por cupo médico. *Tamaño muestral*: 75 pacientes. *Variables*: 21 indicadores de proceso. Métodos de evaluación: Revisión de historias clínicas. *Análisis estadístico*: Descriptivo.

Resultados

La edad media de los pacientes de la muestra fue de 78 años (DE. 12,13), mujeres el 64,86%.

El 55% de los pacientes presentó ERC (FG< 60). De ellos, el 53% tenían ERC grado III/IV. Ningún paciente tenía prescrito la triple Whammy (IECA/ARA II + diuréticos + AINE) ni tratamiento con AINEs.

Hipoglucemiantes (n=38): tratados con Metformina (n=19), contraindicación en un caso. Diuréticos (n=57): contraindicaciones en tres casos. Estatinas (n=30): 3 casos requieren ajustar dosis. Antigotosos (n= 14): contraindicación en un caso. Antidepresivos (n= 12): 2 casos requieren ajuste de dosis.

Conclusiones

Mayor porcentaje de mujeres con Insuficiencia cardíaca. Alto porcentaje (55%) de pacientes con ERC entre los pacientes con Insuficiencia cardíaca.

Ningún paciente en tratamiento con triple Whammy, ni AINEs, denotando buena calidad en la prescripción. Aunque existe bajo porcentaje de pacientes con contraindicaciones por ERC grave, es importante revisar la presencia de ERC para aumentar la seguridad del paciente.

Palabras clave

Heart Failure. Renal Insufficiency, Chronic. Health Care Quality.

RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN TIPO ORALES

Mortalidad sanitariamente evitable: Enfermedad Cerebrovascular (ECV)/ICTUS

Crossa Bueno M¹, Campos Cuenca ÁS², Rodríguez Ladrón de Guevara S², Castillo Jimena M¹, Toro Gallardo MV², Real López A²

¹ Médico de Familia. CS Victoria. Málaga

² Médica de Familia. CS Victoria. Málaga

Objetivos

Describir calidad asistencial en pacientes con ECV/ictus de nuestro CS (CS) para evitar mortalidad evitable.

Diseño

Estudio descriptivo transversal, auditoría interna.

Emplazamiento

Atención Primaria (CS urbano).

Material y Método

Población: pacientes ingresados o atendidos por DDCU (Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias) por ECV en nuestra CS de 2013 a 2016. Criterios de selección: pacientes ingresados o atendidos por ECV/ictus. *Tamaño muestral:* 27 pacientes. *Variables:* 9 indicadores de proceso y 2 de resultado. *Métodos de medición:* cumplimiento del criterio en historia clínica. *Análisis:* estadístico descriptivo

Resultados

Edad media 70.75 años. Registro de indicadores: tensión arterial (TA) en el último año 96.3 %; ictus no hemorrágico

tratado con anticoagulantes/antiagregantes 100%, prevención 2^a tratado con estatinas 81.5 %; hábito tabáquico 85.2 %; existencia de Plan Terapéutico y Cuidados con conciliación de medicación 59.3 %; exploración y evaluación del nivel de autocuidador 51.9 %; evaluación de calidad de vida 44.4 %; herramientas de evaluación de calidad de vida: Barthel, Katz, Pfefer y Minessotta; otras patologías crónicas; reingreso hospitalario en los 3 primeros meses del alta 7.4 %. Mortalidad global: 15,4% reingreso: 7,4%.

Conclusiones

Los indicadores de proceso con mayor cumplimiento son diagnóstico de ictus no hemorrágico tratado con anticoagulantes/antiagregantes, y registro de TA en el último año. Bajo porcentaje de reingreso hospitalario en los 3 primeros meses del alta.

Es mejorable la evaluación de calidad de vida, evaluación del autocuidador, y existencia de Plan Terapéutico y de Cuidados con conciliación de medicación.

Palabras clave

Primary Health Care (Atención Primaria), Stroke (Infarto Cerebral), Prevention Quality Indicators (PQI).

RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN TIPO ORALES

Conocimientos sobre salud sexual en alumnos de 1º de Bachillerato

Castillo Jimena M¹, Rodríguez Ladrón de Guevara S¹, Román Cereto M², Sánchez Sánchez C¹, Crossa Bueno M¹, Campos Cuenca ÁS¹

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Victoria. Málaga

² Enfermera de Familia. CS Victoria. Málaga

Objetivos

Identificar los conocimientos sobre la sexualidad en jóvenes. Orientar las actividades de promoción de la salud durante el curso 2016/17.

Diseño

Estudio cualitativo observacional descriptivo de corte transversal.

Emplazamiento

Atención Primaria, urbano.

Material y Método

Encuesta anónima ad hoc. en alumnos de 1º de Bachillerato de un instituto público.

Resultados

N=30 (16 mujeres) edad media 12,3.75% localizan la sexualidad en genitales externos. Una chica identifica qué espera de la sexualidad “los chicos esperan una paja y las chicas un bebe”. La mayoría de chicos tampoco saben que esperar de la sexualidad: “un pinchito”, “reproducirse”, “hacer el amor” o “que crezcan los pelos”. La mayoría entienden por

homosexualidad “una persona a la que le atrae su propio sexo” e identifican como problema la imposibilidad de tener hijos y la discriminación. Algunos expresan que se trata “de una persona con dos sexos”, o “que no sabe si quiere ser hombre o mujer”. Algunos chicos consideran que las ETS las pueden contraer las mujeres “por tener relaciones en un sitio sucio” o “si no están vacunadas a los 14 años”. La mayoría de los encuestados no sabe qué es o cuándo usar métodos anticonceptivos. Sólo 4 responden que se deben usar “si no quieres quedar embarazada”, “si has tenido relaciones y te has arrepentido”.

Conclusiones

Persisten estereotipos de género, así como falsas creencias y mitos.

Hay desconocimiento acerca de la sexualidad, de los ciclos biológicos, y de los mecanismos de prevención y transmisión de ETS.

Es necesario priorizar la promoción de la salud sexual y relaciones igualitarias.

Palabras clave

Promoción De La Salud (Health Promotion), Educación Sexual (Sex Education), Salud Del Adolescente (Adolescent Health).

RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN TIPO ORALES

Calidad Asistencial en los Ingresos Hospitalarios Evitables por Agudización de EPOC o Asma

Toro Gallardo MV¹, Real López A¹, Domínguez Santaella M², Bujalance Zafra MJ²

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Victoria. Málaga

² Médico de Familia. CS Victoria. Málaga

Objetivos

Describir la Calidad Asistencial de la atención realizada a los pacientes identificados con la metodología Prevention Quality Indicators (PQI) para identificar ingresos Hospitalarios potencialmente prevenibles.

Diseño

Estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento

CS urbano.

Material y Método

Pacientes pertenecientes a nuestra unidad de gestión clínica (UGC) que han ingresado en hospital y cuyo ingreso ha sido identificado como potencialmente prevenible con la metodología PQI. Ingresados o atendidos por DDCU (Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias) por reagudizaciones de EPOC o complicaciones de Asma de 2013 a 2016.

Resultados

Cumplimiento de indicadores cualitativos seleccionados: El hábito tabáquico registrada en 100%; intervención en tabaquismo en 27.3%, registro IMC 59%, registro grado de disnea

81.8%, número de ingresos registrado en 77.2%, registro espirometría 59.1%, y patrón espirométrico según GOLD 45.5%. El registro de la saturación de oxígeno en la **Historia Clínica** y los índices CAT y BODEX son 72.7%, 36.3% y 22.7% respectivamente. Registro de técnica inhalatoria 45.4%; cumplimiento de tratamiento 59.9%.

Registro de vacunación antigripal y antineumocócica corresponde a 77.2% y 54,4% respectivamente. Otras patología crónicas: hipertensión arterial, ansiedad, fibrilación auricular, insuficiencia renal crónica, diabetes mellitus, insuficiencia cardiaca, accidente cerebrovascular o accidente isquémico transitorio; reingreso hospitalario en los tres primeros meses al alta 9.1%.

Conclusiones

Los indicadores de proceso con mayor cumplimiento son el registro de hábito tabáquico el grado de disnea y el número de agudizaciones. Existe un bajo porcentaje de reingreso a los tres meses del alta.

Es mejorable la intervención en el hábito tabáquico, el registro de la espirometría y el patrón de clasificación de la EPOC.

Palabras clave

Pulmonary Disease, Chronic Obstructive, Asthma, Prevention Quality Indicators.

RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN TIPO ORALES

Satisfacción en talleres de promoción de la salud

Castillo Jimena M¹, Gámez Lomeña MC², Román Cereto M³, Díaz de la Rocha M¹, Álvarez Carrasco R³, Sánchez Sánchez C¹

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Victoria. Málaga

² Trabajadora Social. CS Victoria. Málaga

³ Enfermera de Familia. CS Victoria. Málaga

Objetivos

Analizar la satisfacción con los talleres de promoción de la salud. Identificar áreas de mejora.

Diseño

Estudio cualitativo observacional descriptivo transversal.

Emplazamiento

Atención Primaria. Medio urbano.

Material y Método

2 grupos focales (GF) (junio y diciembre). Las sesiones fueron grabadas, se transcribieron y se realizó la categorización. Se elaboró un primer árbol categorial basado en la guía de entrevista, ampliándolo al codificar el texto.

Resultados

N=16, (7 mujeres y 11 hombres por GF). Edad 36-71 años.

Categorías: Valoración global: “Los profesionales tienen mucho mérito” “Les doy un 10” “Esto no lo hacen en otros centros de salud” “Cuando lo cuento mis amigos se sorprenden” “En grupo aprendemos mucho más”.

Percepción de beneficio: “Estoy mucho mejor de la rigidez articular” “Me siento en paz y

relajada” “He perdido 5 o 6 kilos, sin esfuerzo” “Duermo mejor” “He salido de casa” “Afronto los problemas de otra forma”.

Aplicabilidad: “Si no sé cuidarme saldré más cara” “Vengo menos al médico” “He modificado los hábitos alimentarios en mi familia”. “Me quité el lexatin” “Los talleres después del parto ahorran visitas al pediatra”.

Recursos y metodología: “Está todo bien” “Cómodo” “Hay aire acondicionado y calefacción”.

Áreas de mejora: “avisar las faltas y justificarlas” “Tenían que durar siempre” “ser dos veces por semana” “No caben más personas en la sala”

Conclusiones

La satisfacción global es alta.

Efectividad respecto a frecuentación consultas y consumo de fármacos.

Alto grado de aplicabilidad a su vida cotidiana e identifican recursos que mejoran la calidad de vida.

Áreas de mejora: prolongar la duración de los talleres y establecer sinergias con asociaciones.

Palabras clave

Promoción De La Salud (Health Promotion), Investigación Participativa Basada En La Comunidad (Community-Based Participatory Research) Y Atención Primaria De Salud (Primary Health Care).

RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN TIPO ORALES

Intervención en hábitos saludables a profesionales, activando activos de nuestra organización

Toro Gallardo MV¹, Román Cereto M², Ramos Díaz de la Rocha M¹, Rodríguez Ladrón de Guevara S¹, Castillo Jimena M¹, Benitez Torralvo C³

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Victoria. Málaga

² Enfermera de Familia. CS Victoria. Málaga

³ Administrativo. CS Victoria. Málaga

Objetivos

Análisis de la eficacia de los talleres grupales sobre profesionales para la formación en intervención sobre hábitos saludables e incorporar personalmente los hábitos recomendados. Obtener información para mejorar el **Diseño** de dichos talleres.

Diseño

Estudio analítico prospectivo de intervención.

Emplazamiento

Profesionales Sanitarios.

Material y Método

Evaluación (inicial, final y al año) del impacto de la *Intervención*: Evaluación cuantitativa (factores de riesgo cardiovascular, autoeficacia, adherencia a dieta mediterránea) y cualitativa (impacto auto percibido en los hábitos personales). DEL impacto de la intervención. Identificación de factores de cambio según modelo PRECEDE.

Resultados

Total: 30. Edad media: 48,1. Mujeres 70 %. Riesgo vascular: sobrepeso (27.5%) HTA (23%) sedentarismo (22%).

Encuestas: Preferencias: horario laboral, voluntario y periodicidad semanal. Temas de interés al inicio: dieta mediterránea, elección de alimentos; al año: composición, etiquetados de alimentos. Cambios conductuales al año: aumento consumo vegetales.

Modelo PRECEDE: Se identificaron factores predisponentes, facilitadores y reforzantes que intervienen tanto a favor como en contra en la adherencia a las recomendaciones prescritas.

Resultados cuantitativos: Media asistencia sesiones (total 6): 3.5. *Evolución*: de la adherencia dieta mediterránea: 9.8, 10.4 y 9.8. *Evolución*: de la autoeficacia: 30,33 y 31. Grado de recomendación talleres (DEA 10): 9.58.

Conclusiones

Buena aceptación por los profesionales Resultados positivos tras la intervención, observándose nueva recaída al año.

Resultados mediatizados al intervenir en un colectivo con diversos estadios de cambios conductuales.

En las intervenciones en estilos de vida es recomendable valorar el estadio de cambio conductual y hacer un seguimiento reforzador de los objetivos conseguidos.

Palabras clave

Dietary Counseling, Health Behavior.

RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN TIPO ORALES

Meditación, ¿alternativa terapéutica en atención Primaria?

Ramos Díaz de la Rocha M¹, Rodríguez Ladrón de Guevara S¹, Fernández Vargas AM², Álvarez Carrasco R³, Sánchez Sánchez C¹, Campos Cuenca ÁS¹

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Victoria. Málaga

² Médico de Familia. CS Victoria. Málaga

³ Enfermero de Familia. CS Victoria. Málaga

Objetivos

Evaluación cualitativa de la participación, satisfacción y eficacia del taller de meditación. Identificar áreas de mejora.

Diseño

Descriptivo cualitativo.

Emplazamiento

Atención Primaria. CS urbano.

Material y Método

Criterios de inclusión: participantes en el taller de meditación en 2016 que rellenaron cuestionarios. Variables analizadas: Género y edad. Asistencia a sesiones. Cuestionario de satisfacción al inicio y finalización del taller. *Tamaño muestral:* N: 26. Análisis estadístico descriptivo.

Resultados

La edad media fue de 57 años. El 88% mujeres. El 65,4% asistieron a más de la mitad de las sesiones. Casi un 70% no había practicado

meditación previamente. En el cuestionario inicial el 100% de los encuestados manifestaron una opinión positiva de los beneficios que aportaría la meditación sobre su salud. El 28.6% ha reducido su medicación para la ansiedad. En el cuestionario final, el 100% de los encuestados aseguran que la meditación había mejorado alguna de sus patologías como la ansiedad o el insomnio y que practican fuera del taller, aunque con poca frecuencia.

Conclusiones

La participación en el taller de meditación ha sido alta. Según la opinión de los participantes han mejorado en la sintomatología de la ansiedad y el insomnio, y más de un tercio han reducido la medicación para la ansiedad por lo que podría seguir ofertándose como actividad comunitaria. Sería interesante realizar un seguimiento más prolongado para valorar los beneficios a largo plazo. Una mejora a tener en cuenta sería fomentar la autonomía del paciente con la práctica de la meditación fuera del taller.

Palabras clave

Atención Primaria, Atención Plena, Meditación.

RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN TIPO ORALES

Hospitalizaciones y asistencias urgentes potencialmente prevenibles en Insuficiencia Cardíaca en nuestro CS

Sánchez Sánchez C¹, Castillo Jimena M¹, Campos Cuenca ÁS¹, Ramos Díaz de la Rocha M¹, Crossa Bueno M¹, Bujalance Zafra MJ²

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Victoria. Málaga

² Médica de Familia. UGC Victoria. Málaga

Objetivos

Analizar la calidad asistencial prestada a pacientes que ingresaron o fueron atendidos por urgencias por insuficiencia cardíaca (IC) descompensada para identificar áreas de mejora y prevenir hospitalizaciones prevenibles.

Diseño

Descriptivo transversal. Comparación de auditoría 2015 (Ingresos 2013-2014) y 2016 (ingresos 2015 y DDCU2016).

Emplazamiento

Atención Primaria, CS urbano.

Material y Método

Pacientes que ingresaron por IC (2013-2015) y atendidos por DDCU (2016). N 1=17; N2: =36 pacientes.

Variables: 9 indicadores de proceso y 2 de resultado. Registro en historia clínica: etiología IC, Clasificación funcional NYHA, IMC, TA e iones en último año. Fracción de eyección (FE), Plan de Cuidados, autocuidados evaluado, Calidad de vida, Ingreso hospitalario tres primeros meses tras la atención, Mortalidad. Tratamiento IECA/ARAII y/o Beta

Bloqueantes, Anticoagulación si FA y comorbilidad Estadística descriptiva.

Resultados

Edad media: 76,7 (DS 10,9) y 77'2 años (DS 11'3) respectivamente.

Datos de registro en ambas auditorías respectivamente: etiología IC (100%- 100%), NYHA (41%-, 77%), IMC (71%- 63'8%), TA (82%-97'2%), iones (88%- 94'4%), FE (47%, - 55'5%), Plan Cuidados (76%- 83'3%), autocuidados (76%- 75%), Calidad de vida (65%-38%, Ingresaron en tres primeros meses tras la atención (12%- 10,2%). Mortalidad global (46%-31,5%) IECA/ARAII (84,6%, 97,3%), BB (71,4%, 86'3%), Anticoagulación (84,6%, 89'6%)

Conclusiones

Pacientes de edad avanzada y alta mortalidad. Mejora de registros de indicadores de proceso. Disminución del nº de ingresos tras la atención entre ambas auditorías.

Es importante el seguimiento tras el alta o la atención urgente de estos pacientes para disminuir ingresos hospitalarios prevenibles

Palabras clave

Heart Failure, Prevention Quality Indicators, Hospitalization.

RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN TIPO ORALES

Intervención grupal en modificación de hábitos de vida

Rodríguez Ladrón de Guevara S¹, Ramos Díaz de la Rocha M¹, Román Cereto M², Real López A³, Toro Gallardo MV³, Castillo Jimena M⁴

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Victoria. Málaga

² Enfermera de Familia. CS Victoria. Málaga

³ MIR 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Victoria. Málaga

⁴ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Victoria. Málaga

Objetivos

Analizar la aplicabilidad en la modificación de hábitos de vida tras la participación en los talleres de consejo dietético intensivo grupal (CDIG), en un CS Describir el perfil sociodemográfico y clínico de los participantes. Identificar áreas de mejora.

Diseño

Descriptivo transversal. Auditoria interna.

Emplazamiento

Atención Primaria. CS Urbano.

Material y Método

Población de estudio: participantes de los talleres de CDIG durante 2016.

Criterios de selección: asistentes a 3 o más sesiones.

Tamaño muestral: N 50.

Variables estudiadas: Edad, sexo, profesión, patologías asociadas. Antes y después del taller: Cuestionario de adherencia a la dieta mediterránea (CADM), reducción de peso, escala de autoeficacia, cuestionario internacional de actividad física (IPAQ).

Métodos de evaluación: Análisis estadístico descriptivo.

Resultados

Edad media 53 años; (Mujeres 78%, Varones 22%,). 74 % obesos (IMC> 30). 28.8% amas de casa. Factores de riesgo: 20% fumadores, dislipemias 32%. Patologías asociadas: HTA 42% y diabetes 12%. Un 42% reduce su peso inicial: 32% entre el 2%-5% y el 14% más o igual al 5%. Mayor puntuación en el CADM tras el taller (10.4%). La autoeficacia al inicio y final es alta (78.94%). 17 personas cumplimentan el IPAQ inicial y final y sólo 4 registran aumento de la actividad física (23,5%) (METS/semanal).

Conclusiones

Al finalizar los talleres casi la mitad de los participantes reducen el peso.

Se incrementa la adherencia a la dieta mediterránea.

Aumenta la autoeficacia en cambios de hábitos saludables.

Escasa repercusión en aumento de actividad física.

Áreas de mejora:

Fomentar la actividad física en los hábitos de vida saludable.

Palabras clave

Health Promotion, Community Medicine, Primary Health Care.

RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN TIPO ORALES

Quimioterapia al final de la vida, beneficiosa o perjudicial

Medina Faña Meilyn M¹, Ortega Morell A², Fernández Romero RI³, Ariza Hernández ER⁴, Paniagua Urbano D⁵

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. AGS Norte de Málaga Hospital Antequera. Málaga

² Médico Cuidados Paliativos. AGS Norte de Málaga Hospital Antequera. Málaga

³ Enfermera Cuidados Paliativos. AGS Norte de Málaga Hospital Antequera. Málaga

⁴ Médico de Familia. AGS Norte de Málaga Hospital Antequera. Málaga

⁵ Jefe de Estudios. AGS Norte de Málaga Hospital Antequera. Málaga

Objetivos

Identificar los pacientes paliativos oncológicos que han recibido tratamiento quimioterápico y determinar la proximidad de este a la fecha de fallecimiento.

Diseño

Descriptivo retrospectivo.

Emplazamiento

El papel que juega la administración de quimioterapia en la etapa final de la vida es un tema controvertido. Estudios publicados revelan que la administración de quimioterapia cerca del final de la vida repercute negativamente en la calidad de vida de los pacientes.

Material y Método

Seleccionamos a los pacientes oncológicos incluidos en la base de datos del Equipo de soporte de cuidados paliativos del Hospital Antequera. Málaga (ESCP), en los años 2015 y 2016, identificando aquellos que recibieron quimioterapia en los últimos 90 días antes de la muerte.

Resultados

De un total de 352 pacientes paliativos, 265 correspondieron a los pacientes oncológicos, un 46% (n=121) cumplieron los criterios de inclusión, 63% hombres y 37% mujeres, media de edad 74 años (19-95 años). Un 64.4% (n=78), recibió tratamiento antineoplásico durante los últimos tres meses antes de la muerte, un 26.4% (n = 32) recibieron quimioterapia en los últimos 30 días, un 11% (n =13) en las últimas dos semanas de vida y 2 pacientes en los últimos tres días de vida.

Conclusiones

En la bibliografía más reciente, incluso los oncólogos reconocen que se administran tratamientos agresivos cerca del final de la vida sin beneficios y sí con empeoramiento tanto de la calidad de vida como de la calidad de muerte. Es fundamental garantizar un buen control sintomático mediante cuidados paliativos o de soporte que favorezca un final más digno.

Palabras clave

Cuidados Paliativos, Quimioterapia.

RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN TIPO ORALES

Calidad de vida relacionada con las preferencias en la instrucción de inhaladores en pacientes con EPOC

Vázquez Alarcón RL¹, Barnestein Fonseca P², Leiva Fernández F³, Leiva Fernández J⁴, Aguiar Leiva V⁵, Prados Torres D³

¹ Médico de Familia. CS Vera. Almería

² Investigadora Instituto IBIMA. Málaga

³ Médico de Familia. UD de MFyC. Málaga

⁴ Médico de Familia. CS Vélez Málaga. Málaga

⁵ Investigadora. UD de MFyC. Málaga

Objetivos

Analizar la calidad de vida en los pacientes con EPOC en función de sus preferencias en la instrucción de inhaladores.

Diseño

Ensayo clínico de preferencia parcialmente aleatorizado. ISRCTN15106246.

Emplazamiento

9 centros de salud de Atención Primaria.

Material y Método

Sujetos de estudio: 465 pacientes diagnosticados de EPOC, terapia inhalada con dispositivo Handihaler, Accuhaler, Turbuhaler o Cartucho presurizado

Intervención: Grupo Aleatorización (GA), Grupo Preferencias (GP). C: práctica clínica habitual. A: folleto explicativo. B: explicación con monitor de las técnicas de inhalación.

Variables: correcta técnica de inhalación, sexo, edad, nivel educativo, comorbilidades, reagudizaciones, disnea, calidad de vida (EuroQoL-5D, St George -SGRQ), espirometría.

Análisis: cálculo de media y desviación estándar (variables cuantitativas); frecuencias absolutas y relativas de cada categoría para variables cualitativas. Intervalos de confianza al 95%. SPSS 15.0.

Resultados

Técnica correcta: GA: 8.5%, GP: 5.3%; Sexo (hombres) GA: 88.4%, GP: 95.1% p= 0.01; nivel educativo (bajo) GA: 81.8%, GP: 91.6% p= 0.002; EuroQuoL-5D: movilidad (sin problemas) GA: 64.7%, GP: 75.1% p=0.042, dolor/malestar (sin problemas) GA: 54.3%, GP: 74.6% P=0.000; SGRQ: escala Actividad GA: 49.56 (46.79-52.34), GP: 54.94 (51.74-58.14) p= 0.012; patología osteoarticular: GA: 35.5%, GP: 21.8% p=0.001. Patrón mixto GA: 57.3%, GP: 76.6% p=0.000, severidad grave, GA: 33.2%, GP: 49.2% p=0.000.

Conclusiones

Los sujetos con preferencias por alguna de las intervenciones presentan bajo nivel educativo, patrón espirométrico mixto, severidad grave, mayor limitación en actividades SGRQ y con menos problemas de dolor/malestar en EuroQoL-5D.

Aplicación para medicina de familia: el uso adecuado de inhaladores es fundamental, la calidad de vida es importante conocerla, pues forma parte del sujeto y de ella depende la funcionalidad del mismo.

Palabras clave

COPD, Quality of Life, Lung Disease.

RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN TIPO ORALES

Análisis de derivaciones a aparato locomotor CS La Laguna (Cádiz)

Ignacio Expósito JM¹, Carrillo Peñas N¹, Cossi Torrejón J²

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Laguna. Cádiz

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Algeciras Norte. Algeciras. (Cádiz)

Objetivos

Determinar los motivos de derivación a aparato locomotor en un centro de Atención Primaria. Conocer el estado de formación y preparación actual de los médicos de familia en traumatología.

Diseño

Estudio de carácter descriptivo, observacional, transversal realizado en el CS La Laguna de Enero a Mayo de 2017 con datos de derivaciones a Aparato Locomotor en el año 2016.

Emplazamiento

CS La Laguna Cádiz.

Material y Método

Se recogieron las derivaciones realizadas en un año, se analizaron y recogieron >10 variables clínicas de cada paciente, entre ellas Área de derivación, localización anatómica, edad o sexo analizando mediante software estadístico los datos obtenidos.

Resultados

Se encontró una diferencia por género de un 60% de derivaciones en mujeres respecto a un 40% en hombres. El 84% de los pacientes derivados requirieron atención del área de traumatología, respecto a un 9% por reumatología y un 7% por rehabilitación. El 55% de los pacientes presentaron patología con localización en el miembro inferior, por un 30% en la columna vertebral y un 15% en el miembro inferior. No se encontraron diferencias por género Hombro doloroso, gonalgia y meniscopatía, metatarsalgia y lumbalgia crónica fueron las patologías con tasas más altas de derivación.

Conclusiones

Ante tal volumen de derivaciones, se plantea la necesidad de mejoras ante la patología traumatológica en los centros de atención Primaria. Aplicando un plan de formación específico y la puesta en marcha de una consulta de triage de aparato locomotor en el CS se estima que podrían reducirse hasta un 40% de las derivaciones.

Palabras clave

Derivación Consulta, Análisis de Datos, Heridas, Lesiones.

RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN TIPO ORALES

Situación y grado de satisfacción laboral de los médicos de familia formados en la UD de MFyC de Sevilla en los últimos 10 años

Esteban Cruz I¹, Gómez-Cano Fernández-Figueroa J¹, Hernández Galán JL², Bohórquez Colombo MP²

¹ Médica de Familia. CS Esperanza Macarena. Sevilla

² UD de MFyC. Sevilla

Objetivos

Analizar la situación laboral y el grado de satisfacción de los médicos de familia formados en la UD de MFyC de Sevilla en los últimos diez años.

Diseño

Estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento

Atención Primaria.

Material y Método

Encuesta online a 52¹ Médicos de familia formados en la Unidad Docente de Sevilla, los últimos 10 años.

Resultados

Se obtuvieron 127 respuestas de la encuesta online. El 8.6% de los encuestados se encuentra en situación de desempleo (10% mujeres y 5.4% hombres). La mayoría firmó primer contrato laboral en menos de 3 meses. El 46,5% tienen contratos eventuales de DA. El 3.2% tiene plaza en propiedad y 8% interinidad, en ambos casos un mayor porcentaje de hombres. El 95.3%

trabaja para el sistema público y en 83% en atención Primaria (consultas de AP, DDCU, UCCU o pediatría). El 59.1% continúa su actividad en Sevilla Otros destinos son Huelva, Extremadura y Madrid El 3,1% trabaja en el extranjero.

La mayoría están satisfechos con el salario y actividad laboral diaria, pero insatisfechos de forma global, carga laboral, posibilidades de ascenso, investigación y docencia.

Conclusiones

En la actualidad la mayoría de los jóvenes médicos de familia se encuentran en situación laboral activa, pero inestable; con contratos eventuales, de corta duración, en dispositivos de apoyo y marcada dispersión geográfica; lo que disminuye el grado de satisfacción con nuestra especialidad.

Consideramos necesario mejorar las condiciones actuales y dar el lugar que merecen a nuestros profesionales.

Palabras clave

Medicina De Familia (Family Practice), Situación Laboral (Employment), Docencia (Teaching), Satisfacción Laboral (Job Satisfaction).

RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN TIPO ORALES

Estrategia para la prevención del riesgo vascular (RV) en una ZBS de Salud (ZBS)

Collado Montávez S¹, Boiza Molina N², Chueco Oviedo L³, Castillo Castillo R⁴, Rodríguez Toquero J⁵

¹ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San José. Linares (Jaén)

² MIR 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San José. Linares (Jaén)

³ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San José. Linares (Jaén)

⁴ Médico de Familia. CS San José. Linares (Jaén)

⁵ Subdirector Médico. AGS Norte de Jaén. Jaén

Objetivos

Estratificación Riesgo Vascular (RV), estimación cuantitativa con test SCORE para países de bajo riesgo.

Diseño

Estudio descriptivo transversal multicéntrico.

Emplazamiento

Atención Primaria.

Material y Método

Estudio descriptivo transversal multicéntrico en ZBS, con una población 72.063 habitantes, con una población diana (PD) 34.106 personas (varones >40 y mujeres > 50 años). Estimación riesgo con test score para poblaciones de bajo riesgo con moduladores y automatizado. Periodo de estudio abril 2013 - diciembre 2016.

Resultados

Se aplica test SCORE a 9.310 (27,29% PD). Edad media 62, 40 años. El 90% prevención Primaria (PP) y 10% prevención secundaria

(PS) (5,15 % Cardiopatía Isquémica, 3,72 % Enfermedad Cerebrovascular y 1,09 % Arteriopatía Periférica).

Estratificación RV en PP es: SCORE <1: 30,29%, DEA <5: 34,74%, de 5 a <10: 28,69% y >=10: 6,28%. El 65,03 % bajo-moderado RV y 34,97 % alto-muy alto RV.

Tensión arterial sistólica (TAS) se encuentra ≤140 mm Hg en PS 94,22% y en PP 93,85%.

Conclusiones

En 45 meses estratificado RV 27,29 % PD. Hay que seguir mejorando cobertura.

El score automatizado nos ayuda a priorizar nuestras actuaciones en el paciente de alto-muy alto RV para modificar el riesgo de mortalidad.

La estratificación del riesgo es semejante al estudio PRESCOT 2007, donde moderado y bajo riesgo son el 58 % y el alto RV es de 42 %.

El control de TAS, tanto en PP como PS, está por encima del 93 %.

Palabras clave

Prevención Cardiovascular, Riesgo Score, Atención Primaria, Factores de Riesgo Cardiovascular, Enfermedades Cardiovasculares, España.

RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN TIPO ORALES

Índice de masa corporal y perímetro abdominal a juicio, ¿cuál es mejor variable predictora del grado de control de la diabetes?

Navarro Hermoso A¹, Pastor Paredes FJ¹, Romero Mayo M¹, Navarro Ortiz N¹, Valenzuela López MI²

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Doctores-Salvador Caballero. Granada

² Médico de Familia. CS Doctores-Salvador Caballero. Granada

Objetivos

Evaluar el Perímetro Abdominal (PA) y el Índice de Masa Corporal (IMC) como variables. Predictoras del control de la diabetes (DM2) medido con la Hemoglobina Glicosilada (HbA1c). Valorar el cumplimiento del proceso diabetes.

Diseño

Estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento

CS urbano.

Material y Método

Muestra de 427 DM2. *Variables:* edad, sexo, insulinización, HbA1c, monofilamento, retinografía, tensión arterial, ejercicio, dieta, peso, talla y PA.

Resultados

Encontramos una edad media 71,48 años (DE 12), 51% hombres. El 53% tenía HbA1c < 7 y el 18% HbA1c > 8. El 76% tenía exploración con monofilamento normal y el 8% neuropatía diabética. La retinografía fue normal en 59% y

el 6% presentó retinopatía. El 71% de los diabéticos eran hipertensos estando el 82% bien controlado. El 16% tenía una vida sedentaria. El 38% tenía sobrepeso y el 47% obesidad sin que existiera diferencia por sexos. El PA fue patológico en el 81% de los pacientes existiendo diferencias por sexo (valores patológicos en 69% de varones y 93% de mujeres). Encontramos asociación entre HbA1c y la dieta (25% diabéticos con HbA1c > 8 tenía dieta hipercalórica). El 25% estaban insulinizados sin diferencias por sexo ni asociación con HTA, IMC o PA, aunque sí había mayor porcentaje de pacientes con neuropatía y retinopatía. Se seleccionó a los diabéticos que tuvieran registrado IMC y PA (154 pacientes) realizando una regresión logística encontrando que el PA es una variable predictora sin que apareciera esa relación con IMC

Conclusiones

El PA es una variable predictora del grado de control de la DM2. Sin embargo, no se observa esta relación con el IMC

Palabras clave

Diabetes Mellitus, Índice De Masa Corporal, Perímetro Abdominal.

RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN TIPO ORALES

Valoración pronóstica de mortalidad del paciente pluripatológico por un equipo multidisciplinar en un centro de Atención Primaria

Hurtado Soriano R¹, Andrés Vera J¹, Frutos Hidalgo E¹, Gragera Hidalgo M¹, Cifuentes Mimoso MN², Montero Matas C³

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Olivillo. Cádiz

² Médico de Familia. CS El Olivillo. Cádiz

³ EIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Olivillo. Cádiz

Objetivos

Comparar la utilidad y los resultados de los índices Charlson y PROFUND en la valoración pronóstica de mortalidad en PP de un centro de atención Primaria incluidos en el PAIPEC.

Diseño

Estudio descriptivo transversal de pacientes incluidos en Proceso asistencial pluripatológicos de UGC durante tres últimos meses del 2016.

Emplazamiento

Del total de PP 686, seleccionamos una muestra aleatoria de 45 con necesidades complejas. Nivel de confianza 95%, error 14%.

Material y Método

Constituimos un Equipo Funcional Básico asistencial AP y especializada para mantener continuidad de cuidados: médico Enfermero AP, Medicina Interna, Enfermero Gestor de Casos, Trabajador Social y Paciente o cuidador. Las variables analizadas socio-demográficas, clínicas y funcionales fueron: edad, sexo, Escala Barthel, Escala Lawton-Brody, Escala Downton, Yesavage, Índice PROFUND, índice de comorbilidad Charlson y Escala Gijón.

Resultados

La población se distribuye: 2836 > 65 años y 433 > 85 años. Total PP evaluados 45 (3 fallecieron).

La media de edad 75 años, 64.44% varones.

Un 66.66% tienen un IB < 60, e igual para la escala de Lawton-Brody. El riesgo de caída Downton fue 73.33%. En la valoración sociofamiliar el 64,44% tienen riesgo.

Al valorar PROFUND: el 22.22% (>11) el 33.33% (7-10) el 28.88% (3-6) y el 15,55% (0-2) Según índice Charlson: el 77.77% presenta un riesgo del 12%, el 11.11% un 26 % de riesgo, el 4.44% un 52% y el 6,66% un 85%.

La escala Yesavage muestra que el 93,33% presentaban posible depresión/depresión establecida.

Conclusiones

La predicción de mortalidad en pacientes pluripatológicos en Atención Primaria con los índices pronósticos de Charlson y Profund son diferentes al incluir este último no sólo variables de valoración clínica si no también variables cognitivas, funcionales y sociales.

Palabras clave

Pluripatológico, Mortalidad, PAIPEC.

RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN TIPO ORALES

Oferta de actividades preventivas por médicos residentes de medicina familiar en la consulta a demanda y su relación con las habilidades comunicacionales

Zafra Ramírez N¹, Pérez Milena A², Valverde Bolívar FJ³, Molina Hurtado E⁴

¹ CS El Valle. Jaén

² Médico de Familia. CS El Valle. Jaén

³ Médico de Familia. Jefe de Estudios UD de MFyC. Jaén

⁴ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Valle. Jaén

Objetivos

Conocer la oferta de actividades preventivas propuestas por médicos residentes en la consulta a demanda de Atención Primaria y su relación con las habilidades comunicacionales.

Diseño

Descriptivo mediante videograbación.

Emplazamiento

8 centros de Salud.

Material y Método

Auditoría de consultas a demanda videograbadas (MIR familia, 4º año). Revisión por pares valorando: actividad preventiva, características de médico/paciente/consulta, habilidades comunicacionales según CICAA2 (adecuada comunicación si puntuación $\geq 40\%$ total). Autorización del Comité de Ética, obtención de consentimiento informado, custodia de las videograbaciones en la Unidad Docente. Análisis estadístico multivariante usando SPSS v21.0.

Resultados

Se valoran 246 entrevistas (8,5 \pm 3,8 minutos) de 4º MIR (52% mujeres y edad media 34,1 \pm 8,4

años). El perfil del paciente es mujer (63%), no acompañado (74%), con 2,1 ($\pm 1,0$) motivos de consulta, habitualmente patología aguda (73%) (Patología infecciosa ORL 27%, pruebas 21%, administrativa 16%, osteomuscular 14%). 39% en medio rural. 48% oferta de actividades preventivas: consejo (75%) y cribado (49%); Primaria (69%) y secundaria (62%); sobre estilos de vida (59%) y cardiovascular (49%). En un 82% de casos, la actividad preventiva se relaciona con el motivo de consulta. 68% adecuada comunicación en CICAA2: 86% tarea 1, 39% tarea 2, 67% tareas 3 y 4. La oferta de actividades preventivas se relaciona con la duración de la consulta (OR [1,05; 1,25]) y la puntuación del CICAA2 (OR [1,01, 11]).

Conclusiones

Se oferta prevención en la mitad de las consultas, aunque centrada en consejo y prevención Primaria/secundaria, ligándose a los motivos de consulta. El tiempo de consulta y las habilidades de comunicación favorecen una mayor oferta preventiva.

Palabras clave

Health Communication, Health Promotion, Inservice Training.

RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN TIPO ORALES

Eficacia de una intervención informativa con profesionales para disminuir la duración no justificada de los tratamientos con Alendronato

Tormo Molina J¹, Pugnaire Sáez MA², García Lucena G², Castelló Losada MJ¹, López Martos G², Fernández de la Hoz L³

¹ Médico de Familia. CS Gran Capitán. Granada

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Gran Capitán. Granada

³ Médico de Familia. Servicio de Urgencias. Hospital PTS. Granada

Objetivos

Valorar la eficacia de una intervención informativa para disminuir el porcentaje de tratamientos con alendronato superiores a cinco años de duración en pacientes sin factores de riesgo de fractura, con osteoporosis postmenopáusicas.

Diseño

Estudio de intervención, pretestPostest, mejora de la calidad.

Emplazamiento

CS urbano; 37000 personas población de referencia.

Material y Método

Sujetos. 2³ médicos de familia y todos sus pacientes que tenían prescrito alendronato en Noviembre del 2015 a Febrero del 2016 (estudioPre-test) y las mismas fechas un año después (estudioPost-test). Criterios de exclusión. Varones, Hiperparatiroidismo. EstudioPost: Fallecidas, Cambio de centro.

Intervenciones: Sesiones informativas mostrando los resultados del estudioPre y trabajos recomendando suspender tratamientos superiores a cinco años en mujeres sin factores de riesgo de fractura.

Variables *Principales*: Edad, Duración de los tratamientos (base de datos MicroStrategy), Factores de riesgo de fractura (encuesta a profesionales).

Estadística univariante

Resultados

En 2016,186 mujeres estaban en tratamiento con Alendronato, 177 en 2017; edad media 2016. - 72 años (SD. -9,9), edad media 2017. - 71,2 años (SD. -10,2). En 2016,61 pacientes (32,8%) llevaban más de cinco años tratadas y de ellas, 22 (36,1%) no presentaban ningún factor de riesgo de fractura. Durante el 2017, se indicaron 43 nuevos tratamientos y 52 se suspendieron; 54 pacientes (30,5%) llevaban más de cinco años de tratamiento y 19 de ellas (35,2%) no presentaban ningún factor de riesgo de fractura.

Conclusiones

La intervención informativa realizada a los profesionales no parece disminuir el porcentaje de duración prolongada, no justificada, de tratamientos con alendronato. Planteamos modificar el tipo de intervención.

Palabras clave

Osteoporosis, Alendronate, Management Quality Circles.

RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN TIPO ORALES

Prevalencia del deterioro cognitivo en pacientes institucionalizados y en atención domiciliaria

Baena Martín F¹, León Pérez M¹, Urbano Olmo B², Huesa Andrade M³, Hernández Galán JL⁴, Bohórquez Colombo MP⁴

¹ Médico de Familia. CS El Mirador. San José de la Rinconada (Sevilla)

² Médico de Familia. CS Los Carteros. San José de la Rinconada (Sevilla)

³ Médico de Familia. CS Pilas. Sevilla

⁴ UD de MFyC. Sevilla

Objetivos

Evaluar el grado de deterioro cognitivo mediante el test de Pfeiffer, en pacientes institucionalizados, frente a pacientes, de similares características, que residen en su domicilio.

Diseño

Estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento

Atención Primaria.

Material y Método

La población son pacientes institucionalizados y pacientes en el programa de atención domiciliaria adscritos a las zonas básicas de Sevilla Norte Aljarafe y Sur. Los criterios de inclusión son el consentimiento explícito o su tutor. Fue de 988 (755 institucionalizados y 232 domicilio) y las *Variables*: género, fecha de nacimiento, estado civil, apoyo familiar, enfermedades, tratamiento habitual y escala de Pfeiffer.

Resultados

Un 70'50% de los pacientes (697) fueron mujeres y 29.4% (290) varones. Existen diferencias estadísticamente significativas entre

ambos subgrupos al comparar el estado civil mediante test paramétricos ($\chi^2=92'146$, con $p=0'000$) y el apoyo familiar ($\chi^2=15.890$, $p=0'000$).

La media para la escala de Pfeiffer en domicilio fue de $4.095 \pm 3'305$, intervalo de confianza (IC) 95% [3.675 - 4.552], 40.7% tendrían una puntuación normal y el 59.2% deterioro cognitivo (19% grave). En los institucionalizados un 25% normales y el 75% deterioro cognitivo (38% deterioro grave). Empleando la prueba Chi-Cuadrado de Pearson, muestra diferencias estadísticamente significativas. No obstante, no se encuentran en el consumo de benzodiazepinas en estos subgrupos.

Conclusiones

La población institucionalizada presenta mayor grado de deterioro cognitivo, probablemente por la dificultad para las familias de mantenerlos en domicilio. No hemos encontrado relación entre la edad y el grado de deterioro cognitivo, autores proponen como explicación el mejor nivel socio-económico y educativo.

Palabras clave

Residencia De Ancianos, Dependencia, Deterioro Cognitivo.

RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN TIPO ORALES

Situación del ataque cerebrovascular

Reyes Requena M¹, López Ramón I¹, López Torres G², Montero Sáez C¹

¹ Médico de Familia. DDCU. Granada

² Médico de Familia. CS Doctores. Granada

Objetivos

Analizar las demandas asistenciales por Accidente Cerebrovascular Agudo en el CCUE de Granada en el año 2016.

Valorar datos sociodemográficos de los pacientes asistidos por Accidente Cerebrovascular Agudo en el año 2016.

Conocer el número de activaciones de Código Ictus.

Diseño

Estudio retrospectivo observacional cuantitativo.

Emplazamiento

Urgencias extrahospitalarias de provincia de Granada.

Material y Método

Se analizaron todas las demandas asistenciales activadas a través del CCUE de Granada con CIE 9.436, realizadas en la provincia de Granada en el año 2016.

Resultados

Se realizaron 681 demandas asistenciales en el año 2016: Enero 47 (6,9%), Febrero 57 (8,3%), Marzo 38 (5,6%), Abril 62 (9,1%), Mayo 75 (11%), Junio 37 (5,4%), Julio 56 (8,2%), Agosto 54 (7,9%), Septiembre 68 (9,9%), Octubre 64 (9,4%), Noviembre 65 (9,54%) y Diciembre 58 (8,5%).

Por sexo 583 (85,6%) Hombres, 90 (13,2%) Mujeres y 8 (1,2%) no conocido.

En cuanto a la edad (20-30 años) 2 (0,29%), 2 (31-40 años) 6 (0,88%), 3 (41-50 años) 25 (3,7%), 4 (51-60 años) 62 (9,1%), 5 (61-70 años) 142 (20,8%), 6 (71-80 años) 169 (24,8%), 7 (81-90 años) 212 (31,3%), 8 > 91 años 55 (8%).

La activación de Código Ictus en 184 (27%).

Conclusiones

El ataque cerebrovascular es una patología que aparece con mayor frecuencia en el mes de Septiembre. Más en hombres, la edad con más incidencia es entre 81 y 90 años.

La activación de Código Ictus se realizó en el 27%.

Palabras clave

Emergencias, Stroke, Primary Health Care.

RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN TIPO ORALES

Ictus: mismo tratamiento, diferente evolución

Reyes Requena M¹, Martín Pérez E², López Ramón I¹, López Torres G³, Menéndez Sotillo MI⁴,
Montero Sáez C¹

¹ Médico de Familia. DDCU Granada

² Médico de Familia. DDCU Chana. Granada

³ Médico de Familia. CS Doctores. Granada

⁴ Enfermera DDCU Granada

Objetivos

Analizar 2 casos clínicos.
Reconocer la evolución en ambos casos.
Estudiar el tratamiento en ambos casos.
Comparar los dos casos clínicos.

Diseño

Estudio observacional retrospectivo
cuantitativo.

Emplazamiento

Urgencias extrahospitalarias de atención
Primaria.

Material y Método

Se analizaron dos casos atendidos por el mismo personal sanitario por ictus de origen isquémico y con derivación a Hospital con radiología intervencionista y con el mismo tratamiento y se observó la evolución.

Resultados

En el primer caso, varón de 40 años, tras realización de trombectomía y tras varios días

de estancia en UCI en hospital de referencia, se traslada a Unidad de Ictus, el paciente recupera levemente las secuelas pero no tiene posibilidad de deambulación sin ayuda y no le es posible realizar las actividades básicas de la vida diaria.

En el segundo caso, mujer de 76 años, se realiza la intervención y vuelve a hospital de referencia, en los pocos días se traslada a unidad de Ictus y es dada de alta, en la actualidad está totalmente recuperada, autónoma y con buena calidad de vida

Conclusiones

Los protocolos médicos y la buena praxis no garantizan iguales resultados en pacientes distintos, por lo que es importante que los equipos multidisciplinares que intervienen en los procesos tiempo-dependientes lo tengan presente.

En estos dos casos se evidencia est. a realidad terapéutica

Palabras clave

Stroke, Emergencias, Primary Health Care.

RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN TIPO ORALES

Efectividad de una intervención avanzada y refuerzo telefónico en pacientes con ansiedad

García Ruíz C¹, Montilla Álvaro M², Delgado Vidarte A², Chamorro González-Ripoll C³, Barreiro Solla MI², González Bravo JA⁴

¹ Médico de Familia

² Médico de Familia. CS El Torrejón. Huelva

³ Médico de Familia. CS Adoratrices. Huelva

⁴ Médico de Familia. CS Isla Chica. Huelva

Objetivos

Medir la efectividad de la intervención individual avanzada para la reducción de ansiedad.

Medir la efectividad del refuerzo telefónico tras una intervención individual avanzada.

Evaluar la efectividad en cuanto al consumo de benzodiazepinas.

Diseño

Ensayo clínico aleatorizado.

Emplazamiento

CS El Torrejón. Huelva.

Material y Método

Muestra: 100 pacientes (marzo-junio 2016).

Población: 18-75 años. *Criterios de exclusión:*

TMG, tóxicos, patologías neurológicas.

Validado por el Comité de Ética. Los pacientes

serán citados en la consulta, se realizará

intervención, se aleatorizarán en dos grupos;

uno de ellos recibirá refuerzo telefónico

(intervención) el otro, grupo control.

Mediciones: T. de Hamilton para la ansiedad,

escala de dependencia Benzodiazepinas.

Análisis estadístico: Dentro de cada grupo:

Test de la T para muestras repetidas, Test de

Wicolxon. Entre grupo de intervención y grupo

control: test de la t para muestras independientes, Test U de Mann Whitney: Variables cualitativas: test de Ji-Cuadrado.

Resultados

Perfil: Mujer de 43,94 años, casada y desempleada. La evaluación de la intervención individual avanzada, supuso reducción de ansiedad de manera significativa en ambos grupos. El 64% pacientes redujeron E. Hamilton de manera significativa. El 63% redujeron dosis benzodiazepinas. No hubo diferencias estadísticas significativas entre ambos grupos en la reducción E. Hamilton ni Escada SDS.

Conclusiones

La intervención individual ha demostrado ser eficaz en la reducción de la ansiedad, dependencia benzodiazepinas y reducción de la toma de estas siendo muy rentable su utilización en Atención Primaria.

El refuerzo telefónico tiene un efecto neutro estos aspectos por lo que no parece rentable invertir tiempo en él.

Palabras clave

Anxiety, Benzodiazepines, Reinforcement.

RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN TIPO ORALES

La suspensión de la automonitorización de la glucemia en diabéticos tipo 2 no insulinizados no aumenta la demanda clínica

Jiménez Plata MC¹, Corrochano Dalí MD¹, Muñoz López MD², Estévez Parrilla JJ²

¹ Médico de Familia. CS María Fuensanta Pérez Quirós. Sevilla

² Enfermera de Familia. CS María Fuensanta Pérez Quirós. Sevilla

Objetivos

Estudiar si la retirada de la automonitorización de la glucemia con tiras reactivas (TR) en pacientes con diabetes tipo 2 no insulinizados (DM2NI) puede aumentar la demanda asistencial o complicaciones como las hipoglucemias.

Diseño

Estudio de cohortes retrospectivo.

Emplazamiento

Unidad de Gestión Clínica de Atención Primaria de Sevilla.

Material y Método

Tras la recomendación en 2009 de retirar las TR a pacientes con DM2NI, estudiamos las historias clínicas digitales de los pacientes que en 2008 usaban TR y se analizó el número de consultas registradas (medicina y enfermería) e hipoglucemias en 2008 y en 2010, comparando los que dejaron de usar TR con los que continuaron con ellas.

Resultados

Los médicos suspendieron las TR a 258 de los 297 pacientes iniciales. La media de consultas totales por paciente fue similar (10.16 en 2008 y 10.32 en 2010). Este número no se diferenció entre los pacientes que continuaron con TR y los que las dejaron, tanto en 2008 (11.10 y 10.02 respectivamente; $p=0.294$) como en 2010 (11.20 y 10.19; $p=0.320$). El análisis multivariante no relacionó la retirada de las TR con el número de consultas en ambos periodos, $R^2=0.173$ ($R^2=0.1779$ para consultas Médicas y $R^2=0.135$ para las de enfermería). El número de hipoglucemias (2 en cada periodo) fue muy escaso.

Conclusiones

La retirada de tiras reactivas en pacientes con DM2 no insulinizados no se sigue de un aumento del consumo de recursos Sanitarios en forma de consultas Médicas o de enfermería.

Palabras clave

Diabetes Mellitus Type 2, Delivery of Health Care, Self-Monitoring Blood Glucose.

RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN TIPO ORALES

Valoración de utilidad y aplicabilidad de mindfulness en atención Primaria según los propios profesionales

García Ruíz C¹, Delgado Vidarte A², Montilla Álvaro M²

¹ Médico de Familia.

² Médico de Familia. CS El Torrejón. Huelva

Objetivos

Determinar la opinión del personal de un CS sobre la utilidad y aplicabilidad de técnicas de mindfulness.

Determinar si creen que es factible en atención Primaria.

Determinar la utilidad de mindfulness para combatir burn-out de los profesionales.

Determinar si es factible aplicar técnicas de mindfulness en la consulta de atención Primaria según los profesionales.

Diseño

Analítico cuasiexperimental.

Emplazamiento

CS "El Torrejón" Huelva.

Material y Método

Se procede a la realización de una encuesta sobre los conocimientos previos sobre Mindfulness y su utilidad.

Posteriormente se procede a la realización de una sesión clínica en la cual se expone la utilidad de mindfulness, aplicabilidad, el método y se procede a la instauración de unos talleres de mindfulness en dicho CS.

Finalmente se realiza otra encuesta para valorar el grado de aceptación de esta técnica por los profesionales de atención Primaria y su aplicabilidad, según la opinión de estos, en la consulta.

Resultados

Se obtiene un grupo de 12 personas siendo 75% médicos y 25% enfermeros.

El 100% están de acuerdo en que es necesario actuar de forma activa en la prevención y tratamiento de trastornos: estrés, ansiedad.

El 100% creen que atención Primaria debe asumir un papel activo.

El 100% creen que sería recomendable implantarlo en atención Primaria.

El 90% creen que el médico/enfermero de atención Primaria debería formarse para ello.

Conclusiones

Los profesionales reconocen que se trata de una herramienta muy eficaz para el abordaje de algunas patologías en atención Primaria y del propio burn-out del profesional.

Palabras clave

Mindfulness, Burn-Out, Anxiety.

RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN TIPO ORALES

Seguimiento de una cohorte de pacientes asmáticos ¿Hemos mejorado la atención?

García López L, Milán Pinilla I, Castillo Jimena M, Sánchez Sánchez C, Sicilia Uribe MJ, Serrano Guerra FJ

Médico de Familia. CS Victoria. Málaga

Objetivos

Describir la calidad de la atención a una cohorte de pacientes incluidos en el Proceso Asistencial asma (PAI Asma) en nuestro CS (CS) y comparar resultados con auditoría de 2016 para identificar áreas de mejora.

Diseño

Descriptivo transversal, auditoría interna.

Emplazamiento

CS urbano.

Material y Método

Población: pacientes en PAI Asma (febrero 2016). Criterios de selección: Pacientes incluidos en auditoría de 2016. *Tamaño muestral:* 97% de pacientes auditados en 2016 (2 pérdidas) Variables edad, sexo. Indicadores: 15 criterios de proceso del PAI Asma. Método de evaluación: cumplimiento del criterio en historia clínica digital. *Análisis estadístico:* estadística descriptiva.

Resultados

n=64 (N=660), edad media 45'15 ($\pm 20,47$). Mujeres 68%. Cumplimiento de criterios de calidad: diagnóstico funcional de asma 20%; registro del

criterio alguna vez/en el último año respectivamente: espirometría: 64%; 9%; gravedad (GEMA 2015): 58%; Test de control de asma (ACT): 16%; 0%; agudizaciones: 67%; 22%; hábito tabáquico: 78%; 14%; manejo de inhaladores: 25%; 5%; vacunación antigripal: último año 25%.

Comparación de resultados 2016 versus 2017: diagnóstico funcional (20% -20%), espirometría alguna vez (61%-64%), en el último año (19% - 9%); gravedad (55%- 58%), control de síntomas alguna vez(15% -16%), en el último año (6%-0%), agudizaciones (65% -67%) registro en el último año (15%-22%), registro de hábito tabáquico alguna vez (74%-78%), educación sanitaria en manejo de inhaladores alguna vez (26% -25%), en el último año (3% - 5%), vacunación antigripal (27% -25%).

Conclusiones

A pesar de la mejoría de indicadores entre ambas auditorías, continúa existiendo importantes áreas de mejora.

Palabras clave

Asthma (Asma), Quality Indicators, Health Care (Indicadores de Calidad de Sistema Sanitario), Primary Health Care (Atención Primaria).

RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN TIPO ORALES

Vivir anticoagulado: experiencia en la promoción del autocuidado

González López A¹, Aguado de Montes MC², Blanco Rubio BC², González Hernández FJ³, De Francisco Montero MC⁴, Sánchez González I²

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

² Médico de Familia. CS Las Palmeritas. Sevilla

³ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Las Palmeritas. Sevilla

⁴ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Las Palmeritas. Sevilla

Objetivos

Incrementar el conocimiento y autocuidado sobre aspectos básicos de la anticoagulación.

Promover que los pacientes en tratamiento anticoagulante eviten complicaciones derivadas del mismo.

Diseño

Estudio observacional descriptivo.

Emplazamiento

Atención Primaria.

Material y Método

Se realizan cuatro sesiones informativas en el CS sobre aspectos básicos de anticoagulación dirigido a pacientes en terapia anticoagulante, seleccionados mediante captación aleatoria telefónica y oportunista en consulta, con una encuesta inicial y final que valora los conocimientos adquiridos.

Resultados

Asistieron 31 pacientes, 61,3% mujeres, edad media 76,5 años. Inicialmente, el 54,83% de ellos creía encontrarse bien informado acerca del tratamiento, el 74,2% se consideraba capaz de afrontar problemas derivados de la terapia,

comprendiendo que pueden sufrir hemorragias con un mal control.

El 74,2% sabía que podía tomar paracetamol y el 87,1% que podía vacunarse. Solo el 35,5% tenía claro que no hay alimentos prohibidos y el 74,2% sabía que no debía tomar aspirina simultáneamente.

Resalta también que sólo el 51,6% era consciente de la interferencia del tabaco en su control.

En la encuesta final comprobamos el éxito de la información presentada, llegando al 100% en los apartados anteriores. Los aspectos más conflictivos fueron la alimentación (83,3% final sabe que no hay alimentos prohibidos) y vacunación (un 9,6% pensaba que no debía vacunarse).

Conclusiones

Aportar información de una manera cercana al paciente facilita la comprensión y aceptación de la misma, lo cual mejora la adherencia y seguridad clínica a largo plazo.

Palabras clave

Anticoagulantes Orales, Promoción, Auto-cuidado.

RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN TIPO ORALES

Deshabitación tabáquica: terapia grupal en Atención Primaria

Sánchez González I¹, Blanco Rubio BC¹, Bascuñana Garrido M¹, De Francisco Montero MC², Adrada Bautista AJ³, González López A⁴

¹ Médico de Familia. CS Las Palmeritas. Sevilla

² MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Las Palmeritas. Sevilla

³ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Las Palmeritas. Sevilla

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

Objetivos

Analizar eficacia de consulta grupal antitabaco. Evaluar abandono del tabaquismo tras intervención avanzada grupal. Establecer perfil del paciente fumador en nuestra UGC, y comparar con los resultados obtenidos en análisis realizado en 2015.

Diseño

Estudio descriptivo longitudinal.

Emplazamiento

Atención Primaria.

Material y Método

Grupo de intervención avanzada (mayo 2011-Diciembre 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 Fagerström y Richmond, empleo de fármacos y tipo, abandono.

Resultados

189 pacientes, 51,35% mujeres. Edad media: 52 años. Edad media inicio: 16 años. El 64,55 % fumaban 20 o más cigarrillos/día (89,40% tabaco rubio). 69,51% un intento de abandono. El 33,97% una recaída y 34,11% dos o más. Índice de recaída se ha mantenido estable

respecto a años previos: 70%. 63,84% tenían otros hábitos (café 38,43%, alcohol 45,03%). Convivientes fumadores: 47,61%. Enfermedades relacionadas (EPOC, SAOS y Ca. Vejiga) 14,43%. Asociaban FRCV 45,77% (hipertensión 44,11%).

Dependencia moderada (test Fagerström) 34,10%; dependencia alta 33,83%. Test Richmond: 40,36% motivación alta; 60,77% motivación moderada. El 22,25% utilizaron fármacos (chicles, parches, Vareniclina, Bupropión) en su intento de abandono. Incidencia de abandono: 3 9,70%, frente a 37.6% en años anteriores; asistencia media: 3.

Conclusiones

Ha aumentado número de mujeres fumadoras y porcentaje de pacientes que consumen 20 o más cigarrillos/día. Sin embargo, también han incrementado los intentos de abandono. Se mantiene más o menos constante el número de pacientes fumadores con enfermedades relacionadas con el tabaco y los pacientes con alta motivación para dejar de fumar. Descendió la cantidad de fumadores que han usado fármacos en su intento de abandono. Es necesario continuar monitorizando los objetivos conseguidos para avanzar en la mejora de la salud de nuestra población.

Palabras clave

Tabaquismo, Intervención, Abandono.

RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN TIPO ORALES

Prevalencia de no asistencia a consultoría de Salud Mental en Atención Primaria

Castillo Jimena M¹, Sánchez Sánchez C¹, Nogueras Morillas EV², Milán Pinilla I¹, García López L¹, Ángel Maqueda R³

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Victoria. Málaga

² Psiquiatra. USMC Limonar. Málaga

³ Médico de Familia. CS Victoria. Málaga

Objetivos

Estimar la prevalencia de no asistencia de pacientes a consultoría de Salud Mental en un CS, hallar factores relacionados con esta.

Diseño

Estudio observacional transversal.

Emplazamiento

CS urbano.

Material y Método

Población de estudio y criterios de selección: pacientes atendidos en 2016 en Atención Primaria por Psiquiatra. Muestro aleatorio. *Variables:* Edad, sexo, asistencia a cita (A), antecedentes de patología psiquiátrica (APS), citas previas en salud mental (CPSM), diagnóstico de derivación(DD), demora para cita (D), seguimiento en atención Primaria previo (SAPP).

Estadística descriptiva. Análisis bivalente

Resultados

N= 80. Mujeres 62% Edad media 45,77 ($\pm 16,9$), No acudieron 25% (IC 95%: 35-17%) APS 46.8% (50.8% entre los que acuden (A) y 35% entre no

acuden (NA)). La media CPSM fue 2.66, la media de D fue 44.27 días.

Entre los diagnósticos se halló gran dispersión (30 diferentes), destacando trastorno de ansiedad (19) y trastorno mixto ansioso-depresivo (10). Agrupando diagnósticos predominan trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos 61.1% y trastornos del humor 22.2%. Los pacientes tenían SAPP en 55.7% (50.8% A y 70% NA).

No se encontraron diferencias significativas entre las variables analizadas en el grupo A y NA. No se hallaron factores relacionados con la no asistencia.

Conclusiones

El perfil de los pacientes derivados a salud mental son mujeres de edad media.

La prevalencia de ausencias a cita es elevada.

No se detecta relación del absentismo con otros datos estudiados.

Son necesarios estudios más amplios para detectar factores sobre los que intervenir para disminuir el absentismo a esta consulta.

Palabras clave

Salud Mental, Paciente No Presentado, Atención Primaria.

RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN TIPO ORALES

Perfil sociodemográfico y clínico de los pacientes que acuden a la consulta a demanda de mañana y de tarde

González Hevilla A¹, Castillo Jimena M², Álvarez de Cienfuegos Hernández M³, De Juan Roldán JI⁴, Sánchez Sánchez C², Irigoyen Martínez C¹

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Alameda-Perchel. Málaga

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Victoria. Málaga

³ Médico de Familia. CS Alameda-Perchel. Málaga

⁴ Médico de Familia. CS Palma-Palmilla. Málaga

Objetivos

Describir perfil sociodemográfico y clínico de pacientes que consultan con su MFyC en horario de mañana y de tarde. Explorar diferencias entre ambos turnos.

Obtención de datos mediante revisión de historia clínica.

Estadísticos descriptivos según tipo de variable y, para contraste de hipótesis, Chi-Cuadrado y T-Student.

Diseño

Observacional descriptivo transversal.

Resultados

N=175.83 por la mañana, 92 de tarde. Mujeres 59,4%. Edad media 54 (de 18 a 94). 82,9% españoles. 79,4% asistieron a cita. TSI mayoritario 003 (42,3%). En 9% registrado que acude delegado. Motivo más frecuente fue "síntoma" (32,6%). Media FLD 3,5, mayoría 0. Media PR 4, máx15. Media CAP 1,7. Media CUH 7,4, moda 0.

Emplazamiento

Atención Primaria.

En test estadísticos de contraste de hipótesis para todas las variables obtenemos $p > 0.05$.

Material y Método

Población de estudio: usuarios que consultan con MFyC en horario de mañana y de tarde. Se incluyen todos los sujetos de la agenda de días seleccionados, el de tarde y el día con agenda similar de mañana, de semanas alternas en marzo/abril 2017. Muestreo no probabilístico por conveniencia. Tamaño muestral (N), 175.

Variables: horario, asistencia, edad, género, nacionalidad, TSI, motivo de consulta, nº fármacos de larga duración (FLD), nº problemas registrados (PR), nº total consultas en urgencias hospitalarias (CUH), nº consultas en AP 2017 (CAP) y asistencia de familiar delegado.

Conclusiones

El paciente promedio fue mujer española, edad media y TSI 003, que consulta por un síntoma. No encontramos diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes de la muestra que consultaron por la mañana y por la tarde.

Palabras clave

Primary Health Care, [Mesh], Appointments and Schedules [Mesh], Population CharacteristiCS [Mesh].

RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN TIPO ORALES

Pacientes derivados para estudio con mapa desde Atención Primaria

López Suárez JM¹, Romo Guajardo-Fajardo C², Muriedas FernándezPalacios M¹, Pirla Santiburcio N¹, Suárez Morano J³, López Chozas JM⁴

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Olivar de Quinto. Sevilla

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Bollullos Par del Condado. Huelva

³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Malle. Sevilla

⁴ FEA Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Objetivos

Conocer las características de los pacientes (número, género, edad) derivados para realización de MAPA, con objeto de diagnosticar/valorar control de HTA. Conocer diagnósticos finales, patrones de HTA y recomendaciones dadas a los pacientes tras la realización de la MAPA.

Diseño

Se realiza un análisis observacional, descriptivo, retrospectivo.

Emplazamiento

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla

Material y Método

Se analizan 269 solicitudes de realización de MAPA de los centros de salud de atención Primaria del área del HU Virgen del Rocío recibidas en la Unidad de día de Medicina Interna. Los datos se obtienen automáticamente por el software de SpaceLabs. El análisis estadístico se realiza con SSPS StatistiCS 23.

Resultados

De las 269 MAPA realizados, fueron válidos técnicamente 268 (99.6%) siendo 153 mujeres (56.9%), edad media, 59.12 años (s=14.85); y 116 hombres (43.1%), 53.62 años (s=14.23). Motivos de derivación: HTA bata blanca, 11

pacientes (4.1%); debut de HTA, 98 (36.4%); HTA mal controlada, 142 (52.8%); otros, 18 (6.7%). Patrones de HTA: dipper, 116 (43.1%); nonDipper, 110 (40.9%); riser 28 (10.4%), dipper extremo 13 (4.8%).

Como diagnóstico final, de los derivados para estudio: 76 (28.3%) con HTA, 22 normotensos (8.2%). De los derivados para valorar grado de control: buen control: 53 pacientes (19.7%); 78 pacientes mal controlados (29.0%). Recomendaciones tras el estudio: continuar con mismo tratamiento, 33 (12.3%); iniciar tratamiento farmacológico o añadir al que ya tomaban, 97 (35.5%); aumentar dosis del fármaco que ya toma, 29 (10.8%); continuar estudio con otras pruebas complementarias 38 (14.1%); sustituir la medicación que toma por otra, 10 (3.7%); cambiar horario de la medicación que ya toma, 34 (12.6%); ninguna recomendación 20 (7.4%); otras recomendaciones, 10 (3.6%).

Conclusiones

Los pacientes que se derivan para estudio de HTA con MAPA, son la mayoría mujeres, siendo estas de mayor edad que los hombres. La mayoría de los pacientes derivados para valorar control tienen mal control de su HTA. Casi la totalidad de los pacientes obtienen recomendaciones al alta, siendo pocos a los que no se le recomiendan cambios de tratamiento.

Palabras clave

Hypertension.

RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN TIPO ORALES

Queremos mejorar: análisis de indicadores del PAI Diabetes Mellitus

Blanco Rubio BC, Sánchez González I, González López A, De Francisco Montero MC, Bascuñana Garrido M, González Hernández FJ

Médico de Familia. CS Las Palmeritas. Sevilla

Objetivos

Evaluar **Resultados** en el control del paciente diabético tras aplicación de medidas de mejora según Proceso Asistencial Integrado diabetes mellitus (PAI).

Diseño

Observacional descriptivo.

Emplazamiento

Atención Primaria.

Material y Método

Pacientes incluidos en PAI diabetes desde 2009-2016 en UGC urbana. Se evalúa anualmente el impacto del plan de mejora analizando los resultados en años siguientes. Valoración grado de cumplimiento del PAI, incidiendo en control metabólico.

Resultados

Número de personas con diabetes valoradas: 1263 en 2009, 1344 en 2010, 1347 en 2011, 1377 en 2012, 1427 en 2013, 1419 en 2014, 1360 en 2015 y 1356 en 2016. Prevalencia en población adscrita a la UGC: 7,3%.

La población con control metabólico óptimo ($HbA_{1C} < 7\%$) permanece 39,74% en 2016, manteniendo la tendencia de los últimos años.

El 11,65 % de pacientes presentaba valores de HbA_{1C} entre 7 y 8% en 2016.

Hemos mejorado el porcentaje de pacientes con mal control ($HbA_{1C} \geq 8\%$) pasando del 14,97% en 2009 al 7,66% en 2016.

Se ha realizado retinografía al 40% de los pacientes en los dos últimos años y exploración de los pies al 53% en 2016.

Conclusiones

Se ha disminuido el número de pacientes con mal control metabólico y aumentado la captación en el screening habitual de complicaciones derivadas de la DM.

Dada la importancia y prevalencia de esta enfermedad crónica, consideramos que la revisión periódica de indicadores del PAI diabetes facilita una asistencia adecuada a pacientes diabéticos.

Es necesario plantear medidas de mejora para monitorización de estas personas, es una enfermedad que aumenta la morbilidad y coexiste con otras enfermedades crónicas en la edad avanzada.

Palabras clave

Diabetes, Proceso asistencial, Enfermedad crónica.

RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN TIPO ORALES

Revisión de pacientes con pluripatología en una UGC urbana

De Francisco Montero MC¹, González López A¹, González Hernández FJ¹, Adrada Bautista AJ¹, Aguado de Montes MC², Bascuñana Garrido M²

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

² Médico de Familia. CS Las Palmeritas. Sevilla

Objetivos

Establecer perfil del paciente pluripatológico según Proceso Asistencial Integrado en UGC Atención Primaria urbana.

Identificar áreas de mejora con evaluación de indicadores de calidad en atención al paciente pluripatológico para avanzar en adecuar la práctica clínica.

Diseño

Estudio observacional descriptivo.

Emplazamiento

CS.

Material y Método

Se identifican pacientes incluidos como pluripatológicos en 2017 en UGC urbana (población referencia 18.854 ciudadanos, 24% >65 años), cuidador principal, categorías de inclusión, evaluación conjunta con M. Interna.

Otros parámetros: valoración integral, polimedicación, interacciones medicamentosas, derivaciones otras especialidades, ingresos hospitalarios último año.

Se comparan resultados con revisiones previas (última Enero 2016).

Resultados

293 pluripatológicos (40% varones). Prevalencia pacientes pluripatológicos: 1.05% población de referencia (4% población >65

años). El 68% de pacientes registrados cumplen criterios de inclusión. Categoría más frecuente: A. 2. El 72% tiene realizada valoración integral y en el 64% estaba identificado cuidador principal. 90% polimedicados, 25% de Interacciones medicamentosas. En seguimiento por M. Interna 23%; mayor número de derivaciones a otras especialidades en último año: Cardiología y Oftalmología (10.57%). Ingresos hospitalarios 23%, fundamentalmente por Insuficiencia Cardíaca (13,95%).

Conclusiones

Comparativamente con revisiones previas se observa mejora en la valoración integral del pluripatológico, así como disminución de interacciones medicamentosas. A mejorar, la identificación de los pacientes. Hay más pacientes en seguimiento por Medicina Interna.

El proceso Paciente Pluripatológico facilita la colaboración entre Atención Primaria y Hospitalaria, compartiendo evaluación periódica y seguimiento terapéutico, así como prevención/tratamiento precoz de crisis de inestabilidad. Mejorar captación, registro y evaluación de pacientes y cuidadores, además de revisión periódica de perfil terapéutico e interacciones medicamentosas para mayor seguridad de estos pacientes.

Palabras clave

Pluripatológico, Proceso Asistencial, Indicadores Calidad.

RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN TIPO ORALES

Actividad de mejora en la prescripción de tiras reactivas de glucemia capilar

Ruiz Ávila F¹, Sanz Herrera MJ², Rivas Román AM³, Jaén Menacho J¹, Loureiro Galán P⁴, Lendínez de la Cruz JM⁵

¹ Médica de Familia. CS Ribera. Puerto Real (Cádiz)

² Enfermera de Familia. CS Ribera. Puerto Real (Cádiz)

³ Médica de Familia. DCCU Bahía de Cádiz-la Janda. Cádiz

⁴ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Ribera. Puerto Real (Cádiz)

⁵ Médico de Familia. CS Ribera. Puerto Real (Cádiz)

Objetivos

Evaluar la efectividad de una intervención formativa e informativa sobre la calidad de la prescripción de tiras reactivas en personas con diabetes.

Diseño

Estudio cuasi experimental antes-después.

Emplazamiento

Atención Primaria.

Material y Método

Se incluyeron los pacientes adscritos a la ZBS de Salud diagnosticados de diabetes, con prescripción activa de tiras reactivas. Se revisaron 338 historias, recogiendo las *Variables*: clave Médica, tipo de diabetes, sexo, edad, tratamiento, número de tiras reactivas, comorbilidades, control metabólico y cribado de complicaciones. Se valoró la adecuación de la prescripción según las recomendaciones del Plan Andaluz de diabetes, considerándose la prescripción adecuada, superior o inferior a lo recomendado. La intervención consistió en una sesión formativa para optimizar el uso de tiras reactivas más información a los profesionales de los resultados de su actuación. Al año se

realizó una revisión de las historias reevaluando la prescripción. Se realizó análisis descriptivo y logístico multivariante con el programa R.

Resultados

El grado de adecuación de la prescripción aumenta de manera significativa tras la intervención (52,23% vs 71,33%; $p < 0,05$). Se identifican como variables asociadas a prescripción adecuada el consumo de sulfonilurea (OR: 4,85; IC: 2,14-12,58) y el número de tiras semanales (OR: 1,07; IC: 1,03-1,12).

Conclusiones

La intervención formativa e informativa destinada a los profesionales Sanitarios orientada a optimizar la prescripción de tiras reactivas de glucemia capilar se ha mostrado efectiva en un Área básica de salud.

Se propone, por tanto, asegurar la continuidad de la intervención, evaluando su efectividad a largo plazo.

Palabras clave

Diabetes Mellitus, Autoanálisis Glucémico.

RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN TIPO ORALES

Estudio de normalidad en las variables predictivas fundamentales del proyecto Criventos

De Francisco Montero MC¹, Vera Ledo M², Aguado de Montes MC³, Sánchez González I³, Adrada Bautista AJ⁴, Ortega Calvo M³

¹ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Las Palmeritas. Sevilla

² Médico de Familia. CS Esperanza Macarena. Sevilla

³ Médico de Familia. CS Las Palmeritas. Sevilla

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

Objetivos

Analizar tipo de distribución (paramétrica o no paramétrica) de las variables independientes más importantes del Proyecto CRIVENTOS que intenta crear modelos predictivos de diabetes Gestacional para el tercer trimestre.

Diseño

Observacional de casos y controles incidentes y no pareados.

Emplazamiento

Tres centros de salud de un Distrito urbano.

Material y Método

El proyecto tiene permiso para su realización del Comité de Ética de Investigación Local desde 2013 (Código CEI - 2012PI-231). Los datos obtenidos se almacenaron en formato EXCELL que fue analizado mediante el programa R versión 3.4.0 y R Commander versión 2.3-2. Se realizó un estudio de estadística descriptiva, aplicando test de normalidad (Kolmogorov-Lilliefors) y creando gráficas quantil-quantil (Q-Q) para distribuciones normales.

Las variables estudiadas fueron: edad durante la gestación (n=241), test de O 'Sullivan en las 12 semanas (n=81), Proteína A Placentaria asociada al embarazo (PAPPA) (n=143), Subunidad beta libre de la gonadotropina coriónica humana (HCG) (n=182) y peso de la gestante a las 12 semanas (n=237).

Resultados

Las pruebas estadísticas arrojaron valores de $p < 0.05$, con lo cual había que desechar la hipótesis nula (distribución normal) en todas ellas. Las gráficas Q-Q mostraron distribuciones de cuantiles observados que se alejaban de la diagonal correspondiente a los cuantiles de las curvas normales definidas por el programa.

Conclusiones

1) Las variables predictoras más importantes del proyecto CRIVENTOS mostraban una distribución no normal, tanto en los contrastes de hipótesis como en el estudio de gráficas Q-Q.
2) Las gráficas Q-Q mostraron utilidad descriptiva para el objetivo propuesto.

Palabras clave

Diabetes Gestacional, Distribución Normal, Gráficos por Ordenador.

RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN TIPO ORALES

Dime cómo eres y te diré cuántos fármacos tienes prescritos

González Hevilla A¹, De Juan Roldán JI², Castillo Jimena M³, Sánchez Sánchez C³, Álvarez de Cienfuegos Hernández M⁴, Rivera Ríos I¹

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Alameda-Perchel. Málaga

² Médico de Familia. CS Palma-Palmilla. Málaga

³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Victoria. Málaga

⁴ Médico de Familia. CS Alameda-Perchel. Málaga

Objetivos

Conocer prevalencia de polimedicación cuantitativa en muestra de pacientes que consultan con MFyC a demanda. Explorar diferencias en características socio-demográficas/clínicas según nº fármacos que consumen.

Diseño

Observacional descriptivo transversal.

Emplazamiento

Atención Primaria.

Material y Método

Población de estudio: usuarios que consultan a demanda con MFyC. Incluimos los sujetos de la agenda de los 2 primeros días, semanas alternas, mes. Muestreo por conveniencia. Tamaño muestral (N) 175. *Variables*: edad, género, nacionalidad, TSI, nº fármacos de larga duración, nº problemas registrados, nº total consultas en urgencias hospitalarias nº consultas en AP 2017 y asistencia de familiar delegado.

Resultados

N=175. Mujeres 59,4%. Edad media 54.30.3% no consume fármacos. 24.4% consume >5

fármacos. Edad media del grupo sin fármacos, 40 años, los que consumen 1-5 fármacos, 56 y >5,70 (p<0.05, ANOVA/Bonferroni). Problemas registrados creciente según nº fármacos prescritos: 0 fármacos, media¹, media 0.94, 1-5 fármacos, media³, media⁴, >5, mediana 9.5, media 9 (UMannWhitney 26.5, p<0,05).

De quienes acudieron a urgencias >10 veces, 54.5% consumía >5 fármacos. De los que no acudieron a urgencias, 23.3% consumía > 5 fármacos (chi2 26, p<0.05). 28,9% españoles consumen >5 fármacos frente al 3.3% de extranjeros (chi2 14.7, p<0.05). 70.6% pacientes TSI001 consumen >5 fármacos, solo 7.5% TSI002 no consumen fármacos, 5.4% TSI003 consumen >5,50% TSI004 en adelante no consumen fármacos (chi2 64.1, p<0.05). 64.7% consultas delegadas, paciente consume >5 fármacos (chi2 16.7, p> 0.000).

Conclusiones

En nuestra muestra edad, nº problemas registrados y consultas en urgencias fue superior en pacientes con mayor nº fármacos prescritos. Españoles y TSI bajo más medicados. Género sin diferencias.

Palabras clave

Primary Health Care [Mesh], Population Characteristics [Mesh], Polypharmacy [Mesh]

RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN TIPO ORALES

El papel del cuidador en los pacientes confinados

Andrés Vera J¹, Hurtado Soriano R¹, Frutos Hidalgo E¹, Gragera Hidalgo M¹, Jara Abril M¹, Paños Maturana E²

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Olivillo. Cádiz

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Laguna. Cádiz

Objetivos

Analizar el impacto sobre la salud y medir el grado de sobrecarga subjetivo de los cuidadores de pacientes confinados.

Diseño

Se lleva a cabo un estudio descriptivo transversal de los pacientes incluidos en el programa de inmovilizados del año 2015 de una UGC y de sus cuidadores.

Emplazamiento

Atención Primaria.

Material y Método

Se realiza encuesta de diseño propio e Índice de Esfuerzo del Cuidador a cuidadores de los pacientes confinados en su domicilio.

Las variables analizadas en los cuidadores engloban su perfil de salud: relaciones sociales, actividad física, trastornos emocionales y cansancio de rol de cuidador.

Resultados

Se realizan 74 valoraciones a los cuidadores, siendo mujeres un 64,8% y un 35,2% son hombres.

Se obtiene que el 90,54% han perdido sus relaciones sociales, el 78,38% encuentra limitada su actividad física y al 77,03% le produce trastornos emocionales la situación en la que se encuentra. El 63,51% considera que cuidar a pacientes en esta situación influye en su cansancio de rol.

El 100% presentan en el Índice del Esfuerzo del cuidador una puntuación superior a 7 lo que sugiere un nivel elevado de trabajo y sobrecarga percibido.

Conclusiones

El hecho de ser cuidador no está exento de riesgo pues conlleva sobrecarga física y emocional para el cuidador, además de limitaciones de sus actividades cotidianas que suponen un riesgo para su salud. En pacientes recluidos en el domicilio el hecho de no poder salir a la calle y relacionarse socialmente produce pérdida de vida social también en su cuidadora que repercute negativamente en su salud psicológica especialmente.

Palabras clave

Cuidador, Confinado, Salud.

RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN TIPO ORALES

Modelo predictivo de diabetes gestacional basado en las variables del cribaje de cromosopatías (proyecto Criventos)

Gabaldón Rodríguez I¹, Ramírez Hidalgo MV², Bascuñana Garrido M¹, Aguado de Montes MC¹, Sánchez González I¹, Corchado Albalat Y³

¹ Médico de Familia. CS Las Palmeritas. Sevilla

² Médico de Familia. CS Esperanza Macarena. Sevilla

³ Médico de Familia. CS Amante Laffon. Sevilla

Objetivos

Crear un modelo predictivo de diabetes Gestacional (DG) con las hormonas del cribaje de primer trimestre (PAPPA y Betahidroxicoriónica) y otras variables concurrentes.

Diseño

Casos y controles incidentes no pareados.

Emplazamiento

Tres centros de salud de un Distrito urbano.

Material y Método

El proyecto tiene el Código CEI - 2012PI-231. Los datos obtenidos fueron analizados mediante el programa R versión 3.4.0 y R Commander versión 2.3-2, creando un modelo de regresión logística binaria no condicionada (RLNC) cuya variable dependiente era la DG en el tercer trimestre. Se calcularon los ODDS ratios (OR) y su área bajo la curva ROC. El criterio diagnóstico fue mostrar dos puntos patológicos en la curva de sobrecarga de glucosa. Debido a un estudio previo de normalidad de variables independientes, se

transformaron todas ellas a sus logaritmos naturales. El error alfa fue del 5%.

Resultados

El tamaño de muestra fue de 241 embarazadas. Tan sólo 50 mostraron información completa para la creación del modelo. Se pudo obtener una RLNC para DG con las variables siguientes: edad de la embarazada (OR= 1.497), IMC (índice de masa corporal) a las 12 semanas (OR= 0.971), PAPPA (OR=0.437), Betahidroxicoriónica (OR= 1.002), O'Sullivan de las 12 semanas (OR= 1.059) y glucemia a las 12 semanas (OR= 1.126). Tan sólo el O'Sullivan y el IMC fueron significativas ($p < 0.05$). La curva ROC mostraba una superficie de 0.94 (IC al 95% 0.84-1.00).

Conclusiones

Un modelo predictivo que incluya las hormonas del cribaje de cromosopatías presenta una capacidad diagnóstica elevada para DG.

Palabras clave

Diabetes Gestacional, Modelos Logísticos, Curva ROC.

RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN TIPO ORALES

Conocimientos, disponibilidad y uso de los recursos en Andalucía para el diagnóstico y seguimiento de la HTA. Estudio MAMPA

Medina Duran P¹, Martín Mañero C², Martín Riobóo E², Pérula de Torres LA³, García Criado EI⁴, Pérez Ibáñez C⁵

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

² MIR 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Ribera del Muelle. Puerto Real (Cádiz)

³ Médico de Familia. Grupo de Cardiovascular del PAPPs-semFYC. Miembro GICEAP (IMIBIC) Hospital Reina Sofía de Córdoba Universidad de Córdoba CS Fuensanta. Córdoba

⁴ Médico de Familia. Miembro GICEAP (IMIBIC), Hospital Reina Sofía de Córdoba Universidad de Córdoba CS Fuensanta. Córdoba

⁵ MIR 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Fuensanta. Córdoba

Objetivos

Comprobar la disponibilidad de AMPA y MAPA, conocimientos, y manejo de la HTA de los médicos de atención Primaria (AP) en Andalucía frente al resto de España.

Diseño

Observacional transversal.

Emplazamiento

Atención Primaria.

Material y Método

Invitación a médicos de AP, socios de sociedades científicas (semFYC, SEMERGEN, SEH-LELHA, SEMG), y mediante muestreo aleatorio (centros AP). Estudio realizado a nivel nacional. Comparamos **Resultados** Andalucía/España. Encuesta online Preguntas sobre el conocimiento, disponibilidad y manejo de AMPA/MAPA para el diagnóstico de HTA. Análisis estadístico descriptivo e inferencial (IC95%; Ji-cuadrado; $p < 0,05$).

Resultados

Datos enfrentados Andalucía/España (A/E): Encuestas recibidas A: 369/E: 2221; Edad

media A: 48,09±11,26 (DT)/E: 47,74±10,65 (24-65). Hombres A: 57,2%/E: 44,9%. Disponibilidad de aparatos automáticos (AA) A: 58,5% (IC95%: 53,6-63,9)/E 78,2% (IC95%: 76,6-79,9%). Disponibilidad/Acceso a MAPA A: 21,7% (IC95%: 17,6-26,3)/E: 49,9% (IC95%: 47,8-51,9%). Disponen manguito ancho: A: 60%/E: 80%. Uso habitual de tensiómetro: AA: A: 33,6%/E: 56,6% Aneroides pared A: 35, %/E: 21,5% Aneroides portátil: A: 25,9%/E: 16,4% Mercurio A: 2,2%/E: 5,1%. Método diagnóstico de elección: AMPA A: 28,2%/E: 23% MAPA A: 41,7%/E: 48%. Uso de protocolos para AMPA: Siempre o habitualmente A: 57,9%/E: 74,5%. Solicitan AMPA en seguimiento siempre o habitualmente: A: 67,5%/E: 72,5%

Conclusiones

Todos los datos empeoran considerablemente en Andalucía respecto sobre todo en disponibilidad, aunque también en manejo. Disponibilidad de AMPA aceptable, de MAPA insuficiente. Escaso uso de AA en consulta. Excesivo uso de aneroides. Metodología deficitaria en el uso de protocolos/conocimiento.

RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

Atención por odontalgia en urgencias extrahospitalarias

Egea Aldana FR¹, Fernández García G², Ibáñez Bulpe MJ³

¹ Médico de Familia UCCU. San Fernando (Cádiz)

² Médico de Familia. DDCU Cádiz

³ Enfermera UCCU. San Fernando (Cádiz).

Objetivos

Dada la alta incidencia de esta patología atendida por este Servicio de Urgencias extrahospitalarias sobre todo en personas cada vez más jóvenes y relacionándolo con factores que puedan precipitarlo, se intenta conocer la causa de la odontalgia y la influencia de dichos factores (tabaquismo, mala higiene dental, etc.).

Diseño

Lineal retrospectivo.

Emplazamiento

Urgencias extrahospitalarias de San Fernando (Cádiz).

Material y Método

Es un estudio lineal retrospectivo durante tres meses del año 2016 en la población de San Fernando, donde se atendieron a 100 pacientes por odontalgia, diferenciándolos por sexo, edad, fumadores o no, e higiene dentaria, esta última se consideró buena con dos cepillados al día y mala con uno o ninguno, obteniendo la información de forma verbal en el momento de

la consulta. Los datos se obtuvieron a través del programa Diraya del Sistema Andaluz de Salud.

Resultados

De 20 a 30 años; 16 mujeres y 12 hombres.
De 30 a 40 años: 21 mujeres y 15 hombres.
De 40 a 50 años; 13 mujeres y 10 hombres.
Mayor de 50 años; 4 mujeres y 9 hombres.
39 mujeres eran fumadores y 24 hombres fumadores.

Un 85 % de los pacientes reconocían mala higiene dental, de estos 85% 43 % eran mujeres fumadoras y 38% eran hombres fumadores.

Conclusiones

Se observa mayor incidencia en la franja etaria de los 30 a 40 años, más en mujeres que en hombres por el tabaquismo, de donde se deduce que el tabaquismo y la mala higiene dental influyen en esta patología, por lo que sería necesario potenciar los programas de higiene bucodental.

Palabras clave

Odontalgia, Urgencias Extrahospitalarias.

RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

Atención por crisis de ansiedad en urgencias extrahospitalarias de San Fernando

Egea Aldana FR¹, Fernández García G², Ibáñez Bulpe MJ³

¹ Médico de Familia UCCU. San Fernando (Cádiz)

² Médico de Familia. DDCU Cádiz

³ Enfermera UCCU San Fernando (Cádiz)

Objetivos

Ante el incremento de las consultas en urgencias extrahospitalarias de San Fernando por crisis de ansiedad en pacientes cada vez más jóvenes, se estudia la sintomatología principal por la que acuden y motivo que la provocó.

Diseño

Estudio lineal retrospectivo.

Emplazamiento

Urgencias extrahospitalarias.

Material y Método

Durante dos meses del año 2017, en el que se atendieron a 53 personas que acudieron por crisis de ansiedad, se seleccionaron de forma aleatoria, diferenciándolas por edad, sexo, sintomatología principal y motivo que precipitó la crisis. Los datos se obtuvieron a través del programa informático Diraya del Sistema Andaluz de Salud.

Resultados

De 20 a 30 años; 9 mujeres y 8 hombres.
De 30 a 40 años; 10 mujeres y 6 hombres.
De 40 a 50 años; 13 mujeres y 4 hombres.
Mayor de 50 años; 2 mujeres y 1 hombre.
En un 72 % los principales síntomas fueron dolor torácico y sensación disneica.
En un 89% de las crisis de ansiedad fueron por motivos personales.

Conclusiones

Se aprecia que este tipo de patología afecta más a las mujeres en cualquier franja etaria, siendo más alta en la franja de 30 a 50 años, presentando somatizaciones del tipo cardiorrespiratorio, alegando motivos personales, en la mayoría de los casos, incluyendo en estos los motivos profesionales. Por lo que se puede aconsejar el refuerzo en los programas de salud mental desde Atención Primaria.

Palabras clave

Ansiedad, Urgencias Extrahospitalarias.

RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

Hipotermia y RCP

Casado Sánchez IM¹, Duran Chiappero MR¹, Gallego Castillo EN²

¹ Médico de Familia. DDCU Málaga

² Médico de Familia. CS Coín. Málaga

Objetivos

Identificar y analizar las medidas a adoptar en el caso de PCR en casos de hipotermia grave dando a conocer las principales diferencias con el algoritmo habitual de RCP.

Diseño

Revisión bibliográfica.

Emplazamiento

Atención extrahospitalaria.

Material y Método

Revisión de la evidencia científica en diferentes bases de datos como Scielo, Pubmed, Scencedirect, Medline... desde el año 2011 a la actualidad, utilizando los descriptores: Hipotermia, Reanimación cardiopulmonar, Emergencia Médica.

Resultados

Debemos prestar especial atención a la Temperatura central del paciente, tratando de aumentarla lo más rápido posible, con los medios disponibles. Ante una hipotermia severa (<30°C): NO debemos administrar medicación IV. Sólo podremos realizar una desfibrilación en caso de ritmo desfibrilable.

Procederemos a traslado urgente a hospital. Una vez lograda Temperatura >30°C pero continúe la hipotermia se podrá administrar la medicación IV como la adrenalina pero espaciada al doble de tiempo.

Una nueva desfibrilación para FV será posible una vez la Temperatura sea > 32°C Recalentamiento interno activo: Oxígeno húmedo y tibio (42°-46°C). Líquidos IV tibios (43°C) Evitar Ringer Lactato por disminución de su metabolización a nivel hepático. Lavados internos (gástrico peritoneal, pleural o vesical) con líquidos calientes (40°) libres de potasio. No olvidar las acciones básicas para todos los pacientes: retirar ropas húmedas, uso de mantas, mantener posición horizontal evitando movimientos bruscos y actividad excesiva.

Conclusiones

En caso de PCR en paciente con hipotermia deberemos proceder a una monitorización continua de la temperatura corporal, una constante vital no tenida en cuenta lo suficiente en muchas ocasiones y que nos guiará plenamente en nuestra actuación.

Palabras clave

Hipotermia, Reanimación Cardiopulmonar, Emergencia Médica.

RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

¿Cómo calcular la función renal eficientemente en Atención Primaria?

Merino de Haro I¹, Fernández López P², Pérez Buendía I³

¹ Médico de Familia. CS San Luis de Sabinillas. Málaga

² Médico de Familia. CS La Zubia. Granada

³ Médico de Familia. Hospital Universitario PTS. Granada

Objetivos

Determinar la importancia de la utilización de la cistatina-C para valorar la función renal, así como su aplicabilidad en Atención Primaria.

Diseño

Descriptivo observacional.

Emplazamiento

Atención Primaria.

Material y Método

Se estudian en 222 pacientes, (127 hombres, 57.2% y 95 mujeres, 42.8%, edad=61. 3±16.6 años pertenecientes a 4 zonas básicas de salud), el grado de función renal, tomando como *Gold standard* el aclaramiento de creatinina (obtenido en orina de 24 horas) y comparándolo con las ecuaciones que estiman la función renal basándose en la cistatina-C: Filler, Le Bricon, Hoeck y Larsson así como con las ecuaciones que realizan dicha estimación con la creatinina sérica Cockcroft-Gault, MDRD Abreviado, MDRD-7y CKDEPI.

Resultados

Los coeficientes de correlación obtenidos son: *Formulas basadas en la cistatina-C*; Filler. - 0.417. Le Bricon. - 0.509. Hoeck. - 0.511. Larsson. - 0.485. *Formulas basadas en la creatinina sérica*; CKDEPI. - 0,821. MDRD-7. - 0,732. MDRD Abreviado. - 0,696. COCKCROFT-GAULT. - 0,591.

Conclusiones

Las ecuaciones basadas en la creatinina sérica son las que tienen un índice de correlación mayor que la Cistatina-C para estimar el filtrado glomerular.

La ecuación que mejor estima el filtrado glomerular es la CKDEPI.

Operativamente en atención Primaria son más fáciles de utilizar tanto MDRD como COCKCROFT-GAULT, y solo utilizaremos el CKD – EPI con cifras dudosas ante la derivación a Nefrología.

La cistatina-C no aporta valor clínico en Atención Primaria, ya que no es superior a las basadas en la creatinina sérica y su determinación es menos eficiente.

Palabras clave

Renal Insufficiency; Cystatin C; Albuminuria.

RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

¿Debemos de cuidar la función renal de nuestros mayores?

Merino de Haro I¹, Fernández López P², Pérez Buendía I³

¹ Médico de Familia. CS San Luis de Sabinillas. Málaga

² Médico de Familia. CS La Zubia. Granada

³ Médico de Familia. Hospital Universitario PTS. Granada

Objetivos

Ver la prevalencia de la Insuficiencia Renal (IR) en pacientes diabéticos (DM) con o sin HTA y dislipemia dentro de una ZBS de salud separados en dos grupos: menores y mayores de 65 años.

Diseño

Observacional descriptivo.

Emplazamiento

Atención Primaria.

Material y Método

Se estudian a 1493 pacientes de una ZBS de salud realizando un estudio descriptivo observacional. Se estima el filtrado glomerular (eFG) mediante la ecuación CKDEPI, considerando de acuerdo a las guías KDOQI insuficiencia renal a un eFG < 60 ml/min x 1.73 m². Se realiza estudio estadístico con Test de Chi-Cuadrado.

Resultados

La prevalencia es para los menores 65 y los mayores 65 respectivamente.

La prevalencia de la IR en los pacientes DM: 2.7% y 18%.

La prevalencia en la DM con Dislipemia: 4.5 y 7.7%.

La prevalencia en la DM con HTA: 2.5% y 33.5%.

La prevalencia en la DM con HTA y con Dislipemia: 10% y 35.8%.

Conclusiones

Observamos que la prevalencia de la IR en los pacientes que tienen solo diabetes mellitus se multiplica por 6 en los pacientes mayores de 65 años.

La prevalencia en pacientes diabéticos con Dislipemia se multiplica por 1.5 al ser mayores de 65 años.

La prevalencia en pacientes diabéticos con HTA se multiplica por 13 al ser mayores de 65 años.

La prevalencia de la IR en pacientes Diabéticos con HTA y con Dislipemia se multiplica por 3 en pacientes mayores de 65 años.

Palabras clave

Aged, Renal Insufficiency, Hypertension.

RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

Valores de referencia de la velocidad de la marcha funcional en personas mayores en el ámbito comunitario

Rodríguez González MM¹, Galán Mercant A², González Sánchez M³, Bedoya Belmonte JJ¹, Cuesta Vargas A³

¹ Médico de Familia. CS Tiro Pichón. Málaga

² Profesor Fisioterapia. Universidad de Jaén. Jaén

³ Profesor Fisioterapia. Universidad de Málaga. Málaga

Objetivos

Ofrecer valores de referencia del TUG en los mayores de 60 años por décadas.

Diseño

Estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento

En la comunidad.

Material y Método

Se reclutaron 114 personas mayores de 60 años por muestreo no probabilístico por cuotas, que acudían a un programa de Actividad Física por el Patronato Municipal de Deportes de Torremolinos, y se les determinó la velocidad de la marcha mediante *test timed up and go extended* (TUG), así como mediciones antropométricas. Se mostrarán medidas de tendencia central y dispersión en la muestra. Aplicaremos la prueba de Kolmogórov-Smirnov para determinar la bondad de ajuste de las distribuciones de las variables de estudio. Se realizarán análisis de la varianza entre las distintas variables y las distintas décadas

usando el test U de Mann Whitney. El nivel de significación se asignará a $\alpha < 0,005$.

Resultados

La distribución de las variables en todos los casos no fue normal. La edad media de los participantes fue de 70,17 años; siendo en la primera década 60,07 años y el TUG 14,50 sgs (desviación típica (DT) 5,11) La segunda década de edad media 70,04 años, con una media de 17,30 (DT: 13,86) de TUG. La tercera década 78,4 años de media con TUG de 20,5 sgs (DT; 5,09). La diferencia entre las décadas fue estadísticamente significativa con una $p < 0,001$.

Conclusiones

La velocidad de la marcha medida por el TUG extended tiene una gran variabilidad en las décadas en personas mayores. Los valores de referencia determinados en este estudio permiten detectar estados de fragilidad en los que hacer intervenciones preventivas.

Palabras clave

Frailty, Aging, Gait Speed.

RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

¿Cómo pintan los niños el tabaco?

Ouaridi Dadi A¹, Fernández Rosado FJ², Fernández Ouaridi D³

¹ Médica de Familia. CS Sanlúcar Barrio Alto. Cádiz

² Médico de Familia. CS Pinillo Chico. Cádiz

³ Estudiante Medicina.

Objetivos

Conocer a través del dibujo la percepción que tienen escolares de 4º de Primaria del tabaco y su influencia sobre la salud.

Diseño

Descriptivo transversal.

Emplazamiento

Atención Primaria.

Material y Método

La población estudiada era de 224 alumnos de 4º de Primaria. Con motivo del Día mundial contra el tabaco se invitó a participar al concurso de dibujo "tabaco y salud" a colegios de la ZBS.

Participaron 106 escolares, 47% del total, 60.5% niñas, 34.8% niños y 4,7% no identificado. A esta edad pueden expresar su opinión acerca de algo que ven diariamente, pueden recibir información sobre las consecuencias del consumo, sobre sus restricciones y regulación, y tienen habilidades para elegir prácticas saludables en vez de no saludables.

Resultados

La totalidad representan al tabaco como dañino para la salud, relacionándolo con enfermedad pulmonar, cardiaca, cáncer, incluso la muerte, la mayoría incorporan mensajes advirtiendo del peligro de fumar, perjuicio sobre embarazo, medio ambiente, el bienestar, incorporan señales de prohibición y alertan sobre el fumar ante los niños, conocen el concepto de fumador pasivo, representan fumadores adultos, y a otros niños.

Conclusiones

La opinión sobre el tabaco es claramente negativa, y la principal razón las enfermedades, esto refleja la información recibida mediante actividades preventivas.

Existen numerosos estudios sobre prevalencia entre adolescentes, sin embargo, el contacto se produce antes.

La promoción de hábitos saludables debe empezar en la niñez, ya que podría resultar más fácil evitar un nuevo fumador.

Mantener alejados a los niños del tabaco durante la niñez, reduciría las posibilidades de que sean fumadores.

Palabras clave

Prevención, Tabaquismo, Niños.

RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

Polifarmacia en pacientes institucionalizados frente a pacientes domiciliarios

Carrasco Real E¹, García Macías AM², Jiménez Bernal AM²

¹ Médico de Familia. CS El Almorón. Écija (Sevilla)

² Médico de Familia. CS El Valle. Écija (Sevilla)

Objetivos

Comparación del consumo de fármacos entre pacientes institucionalizados y domiciliarios. Establecer si existe relación entre variables estudiadas y estar institucionalizado o en domicilio. Comprobar relación entre institucionalización y uso de recursos Sanitarios. Prevalencia de polifarmacia.

Diseño

Estudio descriptivo transversal en el ámbito de atención Primaria, de pacientes institucionalizados y pacientes que reciben cuidados en domicilio. Hemos utilizado el método de la Chi-Cuadrado de Pearson y Fisher, test de independencia F Snedecor.

Emplazamiento

Atención Primaria.

Material y Método

Pacientes institucionalizados en residencias de mayores y en régimen de atención a domicilio. Único criterio de selección, ser anciano dependiente ingresado en Residencia de ancianos y ser anciano dependiente en domicilio. Muestra total 988 pacientes (756 institucionalizados, 232 domiciliarios).

Resultados

El sexo femenino y estado civil está relacionado con el factor institucionalización.

HTA y artrosis son las patologías más prevalentes en la población observada.

Fármacos más consumidos en la población estudiada:

AINES/paracetamol,

benzodiazepinas, diuréticos, Antiagregantes.

Existe asociación entre estar institucionalizado y consumo de ARA2, AINE, inhaladores,

anticoagulantes, hipolipemiantes,

neurolepticos.

Existe asociación entre el factor institucionalización y la variable polifarmacia.

Conclusiones

La polimedicación y la prescripción inadecuada de medicamentos a pacientes de edad avanzada conlleva un incremento en los costes. Los mayores de 65 años representan el 15% de la población total, y asistencialmente generan más de la mitad del gasto sanitario. Los mayores de 65 años consumen más del 30% de los fármacos.

Palabras clave

Polimedicación, Población geriátrica, Pluri-patología.

RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

Análisis de las crisis hipertensivas atendidas en las urgencias de un hospital comarcal

González López de Gamarra S¹, Recio Ramírez JM¹, Muñoz Romero E², Gómez García M², Vega Romero M², Díaz Aguilar CM²

¹ Médico de Familia. Hospital de Montilla. Córdoba

² Médico de Familia. Urgencias Hospital De Montilla. Córdoba

Objetivos

Analizar las características y el manejo de los pacientes que son atendidos de urgencia por una crisis hipertensiva.

Diseño

Estudio descriptivo transversal retrospectivo.

Emplazamiento

Atención hospitalaria.

Material y Método

Pacientes diagnosticados en urgencias de crisis hipertensivas (CH), presión arterial (PA) \geq 180/120 mmHg, durante tres meses, distinguiendo entre urgencias hipertensivas (UH) y emergencias hipertensivas (EH).

Resultados

92 de 130 casos de CH cumplen criterios (70,77%). 6 fueron EH (6,52%), la mayoría mujeres (66,67%). La media de edad en mujeres fue mayor (74) que en varones (63). Un 30% de UH estaban asintomáticas siendo la clínica inespecífica (19,77%) y la cefalea (17,44%) las más frecuentes.

Un tercio de las EH se manifestaron como dolor torácico y otro tercio como focalidad neurológica. El 60% estaban ya tratados y sólo 3 iniciando tratamiento. El 75% estaban tratados con dos o más fármacos antihipertensivos.

La mayoría se trataron en urgencias con benzodiacepina y captopril lográndose el control tensional en el 78%. El 80% se derivaron a su Médico de Familia. Un 12% a especialidades y se ingresaron las 6 EH. Casi un 30% reconsultaron por nueva CH en menos de un mes.

Conclusiones

La mayoría de las CH en nuestro centro son UH en pacientes hipertensos ya tratados y cursan asintomáticas. Sin embargo, insistimos en conseguir un control tensional de las mismas en urgencias (incluso con el uso de hasta tres fármacos) previo a remitir al paciente al Médico de Familia destacando el alto volumen de pacientes que reconsultan en menos de un mes.

Palabras clave

Hypertension, Emergencies, Critical care.

RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

Análisis de las consultas presentadas al comité de ética asistencial de Málaga 2011-2016

Flaquer Antúnez MD¹, Gómez Sabaleta M², Agrela Torres Santos L³, Sánchez Silvestre A³, Malpica Bernier E², Jiménez Ruiz A²

¹ CS Trinidad Jesús Cautivo. Málaga

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Trinidad Jesús Cautivo. Málaga

³ Médico de Familia. CS Trinidad Jesús Cautivo. Málaga

Objetivos

Los Comités de Ética Asistencial (CEA) andaluces se constituyen según el decreto 439/2010 como órganos consultivos de profesionales, ciudadanos y directivos. Es objeto de este estudio analizar las consultas presentadas al CEA Málaga.

Diseño

Se trata de un estudio observacional retrospectivo descriptivo, con variables cualitativas.

Emplazamiento

Comité de Ética Asistencial de Málaga (CEA).

Material y Método

La muestra coincide con el universo muestral: total de consultas cursadas al CEA (34), desde su acreditación en junio de 2011 hasta diciembre de 2016. Se ha realizado un análisis de las mismas según perfil de los consultantes, ámbito de actuación y valores en conflicto.

Resultados

De 34 consultas se admitieron a trámite 31 (91.1%), distribuidas por años: 1 en 2011, 3 en

2012, 6 en 2013, 8 en 2014 y 10 en 2015 y 6 en 2016.

28 consultas (82.3%) las realizaron médicos, de las que 17 (60.7%) fueron de médicos de familia, 10 de FEA (35.7%) y 1 conjunta MF/FEA (3.6%). 2 de ciudadanos (5.9%) y 1 (2.9%) de enfermería, trabajo social y gerencia de institución. 20 consultas procedían de AP (58.8%), 10 (29.4%) de hospital, 2 (5.9%) de centro asistencial y 2 (5.9%) de ciudadanos. 16 consultas (47%) las realizaron varones y 18 (53%) mujeres.

Se vieron implicados valores relacionados con los cuatro principios de la bioética: 28 veces la autonomía, 24 la beneficencia, 12 la no maleficencia y 9 la justicia.

Conclusiones

Los Médicos de Familia son el grupo profesional que más ha consultado al CEA. La mayoría de las consultas proceden de AP. Los principios que más han entrado en conflicto son Autonomía y Beneficencia.

Palabras clave

Clinical Ethics Committee, Biomedical Ethics, Codes of Professional Ethics.

RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

Enfermedad celiaca en el adulto, ¿cuándo la debemos sospechar?

Sánchez Relinque E¹, Rivas Rivas M², Galindo Román I³

¹ Medicina Interna. Hospital de La Línea. Cádiz

² Especialista Digestivo Hospital Universitario Puerto Real. Cádiz

³ Médico de Familia. CS Levante. Cádiz

Objetivos

Analizar los motivos que plantean el despistaje de enfermedad celiaca en pacientes adultos.

Diseño

Estudio retrospectivo, transversal, observacional y descriptivo.

Emplazamiento

CS Levante y Hospital de La Línea.

Material y Método

Estudio retrospectivo, transversal, observacional y descriptivo basado en pacientes con diagnóstico de enfermedad celiaca (según criterios de Catassi) que han sido valorados de noviembre de 2016 a mayo de 2017, identificando la causa que motivó el estudio de enfermedad celiaca.

Resultados

Durante este periodo han sido valorados en consultas externas 23 pacientes diagnosticados de enfermedad celiaca, 14 mujeres (60%) y 9 varones (40%), con un rango de edad en el momento del diagnóstico comprendida entre los 15 y los 70 años (mediana de 42 años, moda

44), y un tiempo medio de evolución de 3 años desde el diagnóstico.

La principal causa que llevó a solicitar estudio de enfermedad celiaca fueron alteraciones analíticas (7 casos, 30%), manifestadas como anemia ferropénica (4 pacientes, 17%) y elevación de transaminasas (3 pacientes, 13%).

La segunda causa fue la presencia de diarrea crónica (5 pacientes, 21%), seguido de dispepsia (4 pacientes, 17%) y de la presencia de enfermedades frecuentemente asociados a enfermedad celiaca (dermatitis herpetiforme, estomatitis aftosa, diabetes mellitus tipo 1 e hipotiroidismo autoinmune) presentes en 2 pacientes (8%); el resto (5 pacientes, 21%) fueron diagnosticados en el contexto de estudios por otros procesos.

Conclusiones

El médico de familia debe estar atento y pensar en esta enfermedad en casos de anemia ferropénica, elevación de las transaminasas o la dispepsia, tres entidades muy frecuentes en nuestra consulta.

RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

Nuevos antivoagulantes CS: Rivaroxaban

Fernández González JM¹, Moreno Morales M², Sevilla Becerra R³

¹ SCCU. Jerez de la Frontera. Cádiz

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Granja Manuel Blanco. Cádiz

³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Benito. Cádiz

Objetivos

Se realizan encuestas a médico de Atención Primaria en CS

Diseño

Diseñamos preguntas sobre manejo del fármaco. Se realizan 50 encuestas con error al contestar en 2 de ellas. Comparamos resultados entre médicos especialistas MFyC y no especialistas. Se analizan datos con programa estadístico SPSS.

Emplazamiento

Centro de Salud de Vejer.

Material y Método

Se realiza cuestionario tipo papel.

Resultados

Realizamos un total de 48 encuestas de las cuales 34 fueron a mujeres y 14 a hombres. El 87 % fue realizada por médico con especialidad en MFyC, donde comparado con los que no tienen especialidad, el total de respuestas positivas fue mayor (88% en especialistas vs 67% no especialistas).

Dentro de la encuesta destaca que solo un 2% de los especialistas iniciaron medicación por ninguno de los no especialistas.

Destaca entre las preguntas que solo el 67% de los especialistas conocía manejo de cambio de Rivaroxaban a AVK por el 46% de los que no, conociendo el cambio viceversa un 77% vs 63%. El manejo de sangrado lo conocía un 79% de especialistas respecto a un 65% 7 de lo que no lo eran. Ante una cirugía programada, solo el 36% conocía manejo vs al 21 % de los no especialistas. Con respecto a si existe antídoto el 84% de especialistas vs a 77% de los que no, conocía.

El 97% conocía dosis de manejo y si se podía asociar a antiagregantes o no.

Conclusiones

Los médicos especialistas conocían mejor el fármaco que los no especialistas. Se inicia medicación muy poco y consideramos que se debería ampliar conocimientos generales sobre ello.

Palabras clave

Coagulación Sanguínea, Atención Primaria, Médico de Familia.

RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

Estratificación del riesgo de pie diabético. Validez y utilidad de dos cuestionarios para el diagnóstico de neuropatía diabética y enfermedad arterial periférica en un CS rural

Morán Rocha T¹, Ortega Molina JD², Díaz Carrasco DM³, Luque López B¹

¹ Médico de Familia. CS Bollullos Par del Condado. Huelva

² Médico de Familia. CS Losa Rosales. Huelva

³ Médico de Familia

Objetivos

Estratificar el riesgo de pie diabético. Conocer la validez del Test de Texas (TT) como método de cribado de neuropatía diabética (ND) en la consulta de AP. Conocer la utilidad del Test de Edimburgo para el diagnóstico de enfermedad arterial periférica (EAP) en AP.

Diseño

Observacional descriptivo.

Emplazamiento

CS rural.

Material y Método

Diabéticos tipo 2. *Criterios de exclusión:* < 30 años y > 85 años.

VARIABLES: edad, sexo, HbA1C.

ND según TT y monofilamento, EAP según Test de Edimburgo e índice tobillo-brazo (ITB). Estratificación del riesgo de pie diabético (bajo/moderado/alto).

VARIABLES CUANTITATIVAS CONTINUAS: Media \pm desviación típica.

VARIABLES CUALITATIVAS MEDIANTE PORCENTAJES.

Cálculos: especificidad (E), sensibilidad (S),

valor predictivo positivo (VPP), valor predictivo negativo (VPN) y cocientes de probabilidad del Test con el que se comparará las pruebas diagnósticas.

Resultados

La edad media fue de 66 años (DT 11.7), 61% eran mujeres, HbA1C media fue de 7.25 (DT 1.14), pertenecían al grupo de alto riesgo un 38% IC [28.64-48.29%]. EL TT presentó una S del 77% con E del 85%. El test de Edimburgo presentaba S32% con E 96%.

Conclusiones

Al estratificar el riesgo de pie diabético identificamos que la mayoría de los pacientes diabéticos son de alto riesgo. El TT es un método con buena sensibilidad y mayor especificidad que permite identificar a pacientes con ND de una forma rápida y sencilla. El test de Edimburgo tiene una baja sensibilidad en la población estudiada por tanto, no sería de ayuda en el diagnóstico de EAP.

RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

Algoritmo de identificación del Mieloma Múltiple en pacientes que acuden a Urgencias Traumatológicas con dolores óseos intensos recurrentes

Merino de Haro I¹, De Haro Romero MT², Pérez Buendía I³, Fernández López P⁴

¹ Médico de Familia. CS San Luis de Sabinillas. Málaga

² FIR. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

³ Médico de Familia. Hospital PTS. Granada

⁴ Médico de Familia. CS La Zubia. Granada

Objetivos

Determinar la utilidad del protocolo "SPE+CLL" en pacientes que acuden a urgencias con dolores óseos intensos y una edad superior a 50 años. Caracterizar los pacientes diagnosticados de MM.

Diseño

Descriptivo observacional.

Emplazamiento

Urgencias

Material y Método

Durante 18 meses se recopilaron los datos de 82 pacientes con edad >50 años y con visitas recurrentes a urgencias por dolores óseos intensos y donde las pruebas de imagen (RX-TAC-RMNPET/TAC) evidencian lesiones osteolíticas, fracturas patológicas y/o aplastamientos vertebrales.

Se les realizó el protocolo "SPE+CLL" para descartar un posible MM. La SPE se realizó en un analizador CAPILLARYS 2 (Sebia) y las CLL con el ensayo FREELITE (The Binding Site, UK). Datos cuantitativos expresados como mediana (rango intercuartílico) y cualitativos como porcentajes.

Resultados

El diagnóstico fue: MM en 29 pacientes (36%), neoplasias sólidas con metástasis óseas en 20 pacientes (24%) y patología no tumoral en 33 pacientes (40%). El valor diagnóstico del protocolo fue: sensibilidad=100%, especificidad=98%, VPP=97% y VPN=100%. Edad Pacientes: 69 años. Tiempo desde inicio dolores hasta diagnóstico: 6 (2-8) meses. Diagnóstico: MM inmunoglobulina intacta=22 pacientes (76%). MM de Bence Jones=7 pacientes (24%). Niveles de Kappa en MM con CLL Kappa clonal (mg/L) (N=12): 735 (24-445) mg/L. Niveles de Lambda en MM con CLL Lambda clonal (mg/L) (N=17): 1557 (515-3800) mg/L. Ratio cadena involucrada/no involucrada: 190 (24-445). Proteinuria de Bence Jones positiva 16 pacientes (55%).

Conclusiones

En aquellos pacientes diana (edad elevada, dolores óseos intensos con fracturas patológicas, y/o lesiones osteolíticas) la aplicación de este protocolo es fundamental para detectar un posible MM, aplicando el tratamiento pertinente y aumentarla la supervivencia del paciente.

Palabras clave

Multiple Myeloma, Diagnosis, Causalgia.

RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

“Acércate al huerto, siembra salud”

González López A¹, Blanco Rubio BC¹, De Francisco Montero C¹, Lozano Navarrete M¹, Hernández Galán JL², Bohórquez Colombo MP²

¹ Médico de Familia. CS Las Palmeritas. Sevilla

² UD de MFyC. Sevilla

Objetivos

Dar a conocer los beneficios de los huertos urbanos para la mejora de la alimentación, las relaciones sociales y el bienestar físico y psíquico.

Diseño

Observacional descriptivo.

Emplazamiento

Atención Primaria.

Material y Método

Dentro del programa de dinamización de activos de salud del DS de Atención Primaria de Sevilla y como forma de celebrar el día mundial de la salud, un equipo sociosanitario invitó a la ciudadanía a conocer un huerto urbano. Se dirigió a adultos de 13 centros de salud urbanos. Consistió en visita guiada caminando por parque o huerto. Tras identificar especies aromáticas y hortalizas de temporada, se repartió un desayuno saludable. Un monitor desarrolló un taller de iniciación al huerto en casa, así como siembra de semilleros.

Resultados

De los 256 inscritos tomamos una muestra de 46 pacientes, pertenecientes a 4 centros de salud. 34,8% hombres y 65,2% mujeres, edad media 71 años.

El 88% jubilado y el 95% era la primera vez que visitaba un huerto urbano. El 3% había llevado a cabo algún cultivo propio.

Adquisición de frutas y verduras en grandes superficies (46%) o comercios locales (54%). Solían realizar ejercicio diario el 23%.

Al preguntar cómo se enteraron de la actividad un 66% lo hizo a través de su médico de familia y el 34% restante a través de personal perteneciente al ayuntamiento.

Conclusiones

Nuestro entorno dispone de recursos que pueden mejorar la calidad de vida. Conocerlos es labor del médico de familia por ser una herramienta de promoción de la salud.

Palabras clave

Community Health Workers, Primary Health Care, Public Health.

RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

Valor clínico de los anticuerpos anti-HU (ANNA-1) en pacientes con síndromes paraneoplásicosMerino de Haro I¹, De Haro Romero MT², Hernández Labrot B³, Pérez Buendía I³¹ Médico de Familia. CS San Luis de Sabinillas. Málaga² FIR. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Málaga³ Médico de Familia. Hospital PTS. Granada**Objetivos**

Describir la utilidad clínica de los anticuerpos dirigidos contra el núcleo de las neuronas o anti-HU.

Diseño

Observacional descriptivo.

Emplazamiento

Urgencias y atención Primaria.

Material y Método

Se han estudiado cuatro pacientes que presentaron síndromes paraneoplásicos y tras realizar el estudio autoinmune se detectaron la presencia de anticuerpos anti-HU.

Los anticuerpos neuronales se identificaron en muestra de suero de pacientes mediante inmunofluorescencia indirecta IFI (Euroimmun AG - Análisis y Genética SL) que emplea como sustrato tejido de cerebelo, intestino y nervio de primate a dilución 1/10 y 1/100 y los resultados positivos obtenidos se confirmaron posteriormente mediante ensayo de inmunoblot recombinante (Ravo Diagnostika que detecta anticuerpos HU, YO, RI, CV-2, MA-1, MA-2 y ANFIFISINA). Un resultado es positivo cuando se confirma por las dos técnicas.

Resultados

Los resultados para los cuatro pacientes estudiados son respectivamente: Genero/Edad (años)/Síndrome Paraneoplásico (SPN)/Imagen y título por IFI/Diagnóstico del paciente/Supervivencia:

Hombre de 79 años/SPN: Encefalitis límbica/Anti-HU de 1/100, Cáncer microcítico de pulmón / 2 meses.

Mujer de 46 años/SPN: Neuropatía sensitiva/Anti-HU de 1/100, esclerosis múltiple remitente-recurrente y viva (25 meses).

Hombre de 67 años/SPN: Encefalitis paraneoplásica/Anti-HU de 1/1000, Adenocarcinoma de pulmón y Éxitus.

Mujer de 50 años/SPN: Encefalitis paraneoplásica/Anti-HU de 1/1000, Cáncer microcítico de pulmón y Exitus.

Conclusiones

La presencia de este anticuerpo debe orientar al clínico hacia la búsqueda de un tumor oculto, siendo el principal de ellos, el cáncer microcítico de pulmón presente en el 80% de los casos de positividad para este anticuerpo. En caso de que el estudio del tumor oculto sea negativo, se debe realizar un seguimiento periódico del paciente.

Palabras clave

Lung Neoplasms, AntibodyDependent Cell Cytotoxicity, Multiple Sclerosis.

RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

Conocimientos y actitudes sexuales de adolescentes

Ariza Toledo M¹, Guerrero Mauricio J², Hernández Sánchez-Cabezudo A², López Rey C³, Díaz Martínez L⁴

¹ Médico de Familia. CS La Banda-Padre Salado. Cádiz

² Médico de Familia en funciones de Pediatría. CS La Banda-Padre Salado. Cádiz

³ Directora. CS La Banda-Padre Salado. Cádiz

⁴ Enfermera Gestora de casos. CS La Banda-Padre Salado. Cádiz

Objetivos

Identificar actitudes y conocimientos sobre salud sexual y reproductiva.

Diseño

Estudio descriptivo transversal mediante encuesta.

Emplazamiento

CS.

Material y Método

Población, adolescentes 16-19 años; *muestra* 129 obtenida mediante pilotaje previo: alfa 0,05, variabilidad 0,8906, error máximo 2%; encuesta auto cumplimentada; *Variables*: datos sociodemográficos, conocimientos, obtención de información y conocimientos como variables independientes; actitudes como variable dependiente, evaluada mediante una escala Likert de 5 opciones; análisis descriptivo y bivariante; aplicación de test de hipótesis (prueba t de Student y ANOVA); diferencias estadísticamente significativas para $p < 0,05$.

Resultados

Analizamos 138 encuestas; 55,07% mujeres, 44,93% varones; media actitudes 47,09; IC

(46,10 48, 09), nivel de confianza 95%; diferencia entre sexos ($p=0,0047$); y entre edades ($p=0,0004$); 94% reconoce el condón como método para evitar embarazos y enfermedades de transmisión sexual; 26% considera la marcha atrás como buen método; 20% piensa que una chica no puede quedarse embarazada en días inmediatamente posteriores a la regla; 58% cree que todos los métodos anticonceptivos sirven para prevenir enfermedades de transmisión sexual y embarazos; 25% dice que en determinadas posturas no se produce embarazo.

Obtienen información de amigos (34%), madre (19%) e Internet (18%); consideran más útil la obtenida de amigos (29%), Internet (27%) y madre (20%), existiendo significación estadística ($p=0,03$).

Conclusiones

Influencia del grupo de iguales en obtención de información, adquisición de hábitos saludables y creencias erróneas que pueden llevar a conductas de riesgo; los varones mantienen actitudes que comportan mayor riesgo que las mujeres.

Palabras clave

Adolescentes, Actitudes, Conocimientos.

RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

Uso racional de antibióticos en nuestra UGC de Atención Primaria

Rodríguez Rodríguez A¹, Martínez Muñoz JM², Navarro González JA²

¹ Médico de Familia.

² Médico de Familia. CS Rodríguez Arias. San Fernando (Cádiz)

Objetivos

Conocer el uso de antimicrobianos en UGC a través de las asesorías del PIRASOA realizadas durante los años 2014 al 2016.

Diseño

Descriptivo, observacional.

Emplazamiento

Atención Primaria.

Material y Método

Las asesorías PIRASOA realizadas a 17 Médicos de la UGC, durante los años 2014, 2015 y 2016. Se cumplimenta una ficha establecida, en patologías seleccionadas por los médicos. La adecuación del tratamiento, se realiza tomando como referencia la Guía Local de tratamiento antimicrobiano.

Resultados

Se realizaron 216 asesorías. En 96,7% el tratamiento fue empírico. Adecuadas el 27% del año 2014; 76% del 2015 y 68,5% del 2016. La

prescripción adecuada fue mayor en tratamiento dirigido, 86%, frente al 68% de empíricas. Las patologías más informadas, fueron amigdalitis e infecciones urinarias. La causa más frecuente de tratamiento inadecuado ha sido la duración del tratamiento: no alcanzar 10 días en amigdalitis y superar la duración en las infecciones urinarias.

Conclusiones

Aunque no se trate de una muestra representativa, las asesorías proporcionan información valiosa sobre el uso de antimicrobianos. La proporción de uso adecuado mejoró ostensiblemente del 27% en 2014, al 76 y 68 % en los años siguientes. Las patologías más informadas, han sido las más prevalentes en Atención Primaria y la duración es el motivo más frecuente de uso inadecuado. Con la evaluación, podremos mejorar nuestras actuaciones, la estrategia del PIRASOA, es un buen instrumento para conseguirlo.

Palabras clave

Antimicrobial Resistance, Antimicrobial Consumption.

RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

Incidencia de diagnóstico de Retinopatía Diabética (RD) en un programa de cribado en AP y su concordancia con oftalmólogo referente

Barchilón Cohen V¹, Aguayo Suarez C², Moreno Ramos MJ²

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

² Médica de Familia. CS Rodríguez Arias. San Fernando (Cádiz)

Objetivos

Conocer la incidencia de diagnóstico de retinopatía diabética (RD) de cualquier grado en el programa de detección de RD con retinografías en cámara no midriática desde Atención Primaria y el grado de concordancia en el diagnóstico con la revisión del oftalmólogo.

Diseño

Descriptivo y observacional.

Emplazamiento

CS Rodríguez Arias de San Fernando.

Material y Método

Se ha recogido todos los estudios de retinografías realizadas en los 5 primeros meses de este año para conocer la incidencia de diagnósticos de RD y la concordancia de la valoración del profesional de Atención Primaria con el oftalmólogo de referencia.

Resultados

Se han avalado una muestra de 68 retinografías realizadas a pacientes con diabetes mellitus tipo 2.

Se ha realizado 17 diagnósticos de posible retinopatía diabética que supone el 25 % de los pacientes evaluados. La concordancia con la posterior valoración del oftalmólogo, es de un 85 %.

Conclusiones

El programa de cribado en Atención Primaria de la RD a las personas diabéticas mediante retinografías en cámara no midriática es efectivo, pudiendo mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes, mediante el diagnóstico precoz y retrasar la progresión de la RD.

Palabras clave

Diabetic Retinopathy/diagnosis, Diagnostic Techniques. Ophthalmological, Mass screening.

RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

¿Por qué reclaman las personas que acuden a nuestro CS?

Cantillo Muñoz JI¹, Romero Bernal R², Cerezo Castañeda MC²

¹ *Médico de Familia*

² *Médico de Familia. CS Rodríguez Arias. San Fernando (Cádiz)*

Objetivos

Conocer el número y los motivos por los que reclaman las personas que acuden al CS.

Diseño

Descriptivo. Observacional.

Emplazamiento

Atención Primaria.

Material y Método

Se estudiaron todas las reclamaciones, registradas, en el libro de registro de reclamaciones durante los años 2013 al 2016. Se analizaron las características del reclamante (edad, sexo, profesión), profesional al que se dirigía y motivo de la queja.

Resultados

Se registraron un total de 41 reclamaciones en 2013, 36 en 2014, 31 en 2015 y 22 en 2016.

El perfil de la persona que reclama es una mujer de entre 28 y 45 años, que trabaja fuera del hogar.

El motivo más frecuente de queja es sentirse tratado inadecuadamente por el personal sanitario (médicos en primer lugar seguido de enfermeros); los aspectos organizativos del centro, fueron el siguiente motivo en importancia.

Conclusiones

Las reclamaciones son una fuente importante de información sobre el funcionamiento de los servicios que ofrecemos. Con el análisis de las reclamaciones producidas en nuestro CS, obtenemos una valiosa información sobre las áreas de mejora a desarrollar en nuestras actuaciones. Del análisis, derivaron actuaciones a desarrollar en los objetivos del centro, sin duda ha sido uno de los factores por los que las reclamaciones disminuyeron.

Palabras clave

Primary Health Care, Patient Satisfaction.

RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

Estudio prospectivo de pacientes diabéticos sin retinopatía diabética 2011-2016 en un CS urbano

Campos Domínguez JM¹, Ortiz Romero J¹, Sampedro Abascal C², Luque Romero LG³, Garrido Marin MC¹, Berteli Fuentes CM¹

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Tomares. Sevilla

² Médico de Familia. CS Tomares. Sevilla

³ Médico de Familia. Responsable de Investigación del DS Aljarafe-Sevilla Norte. Sevilla

Objetivos

Analizar la evolución de los pacientes con DM2 sin retinopatía previa de un CS urbano durante 5 años.

Diseño

Estudio prospectivo de pacientes diabéticos sin retinopatía diabética. *Variables dependientes:* enfermedad vascular significativa y retinopatía diabética. *Variables independientes:* edad, sexo, índice de masa corporal, factores de riesgo cardiovascular, enfermedades micro y macrovasculares, entre otras.

Emplazamiento

Atención Primaria.

Material y Método

Pacientes mayores de edad con DM tipo 2 que no presentaban ningún tipo de lesión retiniana y que dieron su consentimiento para participar en el estudio. Se seleccionó una muestra aleatoria entre los pacientes que asistieron al programa de detección precoz de retinopatía diabética. Análisis descriptivo y bivariado para muestras independientes y medidas repetidas. Nivel de confianza al 95%, significación

estadística si valor de $p < 0,05$. Usamos IBM-SPSS v18.

Resultados

Se analizaron 64 pacientes (65,6% hombres) de edad media (DS) 61.9 (7.4) años. No se encontraron cambios con significación estadística entre la situación basal y la final respecto a las variables resultado. Aunque no se alcanzó la significación, sí se aprecia un control más exhaustivo de los pacientes que al inicio tenían antecedentes de enfermedad cardiovascular. A lo largo del periodo (5 años), la tasa de incidencia de IAM fue de 0,0125 y la de AVC 0,00625.

Conclusiones

El control de los pacientes con diabetes en la muestra seleccionada y en especial la de los pacientes con FRCV y con antecedentes de enfermedad cardiovascular por parte de los profesionales de AP permite mantener la incidencia de ECV en tasas similares a la de la población general.

Palabras clave

Diabetes, Diabetic Retinopathy.

RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

Características clínicas y psicosociales de personas con Fibromialgia en la comarca Antequera

Romero Mendoza AM

Médico de Familia. Urgencias Hospital Antequera. Málaga

Objetivos

Conocer el perfil sociodemográfico y psicosocial de los pacientes con Fibromialgia.

Diseño

Estudio descriptivo transversal. La información se recogió mediante encuesta estructurada.

Emplazamiento

Atención Primaria.

Material y Método

Se eligieron pacientes diagnosticados de Fibromialgia eligiendo al azar 2 pacientes por parte de cada médico del CS Antequera, siendo un total de 15 pacientes. Realizando una entrevista estructurada en consulta.

Resultados

De los pacientes estudiados el 100 % eran mujeres de una media de 57 años, estando el 92% casadas y con personas dependientes a su cargo, todas con estudios básicos. Destaca que no dedican tiempo a sí mismas, con vida de pareja muy deficiente, y que en el 92 % se

sienten incomprendidas. Como síntomas clínicos principales aparece el dolor y cansancio, con más de 11 puntos dolorosos y dolor selectivo a nivel de arco costal inferior izquierdo.

Otros síntomas son los estados ansioso-depresivos, síntomas digestivos, sequedad de boca, piernas cansadas, insomnio y cefalea. Además sobresale el hecho de que el 100 % son pacientes son polimedicados sin respuesta.

Conclusiones

La fibromialgia tiene una alta prevalencia en la población general. Los resultados coinciden con los de un estudio de prevalencia realizado en 2008. Y destaca como síntoma clínico común el dolor selectivo a punta de dedo a nivel de arco costal inferior izquierdo, así como su condición de polimedicados. Creemos que es necesaria la atención integral de estos pacientes en el marco de la Atención Primaria y basada en la mejor evidencia.

Palabras clave

Fibromyalgia, Signs and Symptoms, Primary Care.

RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

Abordaje de la urticaria crónica desde atención Primaria y en los servicios de urgencias

Geniz Rubio L¹, Alcántara Luna S²

¹ Médico de Familia. CS Adoratrices. Huelva

² Dermatóloga. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva

Objetivos

Conocer el correcto abordaje y tratamiento de la urticaria crónica, una patología frecuente en nuestro medio y con una importante morbilidad.

Diseño

Estudio descriptivo (serie de casos).

Emplazamiento

Atención especializada.

Material y Método

Población de estudio (población de Huelva derivada a consultas Dermatología), criterios de selección (pacientes con clínica de habones pruriginosos +/- angioedema de 6 semanas de duración), tipo de estudio descriptivo (serie de casos). Se han medido hemograma y bioquímica con determinación de VSG y PCR. La respuesta al tratamiento se ha medido con el UAS (Urticarial Activity Store) así como un cuestionario de calidad de vida.

Resultados

Los pacientes se reevalúan con una media de 2 meses. La mayoría mantienen buen control de la enfermedad con antihistamínicos H1 no sedantes.

Se evalúan 51 pacientes diagnosticados de urticaria crónica en una consulta de Dermatología. Sólo 9 pacientes han requerido tratamiento con fármaco biológico (omalizumab), 42 pacientes se han controlado con antihistamínicos H1 no sedantes.

Pacientes en tratamiento con antihistamínicos H1 a dosis bajas: 27; a dosis altas: 15; con biológicos: 9.

Conclusiones

La urticaria crónica es una entidad muy prevalente con una alta demanda de asistencia en atención Primaria, por lo que es interesante conocer el diagnóstico y su manejo en la actualidad, tanto desde atención Primaria como desde urgencias. Se ha visto un buen control de pacientes con antihistamínicos H1, por lo que el tratamiento en monoterapia es suficiente para el control de la sintomatología.

Palabras clave

Urticarial, Pruritic, Papules, Angioedema.

PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN TIPO ORALES

Promoción de la salud: vacunas

García González J¹, Chavez Sánchez JC¹, Carbajo Martín L¹, Cantalejo Rodríguez E², García González M³, Ruiz Carbajo FJ⁴

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

² Médico de Familia. DA DS Sevilla Norte. Sevilla

³ Grado Psicología. Universidad de Huelva. Huelva

⁴ TTS. Adea. Sevilla

Introducción

Las vacunas constituyen una de las medidas sanitarias que mayor beneficio ha producido y sigue produciendo a la humanidad, previenen enfermedades que antes causaban grandes epidemias, muertes y secuelas. Las vacunas benefician tanto a las personas vacunadas como a las personas no vacunadas y susceptibles que viven en su entorno. Aunque los niños son los que reciben la mayoría de las vacunas, los adultos también necesitan protegerse mediante la vacunación frente a gérmenes como los del tétanos, la difteria, el neumococo, la gripe, la rubéola...

Objetivos

Valorar los conocimientos de los pacientes de nuestra área sobre vacunas.

Diseño

Estudio observacional descriptivo transversal.

Emplazamiento

Atención Primaria.

Material y Método

La muestra la forman los pacientes entre 18 a 65 años que acuden a consulta su médico de familia durante el periodo de recogida de datos. Para la recogida de datos se utilizará un cuestionario de elaboración propia de respuestas múltiples, voluntario y anónimo. Las variables estudiadas serán: edad, sexo, nivel de estudios, tipo de vacunas conocidas y a través de qué medio conocen la información sobre

vacunas (CS, medios comunicación, internet, otros), estado vacunal, causas de no vacunación, si recomendarían o no la vacunación. El periodo de recogida de datos será del 20 al 24 de noviembre de 2017. Se realizará estudio descriptivo de las variables del estudio, se expresarán en porcentajes y medias. La principal limitación del estudio es que al tratarse de un cuestionario voluntario desconocemos a priori cuál será la participación.

Aplicabilidad

Es importante que desde atención Primaria se fomente y promueva el cumplimiento del calendario vacunal en niños y la vacunación de aquellos adultos susceptibles en los que estén indicados. Para conseguir esto es necesario que los pacientes conozcan la importancia de las vacunas. Con este estudio podemos conocer qué saben nuestros pacientes y en base a ello reforzar los aspectos menos conocidos para conseguir un adecuado estado vacunal en nuestra población.

Aspectos médico-legales

La principal limitación del estudio es que al tratarse de un cuestionario voluntario desconocemos a priori cuál será la participación. Al entregarse el cuestionario se le informará a los participantes del objetivo del estudio.

Palabras clave

Vaccination, Primary Health Care, Knowledge.

PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN TIPO ORALES

Relación entre la intervención básica de tabaco sobre fumadores con DM tipo 2 y el control de factores de riesgo cardiovascular

Hinojosa Fuentes F¹, Pedregal González M², Carmona González PB³, Palomo Rodríguez R⁴, Hinojosa Gallardo JL⁵, Mora Moreno F⁵

¹ Médico de Familia. UGC Molino de la Vega. Huelva

² Médico de Familia. Huelva

³ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Molino de la Vega. Huelva

⁴ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria.

⁵ Médico de Familia

Introducción

La diabetes mellitus tipo 2 ha sido catalogada como la epidemia del siglo XXI, constituyendo la primera causa de morbimortalidad en los países desarrollados. Los objetivos principales de este estudio son determinar la prevalencia de intervención básica de tabaco, de no fumadores y de no registro de hábito tabáquico, realizados sobre los pacientes diagnosticados de diabetes mellitus tipo 2, en el ámbito de Atención Primaria, y su relación con el control de factores de riesgo cardiovascular; control de valores de colesterol-HDL y de colesterol-LDL, control de valores de hemoglobina glicosilada y control de cifras tensionales (sistólica y diastólica).

Objetivos

Principal: determinar la prevalencia de intervención básica de tabaco en fumadores y de registro de hábito tabáquico (no fumador, no registro) sobre pacientes diagnosticados de diabetes mellitus tipo 2, en la Unidad de Gestión Clínica (UGC) Molino de la Vega. (Huelva).
Secundario: determinar la relación entre dichas prevalencias sobre el control de factores de riesgo cardiovascular: control de valores de colesterol-HDL, de colesterol-LDL, control de valores de hemoglobina glicosilada y control de cifras tensionales (sistólica y diastólica).

Diseño

Estudio epidemiológico de tipo descriptivo transversal.

Emplazamiento

Se pretende estudiar a la población diagnosticada de diabetes mellitus tipo 2 de la UGC del Molino de la Vega de la ciudad de Huelva.

Material y Método

Para estimar la proporción de hábito tabáquico (intervención básica de tabaco, no fumador y no registro de hábito tabáquico) con una precisión del 5% a la confianza

del 95%, se ha calculado el tamaño muestral en $n = 385$ pacientes diagnosticados de diabetes mellitus tipo 2. Este tamaño muestral garantiza que la precisión del intervalo de confianza será del 5%, y se ha calculado utilizando la ecuación $n = z^2 \alpha / (\delta^2)$, siendo $\alpha = 0.05$ ($\alpha = 1 - 0.95 = 0.05$), el error del intervalo, $z_{0.05} = 1.96$ y $\delta = 0.05$ (precisión fijada). A partir de la base de datos se seleccionarán los 385 pacientes mediante un muestro probabilístico aleatorio simple, utilizándose para ello número aleatorios generados con el programa SPSS.

Aplicabilidad

Recogida de datos: Los datos se recogerán a través del módulo listado de Diraya de Atención Primaria, filtrándose los pacientes por proceso asistencial de diabetes mellitus tipo 2, verificándose el diagnóstico, según los criterios de ADA 2016, a partir de su historia clínica; y por el programa de salud intervención básica de tabaco y no fumador. El resto de variables se determinará examinando las últimas analíticas y constantes vitales de los pacientes.

Aspectos médico-legales

Se aplicarán los principios éticos de la investigación en seres humanos que se recogen en la declaración de Helsinki. Se cumplirá lo dictado en la ley general de sanidad 1986, artículo 10: Carta de derechos y deberes de usuarios apartados 5 y 6: derecho a información y consentimiento. Se respetará la autonomía del paciente siguiendo la Ley 418/2002, básica reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en materia de información y documentación clínica. Se solicitará aprobación por el comité Ético de Investigación Clínica. Conflicto de intereses: los investigadores aseguran que no existen tipo de conflicto de interés que pueda comprometer la validez de los resultados.

Palabras clave

Tabaco, Control Factores de Riesgo Cardiovascular, Diabetes Mellitus Tipo 2.

PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN TIPO ORALES

Modelo pronóstico y de predicción de mortalidad a 5 años para pacientes pluripatológicos en AP en Andalucía

Pascual de la Pisa B¹, Cuberos Sánchez CM², Márquez Calzada C², Palomino Ruiz M³, Melguizo Jiménez M⁴, Rodríguez Bravo I⁴

¹ Médico de Familia. CS Camas. Sevilla

² Enfermera. Técnico de Investigación. FISEVI

³ Enfermera. UGC Valle de Lecrín. Granada

⁴ Médico de Familia. CS Almanjáyar. Granada

Introducción

La definición de paciente pluripatológico (PPP) identifica a aquellos individuos con dos o más enfermedades crónicas no curables que generan deterioro progresivo y pérdida gradual de la autonomía funcional, con riesgo de sufrir nuevas comorbilidades y complicaciones, ocasionando todo ello importantes repercusiones sociales y económicas. En el 2007 se diseñó el estudio PROFUND para establecer un índice pronóstico para PPP atendidos en el Hospital. Posteriormente fue validado en PPP en población urbana y periurbana de Atención Primaria (AP) (PROFUND AP). Ante la variabilidad en la mortalidad de los PPP según el ámbito de referencia y la mejorable validez externa del PROFUND AP, se plantea realizar un estudio de ámbito autonómico y un seguimiento a largo plazo para mejorar la validez externa del índice.

Objetivos

Desarrollar una herramienta de predicción pronóstica vital y funcional a cinco años, para PPP en AP de Andalucía (índice PROFUND-R5).

Diseño

Prospectivo de seguimiento de una cohorte.

Emplazamiento

Multicéntrico (23 centros de salud de Andalucía).

Material y Método

Sujetos: PPP según Proceso Asistencial Integrado y consentimiento informado. *Tamaño muestral:* Cohorte incluida en el año 2013 (n=877). El índice PROFUND-R5 se desarrollará con factores sociodemográficos, clínicos, funcionales, cognitivos, calidad de vida asociados a tres puntos finales evaluados a los cinco años: muerte, deterioro funcional y ambos. Mediante regresión logística se evaluarán las relaciones entre factores de riesgo y mortalidad. Las variables significativas después del

ajuste ($p < 0,05$) se utilizarán para crear el modelo predictivo. Para la puntuación de cada variable se utilizará la OR. Los puntos asignados a cada variable resultarán de la división de su coeficiente beta entre el coeficiente beta menor del modelo. A cada paciente se le asignará un índice de riesgo, y la cohorte se dividirá en cuartiles. La precisión del índice de realizará mediante técnicas de calibración, comparando la mortalidad predicha con la mortalidad observada (mediante curvas de Kaplan-Meier) y con el cálculo de bondad de ajuste (Hosmer- Lemeshow) y de discriminación (área bajo la curva (ROC)). El índice se validará en una zona diferente de Andalucía a donde se desarrolle para probar la transportabilidad geográfica y precisión diagnóstica. Fuente de información: Entrevista presencial estructurada e historia clínica electrónica. *Limitaciones:* Pérdida en el seguimiento de los pacientes por cambio de domicilio o por cambio de lugar de trabajo del investigador colaborador.

Aplicabilidad

El pronóstico vital de los PPP es una de las piedras angulares que servirán para programar, desde el ámbito de la salud, las políticas sanitarias en el futuro próximo. Para ello, es preciso disponer de índices o escalas diseñados desde AP que faciliten el conocimiento del pronóstico vital, la carga de enfermedad o la probabilidad de reingresos hospitalarios.

Aspectos médico-legales

El estudio se realizará de conformidad con las leyes y normativas locales aplicables incluidas y la declaración de Helsinki. Se ha obtenido la conformidad de comité de ética de la investigación de referencia.

Palabras clave

Multimorbidity, Aged, Primary Health Care.

PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN TIPO ORALES

Ecografía abdominal: dos visiones ¿mismos resultados?

Díaz Muñoz M¹, Jiménez Ortega S², Cabello Romero A³, Aguilera Vereda N³

¹ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Almorón. Écija (Sevilla)

² Médico de Familia. CS El Almorón. Écija (Sevilla)

³ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Virgen del Valle. Écija (Sevilla)

Introducción

Desde hace más de 20 años se debate la utilidad de la ecografía por el médico de familia y su aplicabilidad. Existen ya estudios que muestran una elevada concordancia diagnóstica entre médicos de familia con formación previa y radiólogos para la ecografía abdominal. Actualmente la ecografía ocupa un lugar destacado como prueba complementaria y, en muchos casos, es la primera prueba de diagnóstico por la imagen utilizada en medicina. Por su bajo coste, la falta de efectos indeseados y su capacidad resolutoria es preferida a otras modalidades diagnósticas como la tomografía computerizada y la resonancia magnética. Su buena accesibilidad contrasta con su alta dependencia del operador y por ello su demanda genera listas de espera.

Objetivos

Evaluar la formación de médicos de atención Primaria, en términos de competencia diagnóstica y capacidad resolutoria, para realizar ecografías abdominales de baja complejidad (bajo la supervisión directa de del servicio de Radiología de zona).

Diseño

Estudio no aleatorio prospectivo doble ciego de evaluación de las competencias adquiridas mediante entrenamiento siguiendo guías RCD Británicas. La exploración ecográfica se realiza independientemente por el médico de familia en consulta de atención Primaria y por el radiólogo en ámbito hospitalario. Los **Resultados** se registran en formularios de un mismo cuestionario standard de recogida de datos. Se evalúan coincidencias.

Emplazamiento

Estudio multicéntrico que engloba a ambos centros de salud de Écija y a todos sus profesionales ya que serán ellos los que siguiendo nuestras directrices propondrán mediante consentimiento informado realización de ECO ABDOMINAL previa a estudio radiológico en hospital.

Material y Método

Se evaluarán pacientes con las siguientes presentaciones clínicas más habituales en atención Primaria. Dolor en hipocondrio derecho: descartar coleditiasis, barro biliar, neoplasias hepatobiliares, derrame pleural; si fiebre colecistitis, absceso hepático. Alteración de enzimas hepáticas: signos de esteatosis y/o cirrosis. LOES. Síndrome constitucional: descartar neoplasias. Ictericia Valorar dilatación de la vía biliar y causa de la obstrucción. Hepatomegalia: confirmarla y valorar ecoestructura hepática. Palpación masa abdominal o pélvica: caracterizar ecográficamente la masa. Dolor abdominal/dispepsia: solo si se sospecha origen pancreático, hepático, coleditiasis o vía biliar. Esplenomegalia: confirmarla y ver ecoestructura de bazo. Adenopatías. Dolor cólico fosa renal: buscar litiasis, descartar hidronefrosis, neoplasias. Hematuria: descartar tumor vesical y patología renal. Seguimiento de lesiones previas: quistes hepáticos y renales, hemangiomas, angiomiolipomas.

Aplicabilidad

General: Evaluar el impacto de la formación en ecografía abdominal en médicos de atención Primaria con el fin de aplicarlo en consultas generales para establecer un diagnóstico fiable y una correlación clínico-radiológica directa. *Específicos:* Calcular el índice kappa del diagnóstico principal (conclusión diagnóstica de la prueba) y el de los hallazgos ecográficos en cada órgano abdominal. El objetivo es alcanzar el mayor índice posible entre el médico de Atención Primaria y el radiólogo.

Aspectos médico-legales

El estudio será aprobado por el comité de ética del área sanitaria. Los pacientes serán incluidos en el estudio previo consentimiento informado por escrito.

Palabras clave

Ultrasonography, Abdominal Pain, Primary Health Care.

PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN TIPO ORALES

Prevalencia de las principales comorbilidades en pacientes diagnosticados de EPOC. Estudio descriptivo en una población perteneciente a una zona necesitada de transformación social

Flores Montañés MM¹, Franquelo Hidalgo B¹, De Juan Roldán JI¹, Ferre Fernández C², Ayala Hernández MJ³, López Muñoz MM¹

¹ Médico de Familia. CS Palma-Palmilla. Málaga

² Médico de Familia. CS Rincón de la Victoria. Málaga

³ Médico de Familia. CS Trinidad Cautivo. Málaga

Introducción

La EPOC es un proceso complejo que trasciende el ámbito estrictamente pulmonar y se asocia con un elevado número de patologías que afectan a distintos órganos, además de suponer un gasto de recursos importante tanto en atención hospitalaria como en atención Primaria. A pesar de su infradiagnóstico, su prevalencia ha aumentado en los últimos años por diversas causas. En este estudio se propone identificar las comorbilidades más prevalentes en una zona necesitada de transformación social.

Objetivos

Principal: determinar la prevalencia de las principales comorbilidades asociadas a la EPOC en pacientes atendidos en Atención Primaria. *Secundarios:* determinar la relación entre los diferentes estadios de gravedad de EPOC en relación con el tiempo de abandono del tabaco y comorbilidades asociadas. Analizar si existen diferencia o no entre los pacientes EPOC fumadores activos y pacientes exfumadores.

Diseño

Estudio observacional descriptivo transversal.

Emplazamiento

Atención Primaria.

Material y Método

Criterios inclusión: pacientes mayores de 50 años, diagnosticados de EPOC que han acudido a consulta con su médico de familia en el último año. *Exclusión:* pacientes en seguimiento intrahospitalario desplazados, en tratamiento paliativo o con otra patología respiratoria asociada. *Muestreo:* se realizará un muestreo aleatorio simple para obtener una muestra de 358 pacientes pertenecientes al CS y que cumplan los criterios de selección. *mediciones:* la recogida de datos será por el sistema de historia clínica digital, accediendo de forma individual a cada historia clínica de los paciente seleccionados en busca de variables

que se registran en una hoja de recogida de datos individual anónima. *Análisis estadístico:* para asociación entre EPOC-comorbilidades percibidas se realizará un análisis bivariante: T de Student si la variable independiente es cualitativa; y si es cuantitativa, se empleará un análisis de varianza. Para controlar el posible efecto confusor se realizarán un análisis de regresión logística multivariante. *Limitaciones:* La principal limitación se basa en la naturaleza de su **Diseño** epidemiológico, ya que al tratarse de un estudio transversal no podrá hallarse causalidad entre las variables. Al ser considerada EPOC un factor de riesgo importante de morbimortalidad existirán individuos potencialmente elegibles que no van a formar parte del estudio por ingreso hospitalario o fallecimiento. Como basamos la recogida de datos en las historias clínicas digitalizadas registradas por otros profesionales existe el riesgo de incurrir en un sesgo de información. También podrán ocurrir errores de medición, relacionados con la espirometría.

Aplicabilidad

Este estudio pretende obtener una idea generalizada sobre el seguimiento que se realiza en pacientes EPOC desde la consulta de atención Primaria y los factores que influyen en ésta. Poner de manifiesto la necesidad de cambios en el seguimiento de dicho grupo poblacional, favorecer su pronóstico de vida y llevar a cabo actividades de promoción de la salud, con el fin de mejorar el manejo desde atención Primaria.

Aspectos médico-legales

El estudio se presentará para su aprobación al Comité de Ética de la Investigación provincial.

Palabras clave

Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, Comorbilidad, Factor de Riesgo.

PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN TIPO ORALES

Evolución de las lesiones premalignas cervicales de menor grado (ASCUS y L-SIL) en mujeres con citologías positivas atendidas en Atención Primaria o Especializada. Estudio de Cohortes

González García J¹, Luque Romero LG²

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Bormujos. Bormujos (Sevilla)

² Médico de Familia. Responsable de Investigación. DS Aljarafe-Sevilla Norte. Sevilla

Introducción

El cribado de cáncer de cérvix (CCU) y su seguimiento no cumplen con los patrones Gold Estándar recomendados por entidades como OMS, SEGO, AEPCC, SEAP y SEC en nuestra población. Además, la inexistencia de estudios en nuestra zona nos impide conocer la realidad de la práctica clínica. Por ello, realizaremos un estudio de cohortes 2007-2016 con mujeres con citología de cribado positiva para ASC-US o L-SIL con seguimiento a 1 año, para conocer la prevalencia de lesiones de bajo grado de cuello uterino, la tasa de regresión espontánea y de evolución a lesiones de mayor grado.

Objetivos

Determinar si el cribado y seguimiento en pacientes que entran en el programa de detección precoz del CCU es adecuado, observando si las lesiones de bajo grado evolucionan a alto grado/ cáncer, y en cuánto tiempo, definiendo si existen marcadores o factores de riesgo para la recidiva/ evolución a lesiones de mayor grado en pacientes con citología de cribado positiva para ASC-US/ L-SIL.

Diseño

Estudio de cohorte retrospectiva mediante análisis de base de datos.

Emplazamiento

Atención Primaria (AP) y Especializada (AE) del área dependiente del hospital de referencia.

Material y Método

Periodo de estudio: 01/01/2007 al 31/12/2016. *Población:* mujeres con citología realizada en el ámbito y periodo de estudio, que cumplan criterios de inclusión y exclusión: tener 25-65 años, residir y realizar el seguimiento de su proceso en el área de estudio. *Muestra:* para una población femenina de 25-65 años de 85496 mujeres, con una prevalencia de CCU de 7.5 y aceptando un nivel de confianza del

5% y una precisión del 97%, la muestra mínima a analizar sería de 296 mujeres. Teniendo registradas unas 894 mujeres en el programa de cribado con citologías positivas, cubriríamos el tamaño necesario. *Análisis estadístico:* registro en una hoja de cálculo diseñada a propósito. Una vez depurados los datos se realizará un análisis descriptivo de los mismos. A continuación, se realizará un análisis bivariado. Si los datos lo permiten, se realizará un modelo de regresión logística. Además calcularemos medidas de riesgo para la aparición de lesiones de alto grado. Todos los análisis se realizarán de forma bilateral considerando un nivel de confianza del 95%. Para el análisis de datos se usará el IBM-SPSS 18.0 y EPIDAT 3.1. *Limitaciones:* periodo de tiempo de recolección de la información comprendido entre 2007-2016.

Aplicabilidad

Identificar la existencia o no de la necesidad de modificar los criterios de inclusión y exclusión de los sistemas de tamizado actuales en los programas de cribado del cáncer de cérvix, y determinar si es preciso definir modelos de reducción de barreras o aplicar procedimientos de recaptación de pacientes en riesgo.

Aspectos médico-legales

Proyecto evaluado por el Comité de Bioética de la Investigación (CEIC) de los hospitales de referencia de la zona. Los investigadores de este proyecto se comprometen a velar por el cumplimiento de la normativa y legislación vigente reguladora de la investigación con seres humanos y a mantener el anonimato de los pacientes cuyos datos clínicos se incluirán en el análisis.

Palabras clave

ASC-US; L-SIL; Cribado; Citología; Cáncer de Cérvix.

PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN TIPO ORALES

Recidiva de eventos de cardiopatía isquémica. Estudio sobre la reducción en las tasas de recidivas de cardiopatía isquémica en relación con los cambios de IMC y niveles de LDL

Ayala Hernández MJ¹, Méndez Ramos M², Luis Sorroche JF², Flores Montañés MM³, Faz García MC⁴, Expósito Molinero C¹

¹ Médico de Familia. CS Trinidad Cautivo. Málaga

² MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Palo. Málaga

³ Médico de Familia. CS Palma-Palmilla. Málaga

⁴ Médico de Familia. CS El Palo. Málaga

Introducción

La cardiopatía isquémica es una patología muy relevante, supone la principal causa de morbi/mortalidad en los países desarrollados. Buscamos estudiar las recidivas de eventos en nuestra población de estudio, y la relación de estos con la modificación de los factores de riesgo cardiovasculares (sobre todo reducción del IMC y niveles de LDL). Estudiando así las intervenciones que se han llevado a cabo desde atención Primaria, desde los cambios en los hábitos de vida como las intervenciones farmacológicas.

Objetivos

Objetivo principal: analizar si la reducción de los factores de riesgo cardiovascular disminuye las recidivas de episodios de cardiopatía isquémica en pacientes que ya los han padecido. *Secundarios*: Estimar el número de recidivas de episodios de cardiopatía isquémica, en pacientes que previamente han tenido cardiopatía isquémica. Describir las características clínicas y sociodemográficas de los pacientes que han sufrido recidivas. Determinar las medidas higiénico-dietéticas y farmacológicas que se han llevado a cabo para reducir los factores de riesgo cardiovascular. Determinar si ha existido control de los factores de riesgo durante su seguimiento de los pacientes con cardiopatía isquémica.

Diseño y Emplazamiento

Estudio de cohortes histórico o retrospectivo de tipo descriptivo. Atención Primaria.

Material y Método

Criterios de inclusión: Hombres y mujeres que han tenido un primer episodio de cardiopatía isquémica (IAM, SCASEST, SCACEST, angina estable, angina inestable y angor) registrados en su Historia Única de Salud entre 2000-2012. Edad entre 60-85 años. *Criterios de exclusión*: Pacientes que no tengan registro de control analítico y seguimiento de FRCV en su Historia de Salud Única.

Muestreo: se realizará un muestreo aleatorio sistemático para obtener una muestra de 118 pacientes pertenecientes al CS y que cumplan los criterios de selección. *Mediciones*: pacientes que hayan tenido un primer evento de cardiopatía isquémica antes de 2012 del Departamento de Epidemiología del DS de Málaga Historia de Salud Única del usuario registrada en el sistema informático Diraya.

Análisis estadístico: para asociación entre cada una de las variables independientes de este estudio se realizará un análisis bivariante: T de Student si la variable independiente es cualitativa; y si es cuantitativa, se empleará un análisis de varianza. Para controlar el posible efecto confusor se realizarán un análisis de regresión logística multivariante. *Limitaciones*: Los estudios de cohorte histórica reconstruyen la experiencia de la cohorte en el tiempo dependen de la disponibilidad de registros para establecer exposición y resultado. La validez del estudio dependerá en gran medida de la calidad de los registros utilizados.

Aplicabilidad

Obtenidos los resultados del estudio podremos determinar si realmente tener un mayor control de niveles de LDL y de IMC influye en la recurrencia del evento isquémico. Los hallazgos obtenidos, si fueran significativos, los divulgaríamos a nivel de atención Primaria para establecer un protocolo que nos permitiera tener un seguimiento más exhaustivo de estos factores de riesgo que hemos estudiado (fundamentalmente LDL e IMC) en pacientes que hayan tenido un primer evento de cardiopatía isquémica.

Aspectos médico-legales

El estudio se presentará para su aprobación al Comité de Ética de la Investigación provincial.

Palabras clave

Vascular Risk, Ischemic Heart Disease, Secondary Prevention.

PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN TIPO ORALES

Características clínicas y funcionales de los pacientes con insuficiencia cardíaca atendidos en Atención Primaria

De Santiago Cortés R¹, García Lozano MJ¹, Martínez Granero MM¹, Fernández Urrusuno R², Pascual de la Písa B¹

¹ Médico de Familia. CS Camas. Sevilla

² Técnico del Medicamento. DS Aljarafe-Sevilla Norte. Sevilla

Introducción

Las publicaciones de los últimos años sobre Insuficiencia Cardíaca (IC) ponen de manifiesto las diferencias en los perfiles sociodemográficos y en el manejo diagnóstico-terapéutico según el ámbito de atención. Por otra parte, la falta de consenso en el diagnóstico, junto a unos síntomas y signos muy inespecíficos, hace que sea una entidad infradiagnosticada. A esto se suma la controversia existente sobre las evidencias de la efectividad de los fármacos en ancianos con IC.

Objetivos

Conocer las características clínicas y funcionales de los pacientes con diagnóstico de insuficiencia cardíaca atendidos en Atención Primaria.

Diseño

Descriptivo transversal.

Emplazamiento

Multicéntrico en Atención Primaria (AP).

Material y Método

Sujetos: Sujetos mayores de 65 años incluidos en el Proceso Asistencial de IC. *Criterios de exclusión:* ausencia de consentimiento informado, situación de paliativos y demencia. *Tamaño muestral:* según prevalencia de IC de 6, 8% (estudio PRICE) para un intervalo de confianza del 95%, una precisión del 2% resulta una muestra de 599 sujetos. Se incrementará un 10% para subsanar posibles pérdidas (n=659 sujetos). Muestreo consecutivo. *Mediciones:* sociodemográficos; sociofamiliares; socioeconómicos; valoración clínica y proceso insuficiencia cardíaca; consumo de recursos Sanitarios y sociosanitarios; calidad de vida (calidad autopercibida y EuroQol-5d); adherencia al tratamiento (test Morisky-Green, test de Haynes-Sackett y test del cumplimiento autocomunicado); adecuación del tratamiento a las guías de práctica

clínica, grado de conocimiento sobre la enfermedad y sus signos de alarma. Fuente de información: Entrevista presencial estructurada e historia clínica electrónica.

Análisis estadístico: Univariante y bivariante según naturaleza de las variables. Se utilizarán test no paramétricos en caso de incumplimiento de la Ley de la Normalidad. *Limitaciones:* infradiagnóstico en AP y la variabilidad en la práctica clínica entre los profesionales.

Aplicabilidad

Son escasos los estudios descriptivos realizados desde AP, y en la actualidad lo que venimos haciendo es aplicar los conocimientos generados en la atención hospitalaria. Sabemos que la prevalencia de pacientes con IC y fracción de eyección conservada está en aumento, por lo que el diagnóstico se retrasa en AP. Profundizar en esta entidad nos va a permitir establecer hipótesis sobre factores de riesgo, diagnóstico precoz, morbilidad asociada, entre otras elementos, que nos permita mejorar la atención sanitaria y la calidad de vida de estos pacientes.

Aspectos médico-legales

El estudio se realizará de conformidad con las leyes y normativas locales aplicables incluidas, entre otras, las directrices de Buena Práctica Clínica (BPC) de la Conferencia Internacional de Armonización y los principios éticos que tienen su origen en la Declaración de Helsinki. Los candidatos a participar sólo pueden incluirse en el estudio después de proporcionar por escrito el consentimiento informado aprobado por el Comité de ética e investigación clínica. Se ha tramitado la valoración por el Comité de ética local.

Palabras clave

Heart Failure, Primary Health Care, Clinical Practice Guidelines.

PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN TIPO ORALES

"Una crisis convulsiva. ¿Qué hago?" Aprendiendo a manejar la epilepsia en la comunidad

López Llerena AM¹, Gómez Gómez-Mascaraque E², Gambí Pisonero N³, Abildua Trueba RE³, Ciria De Pablo C³, Mas Lodo N³

¹ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Hoyo de Manzanares. Madrid

² MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Justicia. Madrid

³ Médico de Familia. Consultorio Hoyo Manzanares. Madrid

Introducción

Aunque la mayoría de los pacientes con epilepsia presentan crisis breves autolimitadas, existe un subgrupo con predisposición a presentar crisis convulsivas prolongadas. Así, debe difundirse la necesidad de administrar correctamente la medicación de rescate con rapidez a fin de evitar la progresión a estatus y sus complicaciones, por toda la cadena de atención al paciente con epilepsia. Hay pocos datos publicados sobre cómo se tratan las crisis convulsivas prolongadas en los colegios u otros ámbitos de la comunidad en España y la situación varía según los recursos, la formación y el personal disponibles en cada centro. Siguiendo la iniciativa europea PERFECTTM (Practices in Emergency and Rescue medication For Epilepsy managed with Community administered Therapy, 2011), este proyecto nos ha permitido conocer el abordaje de la epilepsia en nuestro municipio, identificar puntos susceptibles de mejora en la atención de estos pacientes y ha favorecido una mejor coordinación entre profesionales Sanitarios y otras instituciones de nuestro entorno comunitario.

Objetivos

Objetivo principal: Analizar la atención a los pacientes con epilepsia en diferentes ámbitos (familiar, escolar y comunitario) de nuestro municipio. *Objetivos específicos:* Mejorar conocimientos, habilidades y actitudes ante una crisis epiléptica prolongada y prevenir complicaciones. Evaluar la efectividad de una intervención educativa grupal para mejorar la salud e integración social de los niños y jóvenes con epilepsia.

Diseño y Emplazamiento

Estudio descriptivo observacional. Atención Primaria.

Material y Método

Sujetos/Criterios de inclusión: profesores, cuidadores y familiares de niños/jóvenes con epilepsia que desean participar en el taller educativo. *Mediciones/intervenciones:* 3 sesiones educativas. A través de una encuesta validada y una sesión de control en 3-6-12 meses. Se evaluaron conocimientos, habilidades y actitudes antes y después de la intervención. Este estudio nos ha permitido identificar variables socio-demográficas, necesidades de salud y evaluar el impacto de nuestra intervención. *Limitaciones:* problemas de participación, por lo que la muestra podría ser escasa y no se podrían generalizar resultados.

Aplicabilidad

La mayoría de las crisis convulsivas prolongadas ocurren en la comunidad, sin embargo la aplicación adecuada del tratamiento de urgencia en este medio se ve limitada en la práctica por la falta de información, formación y acceso al medicamento. Los profesionales de Atención Primaria deben garantizar que los pacientes con crisis convulsivas prolongadas reciban la medicación de rescate con rapidez a fin de evitar la progresión a estatus y sus complicaciones, independientemente del lugar donde ocurra la crisis. La educación para la salud es una herramienta potente en Atención Primaria, ya que informa, motiva y mejora el bienestar de la población. El papel del médico de Atención Primaria debe consistir en dinamizar el proceso y colaborar activamente como un agente de salud dentro de la comunidad.

Aspectos médico-legales

Todos los registros mantienen confidencialidad de datos de los participantes. No plantea conflictos éticos ni de interés de ningún tipo.

Palabras clave

Epilepsy, Primary Health Care, First Aid.

PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN TIPO ORALES

La MBE desde el punto de vista del paciente en AP

García Sardón P¹, Pardo Álvarez J², Rodríguez de la Rosa L³, Carmona González PB⁴, García Prat M⁵, Pedregal González M⁶

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC El Torrejón. Huelva

² Médico de Familia. UGC El Torrejón. Huelva

³ Médico de Familia. Servicio de Urgencias. Hospital Infanta Elena. Huelva

⁴ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Molino de la Vega. Huelva

⁵ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC El Torrejón. Huelva

⁶ Médico de Familia. Técnico de Salud. UD de MFyC. Huelva

Introducción

La Medicina Basada en la Etiqueta (MBE) es un término acuñado en el año 2008, tras la publicación de un artículo por Michael W. Kahn en el New England Journal of Medicine. Proponía una lista de comprobación para el primer encuentro con un paciente en el ámbito hospitalario.

Objetivos

Describir la utilización de la MBE desde el punto de vista del paciente en el ámbito de la Atención Primaria (AP). Determinar la efectividad de una intervención a través de una sesión formativa en MBE para los profesionales.

Diseño y Emplazamiento

Estudio de intervención antes-después sin grupo control. AP.

Material y Método

Muestra: con una utilización esperada en el 50% de los encuentros médico-paciente, una precisión del 5% y una confianza del 95%, se precisan 384 participantes. *Criterios de inclusión:* mayores de edad que firmen el consentimiento informado. *Criterios de exclusión:* que no firmen el consentimiento informado. *Variables:* Médico. Edad. Sexo. Formación en Entrevista Clínica (EC). Tutor de residentes. Años de ejercicio. Paciente. Edad. Sexo. Patologías crónicas prevalentes en AP. Hábito tabáquico. Tratamiento crónico habitual. Paciente hiperfrecuentador. Listado de comprobación de la MBE adaptado para AP: Se validará (prueba de jueces, pilotaje, alfa de Cronbach). Cuestionario de conocimientos sobre MBE para los profesionales, basado en el anterior. Se validará (prueba de jueces, pilotaje, alfa de Cronbach). *Intervención:* Sesión formativa teórico-práctica para los médicos donde se tratarán conceptos de EC y comunicación asistencial vinculados a la MBE. Primera parte introductoria sobre conceptos generales de EC; segunda fase práctica (videgrabaciones y role playing). *Recogida de datos.* *Profesional:* mediante entrevista personal y cuestionario

de conocimientos. *Paciente:* mediante una hoja de recogida de datos junto con el listado de comprobación de la MBE adaptado a AP (autoadministrado, no nominativo). *Análisis:* Se realizará estadística descriptiva, inferencial y análisis multivariante. Se comprobarán las condiciones de aplicación. *Limitaciones.* Selección de los pacientes: consecutiva; al ser en dos centros de salud de distintas zonas con características diferentes, probablemente, presente una variabilidad suficiente. Los cuestionarios no están validados: se realizará una prueba de jueces, un pilotaje previo y se calculará el alfa de Cronbach. Los cuestionarios serán entregados a los pacientes en la consulta médica. Esto puede dar lugar a un sesgo de información (efecto Hawthorne) Para evitarlo, serán entregados en un sobre, no nominativos y se explicará a los participantes que se respetará la confidencialidad.

Aplicabilidad

Se pretende adaptar el listado de comprobación de la MBE en el ámbito de AP y describirla desde el punto de vista del paciente. Se apreciará la efectividad de una intervención sobre los profesionales y su impacto en las actitudes comunicacionales dada la importancia que tienen los buenos modales y el buen trato en el marco comunicacional para conseguir una mejora en la relación médico-paciente en la calidad asistencial.

Aspectos médico-legales

Principios éticos de la investigación en seres humanos que se recogen en la Declaración de Helsinki, actualizada en la Asamblea General de Seúl (2008). Ley de Protección de Datos 15/1999. Ley 418/2002, básica reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en materia de información y documentación clínica. Todos los participantes que quieran participar firmarán un consentimiento informado. Se solicitará aprobación por el Comité Ético de Investigación Clínica.

Palabras clave

Primary Health Care, Education, Communication.

PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN TIPO ORALES

Control de factores de riesgo cardiovascular (FRCV) en pacientes revascularizados mediante stent en centros de salud de Huelva

López González C

CS Cartaya. Huelva

Introducción

Las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte en países industrializados y se prevé que en los próximos años también lo sean en países en vías de desarrollo. Diversos estudios llevados a cabo en los últimos años, señalan que existe un mal control de FRCV en prevención secundaria de la cardiopatía isquémica. Las causas son diversas, bien por inercia terapéutica, es decir, la falta de modificación del tratamiento a pesar de una respuesta inadecuada, bien por el desconocimiento de los objetivos a alcanzar o por la baja implementación de las GPC.

Objetivos

Describir el control de FRCV en pacientes revascularizados mediante stent tras evento coronario. Determinar la relación entre el control de los FRCV y la incidencia de reinfartos durante el seguimiento. Determinar si los pacientes en los que se produjeron reinfartos, fallecieron como consecuencia del mismo.

Diseño

Cohorte histórica. Se incluyeron hombres y mujeres, que hubieran sufrido un evento isquémico con necesidad de revascularización mediante stent entre el 01/01/2013 y el 31/12/14 en el Complejo hospitalario de Huelva, realizándose seguimiento durante un año, hasta el 31/12/15.

Emplazamiento

Atención Primaria.

Material y Método

Se obtuvo una muestra necesaria de 384 pacientes, seleccionados de forma aleatoria. Las variables recogidas fueron edad, sexo, fecha de nacimiento, HTA, DM, DLP, obesidad, hábito tabáquico, fecha de colocación del stent, tipo de stent, cifras de TA, HbA1c, LDL, IMC, reinfarto (si lo hubo), fecha de reinfarto y si dicho evento tuvo como consecuencia

el fallecimiento del paciente. Se dividió la muestra en dos variables definidas por el buen o mal control de FRCV. Definimos "buen control" cuando las cifras de TA estuviesen por debajo de 140/90 mmHg, LDL <70 mg/dL, HbA1c < 7 % y un IMC < 25. Hablamos de "mal control" cuando alguno de los valores se encontrara por encima de los límites descritos, o aquellos pacientes a los que no se les realizase seguimiento tras infarto. Se crearon dos variables para su análisis, "buen control" y "mal control" y se determinará la incidencia de reinfartos o nuevos eventos isquémicos en ambos grupos. Variable dependiente encontramos la presencia de nuevo evento isquémico durante el período de seguimiento. Se consultaron las historias a través de Diraya y estación clínica. Análisis descriptivo, con media, mediana, moda y desviación típica (DT). Incidencias y riesgo relativo (RR) de reinfartos en ambos grupos ('buen control' y 'mal control'). Para comparar variables cuantitativas se usó 'T' de Student para muestras independientes. Para comparar variables cualitativas se usó test de Chi cuadrado. Se verificaron condiciones de aplicación.

Aplicabilidad

El seguimiento de pacientes postinfarto a través del control de FRCV, resulta imprescindible para evitar eventos posteriores. Con este estudio se pretende describir el manejo que se realiza de esta entidad en atención Primaria, con idea de planificar estrategias para minimizar la incidencia de nuevos eventos isquémicos.

Aspectos médico-legales

Ley de protección de datos de 1999. Ley de autonomía del paciente. Se obtuvo la aprobación del comité de ética.

Palabras clave

Secondary Prevention, Ischemic Heart Disease, Cardiovascular Risk Factors.

PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN TIPO ORALES

Estudio del déficit de vitamina b12 en Atención Primaria

Hachem Salas N¹, Reche Padilla AI¹, Salvador Concepción JE², González Navarro TJ³, Serrano Camacho A⁴, Moreno Martos H⁵

¹ Médico de Familia. DS Almería. Almería

² MIR 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Retamar. Almería

³ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Retamar. Almería

⁴ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Retamar. Almería

⁵ Médico de Familia. CS Retamar. Almería

Introducción

El déficit de Vitamina B12 (VitB12) es frecuente en nuestro medio y especialmente en la población mayor de 60 años. Dependiendo de los criterios diagnósticos empleados, la prevalencia varía entre un 5 y un 40% y muchas veces no se asocia a manifestaciones clínicas evidentes. Existen pocos estudios de prevalencia sobre este déficit vitamínico tanto a nivel ambulatorio, como hospitalario. Entre las causas que lo propician podemos encontrar: disminución de la ingesta (dietas vegetarianas estrictas), déficit de factor intrínseco (Anemia Perniciosa), reducción del área de mucosa funcional (gastritis, resección quirúrgica), reacciones inflamatorias, ingesta de fármacos, (Metformina, Fenitoina, IBPs). Las principales manifestaciones clínicas son hematológicas y neuropsiquiátricas. Estas manifestaciones son muy heterogéneas y la gravedad es variable; desde manifestaciones leves como la neuropatía sensorial común, anomalías aisladas como la macrocitosis y la hipersegmentación de los neutrófilos; a trastornos graves, incluida la esclerosis combinada de la médula espinal, anemia hemolítica e incluso la pancitopenia. El déficit de VitB12 también afecta a otros tejidos como la mucosa intestinal y genitourinaria, observándose casos de glositis. Dado el aumento de edad de la población de nuestra consulta, la alta prevalencia de tratamientos que pueden causar déficit de vitB12 y la mayor incorporación a dietas vegetarianas de la población joven, planteamos este estudio

Objetivos

Determinar la prevalencia del déficit de vitB12 en AP. Características de los pacientes con déficit de vitB12. Factores relacionados con el déficit de vitB12.

Diseño y Emplazamiento

Estudio descriptivo transversal. AP

Material y Método

Población: 235 pacientes a los que se les pidió analítica con VitB12 durante el primer semestre 2016. Para una

prevalencia del 50% con un nivel de confianza del 95% y con una precisión del 5% tenemos un tamaño de muestra de 146 pacientes. *Criterios de inclusión:* pacientes que acudieron a consulta durante el primer semestre y se le pidió analítica. *Variables:* Socio-demográficas: edad, sexo. Clínicas: Diagnósticos. Tratamientos farmacológicos. Motivo petición analítica. Analíticas: Hemoglobina, Hematocrito, VCM, VitB12, Ácido fólico, Homocisteína. *Análisis estadístico:* Análisis univariable: variables cualitativas: distribución de frecuencias. *Variables cuantitativas:* media, mediana, rango, desviación estándar (DE) e intervalo de confianza al 95%. Análisis bivariable: asociación entre variables cualitativas: test de chi² o prueba exacta de Fisher. *Variables cuantitativas:* test de la t de Student y/o el análisis de la varianza (ANOVA). Siempre que la muestra siga una distribución normal si no es así se aplicaran test no paramétricos. En todos los contrastes de hipótesis se rechazará la hipótesis nula con un error de tipo I o error <0.05. Técnicas de análisis multivariable: ajustaremos un modelo de regresión logística. *Limitaciones:* Infraregistro en la **Historia Clínica Digital**.

Aplicabilidad

Conocer las características de los pacientes y los factores relacionados al déficit de VitB12, nos ayudara a poder orientar mejor a nuestros pacientes según la clínica que presenten.

Aspectos médico-legales

El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal se ajustará a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos. La recogida de datos se realizará a través de historia clínica digital. Se pedirá permiso al comité de Investigación del distrito.

Palabras clave

Vitamin B12, Primary Health Care, Intrinsic Factor.

PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN TIPO ORALES

Seguimiento de los pacientes con diabetes mellitus en Atención Primaria

González Navarro Teresa de J¹, Serrano Camacho A², Salvador Concepción JE³, Hachem Salas Nur⁴, Reche Padilla AI⁴, Zapata Martínez M⁵

¹ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Retamar. Almería

² MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Retamar. Almería

³ MIR 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Retamar. Almería

⁴ Médico de Familia. Distrito Almería. Almería

⁵ Médico de Familia. CS Retamar. Almería

Introducción

La diabetes mellitus (DM) es una enfermedad crónica y progresiva de elevada prevalencia que produce una importante disminución de la esperanza de vida y de su calidad en las personas que la padecen. Las complicaciones microvasculares y macrovasculares que van apareciendo como consecuencia de la progresión de la enfermedad tienen un papel importante en la morbimortalidad que sufren los pacientes. El control glucémico, así como el control de los factores de riesgo cardiovascular, son la base para prevenir este tipo de complicaciones y para que la calidad de vida del paciente no se deteriore. Se estima que en torno a un 42-56% de los pacientes diabéticos presenta un mal control glucémico. Aunque no se conocen en profundidad las razones de este mal control, diversos estudios muestran que tanto la inercia terapéutica como el mal cumplimiento del paciente se encuentran entre los factores que parecen contribuir a este problema. La progresividad de la enfermedad hace necesario realizar revisiones periódicas y reajustar el tratamiento en caso de que no se haya alcanzado los objetivos terapéuticos. Nos planteamos este estudio para saber qué es lo que hacemos con nuestros diabéticos a lo largo del tiempo.

Objetivos

Conocer el perfil del paciente con DM tipo II en Atención Primaria. Valorar las intervenciones farmacológicas y no farmacológicas en los pacientes. Factores relacionados con el buen/mal control de DM al final del seguimiento. Conocer las complicaciones durante el periodo de seguimiento.

Diseño y Emplazamiento

Estudio de cohorte retrospectivo. AP

Material y Método

Población: pacientes incluidos en el proceso de diabetes durante el año 2011. **Criterios de selección:** pacientes incluidos en el proceso diabetes en al año 2011. **Cohortes expuesta:** pacientes mal controlados HbA_{1c} >7 **Cohortes**

no expuesta: pacientes bien controlados HbA_{1c}<7. Se hará un seguimiento de 5 años hasta el 2016. Se cogerán los datos de la historia clínica digital del paciente. **Variables:** sociodemográficas: edad, sexo. Año de inicio de DM. Estilos de vida: alcohol, tabaquismo, ejercicio físico. Factores de riesgo cardiovascular: HTA, Hiperlipemia, Obesidad. Complicaciones: Retinopatía (proliferativa/no proliferativa), Insuficiencia renal, Vasculopatía periférica (pie diabético). Comorbilidades: Cardiopatía Isquémica, enfermedad Cerebro-vascular. Tratamiento: Metformina, Sulfonilureas, IDDP4, Repaglinidas, nsulina, SGLT1. **Variables Clínicas:** HbA_{1c}, TAS, TAD, Colesterol total, HDL, LDL, Triglicéridos, Creatinina, Albuminuria. **Seguimiento por Endocrino:** Si/no. **Ingresos:** si/no. **Análisis estadístico:** Univariable: las variables cualitativas se presentarán con su distribución de frecuencias. Las variables cuantitativas se resumen en su media, mediana, rango, desviación estándar (DE) e intervalo de confianza al 95%. Bivariable: utilizaremos pruebas paramétricas siempre y cuando se cumplan los supuestos de normalidad y homogeneidad de varianzas. Se utilizarán las pruebas t de student y chi cuadrado. **Limitaciones:** infra registro en la **Historia Clínica Digital**.

Aplicabilidad

Queremos saber si hay inercia terapéutica en la actuación con nuestros diabéticos y los factores relacionados con las complicaciones para poder paliarlas y mejorar el control de los pacientes.

Aspectos médico-legales

El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal se ajustará a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos. La recogida de datos se realizará a través de historia clínica digital. Se pedirá permiso al comité de Investigación del distrito.

Palabras clave

Diabetes Mellitus, Primary Care, Chronic Disease.

PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN TIPO ORALES

Prevalencia de yododeficiencia en gestantes de Huelva

Romero Herraiz F¹, Ortega Carpio A², Duarte González L³, Nuñez Azofra MC¹, Vázquez Rico I⁴, Castaño López Ma⁴

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Torrejón. Huelva

² Médico de Familia. CS Torrejón. Huelva

³ Matrona. CS Torrejón. Huelva

⁴ Especialista en Análisis Clínicos. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva

Introducción

La gestación se asocia con incremento de las necesidades de Yodo debido al aumento de su eliminación urinaria, transferencia fetoplacentaria y aumento de los requerimientos por el tiroides fetal a partir del 2º trimestre. Durante la lactancia también se incrementan estos requerimientos. Aunque la OMS incluye a España entre los países con óptima nutrición Yodada, diversos estudios en nuestro país han confirmado que la población gestante presenta aún déficit de Yodo. Un estudio en la zona Norte de Huelva confirmaba esta suposición, y otro reciente de nuestro equipo lo sugería también.

Objetivos

Principal: determinar la prevalencia de yododeficiencia en gestantes al principio del embarazo. *Secundario:* determinar la relación entre el nivel de yododeficiencia y el contenido de yodo dietético, el uso de suplementos yodados y la función tiroidea en el 1º trimestre.

Diseño y emplazamiento

Estudio observacional descriptivo prospectivo. CS Urbano.

Material y Método

Población de estudio. Gestantes incluidas en el Proceso de Embarazo, Parto y Puerperio de los Centros de Salud el Torrejón y Adoratrices. Que den su consentimiento informado y no aborten antes de realizarse la determinación de yoduria. *Muestra.* Para detectar una prevalencia de yododeficiencia del 35% con una precisión del 10% necesitaremos una muestra de 88 gestantes, para lo que será suficiente incluir durante 4 meses la totalidad de las gestantes del proceso de Embarazo. *Análisis.* Las variables cualitativas se describirán mediante porcentajes y las cuantitativas mediante medias. Los intervalos de confianza se construirán al 95%. Como contraste de hipótesis entre variables cualitativas se utilizará la chi cuadrado y la T-Student para comparar medias.

Se efectuara regresión múltiple para determinar las variables asociadas a la aparición de yododeficiencia. Las pruebas estadísticas se analizaran de forma bilateral con un nivel de significación del 5%. Para los cálculos se utilizará el programa SPSSv19.0. *Variables.* La variable dependiente principal será el porcentaje de gestantes con yododeficiencia definida como yoduria en orina de 24 horas <150 µg/L. Como variables independientes se recogerán la edad, IMC basal, paridad, patología tiroidea asociada (bocio, hipotiroidismo, hipertiroidismo), tratamiento (Levotiroxina, antitiroideos, suplementos yodados), ingesta estimada de yodo nutricional (lácteos, pescado, huevos, frutos secos), función tiroidea (TSH/T4). *Limitaciones.* La recogida de orina de 24 horas es una técnica compleja que puede condicionar la validez interna del resultado; se adiestrará a las gestantes específicamente para asegurar la calidad de las muestras. La validez externa del estudio hará referencia solo al estado de yododeficiencia de la capital por la selección de la muestra.

Aplicabilidad

El proyecto pretende estimar la prevalencia real de deficiencia de Yodo en las gestantes de nuestra área sanitaria con los criterios actualmente propuestos, así como determinar las variables predictoras nutricionales o clínicas asociadas a la misma, lo que repercutirá en una mejor adecuación de la profilaxis yodada durante el embarazo.

Aspectos médico-legales

Se solicitará consentimiento informado escrito a todas las gestantes que participen. El protocolo será aprobado por el comité ético de investigación clínica del área sanitaria. El estudio no recibirá financiación específica, y los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

Palabras clave

Yodo (Iodine), Hipotiroidismo (Hypothyroidism), Gestación (Pregnancy).

PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN TIPO ORALES

Diferencias en calidad de muerte entre pacientes oncológicos terminales y pacientes con insuficiencia cardiaca terminal en el AGS Norte de Huelva

Martín Brioso E¹, Ruibérriz de Torres Fernández E², Trujillo Díaz N³, Delgado MoyAM⁴, Rodríguez Ruciero Á⁵, García Martín P³

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Valverde Del Camino. Huelva

² MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Valverde Del Camino. Huelva

³ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Moguer. Huelva

⁴ Médico de Urgencias. Hospital De Riotinto. Huelva

⁵ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Valverde Del Camino. Huelva

Introducción

La calidad de muerte ha sido un término escasamente definido en la literatura nacional, no obstante ha existido desde hace años una inquietud social en cuanto a la calidad de vida y el derecho a una muerte digna. En Andalucía el proceso asistencial de cuidados paliativos recoge las intervenciones a realizar para asegurar estos derechos así como las patologías susceptibles de beneficiarse de los mismos, entre ellos las que son el objeto del estudio. Se pretende demostrar que existe una menor calidad en la muerte de los pacientes con insuficiencia cardiaca que en pacientes con neoplasias malignas y analizar si existen factores discriminatorios a la hora de ser incluidos en un programa de cuidados paliativos. Se analizará la calidad de muerte a partir de la experiencia vital del cuidador principal atendiendo el proceso de morir desde una vertiente holística que abarca cuestiones tanto de sintomatología física, psicológica, necesidades socio-personales e inquietudes espirituales.

Objetivos

Objetivo principal: Determinar si existe diferencia en calidad de muerte entre el paciente con insuficiencia cardiaca terminal y el paciente con proceso oncológico terminal. *Objetivos Secundarios:* Determinar si existen diferencias a la hora de pautar una sedación paliativa entre ambos grupos. Analizar y comparar la calidad de la información facilitada al paciente y su familia en ambos grupos. Comparar el lugar de fallecimiento (domicilio u hospital) del cardiópata terminal con respecto al oncológico terminal.

Diseño y emplazamiento

Observacional descriptivo. AGS Norte de Huelva.

Material y Método

Población: Pacientes fallecidos con diagnóstico de neoplasia maligna y pacientes con diagnóstico de insuficiencia cardiaca. *Muestra:* estimación basada en la frecuencia de mortalidad por ambas causas en el AGS norte de Huelva en un periodo de

6 meses. Se realizará un estudio a un mínimo de 70 pacientes.

Criterios de inclusión: Pacientes fallecidos por insuficiencia cardiaca terminal. Pacientes fallecidos por neoplasia maligna terminal. *Exclusión:* Menor de edad. Paciente sin cuidador principal. Fallecimiento anterior a 3 meses a la realización de encuesta. *Variables de estudio:* Sexo. Edad. Causa de la muerte. Administración de sedación paliativa. Lugar del fallecimiento. Cuestionario sobre Calidad de muerte (QODDESP). Cuestionario CDBMAnd (Cuestionario del buen morir-Andalucía). *Análisis estadístico: Descriptivo: Variables cuantitativas.* Media y desviación típica. *Variables cualitativas.* Frecuencias absolutas y relativas. *Inferencial:* Intervalos de Confianza al 95%. Comparar medias: test de la t para muestras independientes. Comparar variables cualitativas: Ji-Cuadrado. Análisis estratificado según sexo y grupos de edad. Comparar variables cuantitativas: Regresión Lineal Simple y Coeficiente de Pearson. Análisis Multivariante. *Limitaciones:* Participación en el estudio. Obtención de datos. Falta de codificación

Aplicabilidad

Conocer a forma en la que nuestros pacientes viven su proceso de morir adquiere una gran importancia a la hora de gestionar estrategias específicas para mejorar el mismo desde la AP. Analizar cuáles son las variables que influyen en dicho proceso puede facilitar el estudiar si existe una discriminación entre los diferentes grupos de pacientes y cuáles son las causas que pueden generar estas desigualdades.

Aspectos médico-legales

Ley orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal se garantizará y protegerán los datos personales y los derechos personales de los pacientes. Se entregará consentimiento informado que deben firmar.

Palabras clave

Quality of Dying, Palliative Care, Right to Die.

PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN TIPO ORALES

Dejar de fumar si se puede; terapia grupal antitabaco

Blanco Rubio BC, González López A, De Francisco Montero MC, Adrada Bautista AJ, Aguado de Montes MC, González Hernández FJ

Médico de Familia. CS Las Palmeritas. Sevilla

Introducción

El tabaquismo es la primera causa de mortalidad evitable en menores de 65 años en los países desarrollados. En España la prevalecía del consumo de tabaco es del 31% y cada año fallecen unas 55.000 personas. Es uno de los principales factores de riesgo cardiovascular, favorecedor de enfermedades respiratorias (87% de neoplasias pulmonares y 97% de enfermedades pulmonares obstructivas crónicas) y otras enfermedades crónicas. Estos problemas de salud son uno de los motivos de consulta más frecuentes en atención Primaria, cerca del 70% de los fumadores visitan anualmente a su médico de familia por lo que éstos tienen un papel estratégico en el proceso de deshabituación tabáquica. Diversos estudios revelan que pocas personas comprenden los riesgos específicos para la salud que entraña el tabaco, el 70% de los fumadores españoles manifiestan su deseo de dejar de fumar. Para hacer frente a esta problemática, se han creado consultas especializadas del tabaquismo donde se aborda esta problemática desde el punto de vista farmacológico y psicológico, realizándose test de para valorar la dependencia (Test de Fargeström) y la motivación para el cese del hábito tabáquico (Test de Richmond) así como cooximetría espiratoria. Con este estudio se intenta analizar en una muestra de personas fumadoras que solicitaron ayuda para dejar de fumar, si el Test de Richmond es un buen predictor de abstinencia tabáquica y si el valor de la cooximetría en estos pacientes se correlaciona adecuadamente con el número de cigarrillos que fuman al día.

Objetivos

Describir las características socio-demográficas y de consumo de tabaco de la población de estudio, elaborar un modelo predictivo de cooximetría con respecto al número de cigarrillos/día y diseñar un modelo predictivo del Test de Richmond con respecto a la deprivación tabáquica

Diseño

Estudio observacional descriptivo (transversal), estudio observacional de casos y controles. Los controles serán no pareados y los casos serán casos incidentes, se considerará caso al paciente que deja el hábito tabáquico.

Emplazamiento

Atención Primaria.

Material y Método

Los proporcionados por el Plan Integral de Tabaquismo de Andalucía (PITA) para realización de cooximetría (cooxímetro y boquillas de plástico estériles para cada paciente), test de Richmond validado, soporte informático para la creación de ficheros Excell y el programa de análisis estadístico R versión 3.3.1 junto con la GUI RCommander.

Aplicabilidad

El interés de este estudio reside en la posibilidad de elaboración de un modelo predictivo de cooximetría respecto al número de cigarrillos/día por los pacientes incluidos, así como la utilización del test de Richmond como predictor del resultado de deprivación tabáquica. Estos modelos supondrán una herramienta más para la aproximación diagnóstica y el abordaje terapéutico de los pacientes fumadores en el ámbito de Atención Primaria.

Aspectos médico-legales

Este proyecto será presentado en el Comité de ética de la investigación de los Hospitales Virgen del Rocío y Virgen Macarena, acompañado de sus correspondientes documentos de consentimiento e información para los pacientes.

Palabras clave

Tobacco Use Cessation, Smoking Cessation, Health Behaviour.

PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN TIPO ORALES

Guías didácticas de rotaciones de los MIR en Medicina Familiar y Comunitaria

Bohórquez Colombo MP¹, Hernández Galán JL¹, Amodeo Arahal MC², Rodríguez Rodríguez M³, Álvarez Herrero Ma¹

¹ UD de MFyC. Sevilla

² Médico de Familia

³ Médico de Familia. CS El Porvenir. Sevilla

Introducción

Una evaluación completa del sistema de formación MIR requiere que los residentes, tutores, docentes colaboradores y los servicios por los que rotan sean evaluados con criterios objetivos, con el fin de identificar oportunidades de mejora de la formación ofertada.

Objetivos

Implantar sistema de evaluación de rotaciones de los MIR en medicina familiar y comunitaria. Proporcionar a los tutores criterios **Objetivos** para evaluar a los residentes.

Diseño

Descriptivo, transversal.

Emplazamiento

Centros de salud y hospitales adscritos a la UD MFyC de la provincia Sevilla.

Material y Método

Implantación de un sistema que permita a la Unidad Docente conocer las valoraciones hechas por los residentes de los centros y los servicios por lo que rotan y darles la

oportunidad de proponer mejoras; además de proporcionar a los tutores los criterios para dicha evaluación. El sistema de evaluación contará con tres elementos: Guía didáctica para la rotación por cada especialidad que incluye los objetivos didácticos que el residente debe alcanzar en su rotación. Formulario de evaluación que debe cumplimentar el residente sobre los conocimientos, habilidades y actitudes adquiridas en la rotación; además de evaluación del servicio o centro en el que se rota, la evaluación del tutor, las actividades realizadas y su satisfacción global con la rotación. Procedimiento de registro y tratamiento de las evaluaciones online.

Aplicabilidad

Se pretende que los residentes, tutores y colaboradores docentes formen parte activa de la docencia y evaluación de la formación MIR.

Aspectos médico-legales

Aprobación de la comisión docencia de la UD de MFyC de Sevilla.

Palabras clave

Teaching, Evaluation, Residency.

PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN TIPO ORALES

Evaluación de la efectividad de un programa de Atención plena (mindfulness) en profesionales y usuarios de un CS de Atención Primaria

Lebrero Ferreiro R¹, Sánchez García M², Rodríguez Núñez IF³, Alvarado Tato AJ¹

¹ Médico de Familia. CS Bellavista. Sevilla

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Bellavista. Sevilla

³ Enfermera de Familia. CS Bellavista. Sevilla

Introducción

En nuestra práctica clínica, un elevado porcentaje de las consultas realizadas por nuestros pacientes están directamente relacionadas con dificultades para la aceptación de los problemas de la vida diaria que generan trastornos del ánimo e incluso múltiples somatizaciones. Como profesionales Sanitarios nuestra formación en ocasiones es deficitaria en técnicas de comunicación orientadas a la modificación pautas y hacia el manejo de las emociones de nuestros pacientes, sin tener que recurrir a la medicalización en un primer nivel de abordaje. Este tipo de solicitud de atención nos suele generar un sentimiento de impotencia, agotamiento emocional y baja realización personal (Burnout) que originan malestar psicológico y reducen la empatía, esto afecta a las decisiones profesionales pudiendo aumentar los errores en la práctica clínica. Nos proponemos implementar un programa de entrenamiento en Atención plena (mindfulness) que consta de 2 talleres, uno dirigido a profesionales y otro a usuarios y medir la efectividad a largo plazo de esta medida en ambos grupos.

Objetivos

Evaluar la efectividad a largo plazo en la disminución del burnout de un taller multidisciplinar de entrenamiento en mindfulness dirigido a profesionales de atención Primaria. Evaluar la efectividad a largo plazo en la mejora de la calidad de vida de un taller de entrenamiento en mindfulness dirigido a pacientes.

Diseño

Estudio de medidas repetidas antes-después, en el grupo de profesionales se medirá el Burnout mediante inventario de Maslach, adherencia a la intervención y cambios de actitudes. En el grupo de pacientes se medirá la calidad de vida relacionada con la salud mediante el cuestionario EuroQol-5D (EQ-5D). Se realizarán mediciones al inicio, a las 12 semanas, a los 6 y a los 12 meses.

Emplazamiento

Atención Primaria. CS urbano.

Material y Método

Taller para profesionales: *Criterios de inclusión:* profesionales en activo de nuestro CS. Grupos de 10-15 personas que realizarán 8 sesiones de 1 hora de duración a lo largo de 3 meses, después se realizará una sesión mensual hasta completar el año. Taller para usuarios: *Criterios de inclusión:* pacientes mayores de 18 años que consulten por alteración en la esfera psíquica originados por la falta de capacidad para gestionar los problemas de la vida diaria. *Criterios de exclusión:* trastorno grave de la personalidad, trastorno psicótico. Grupos de 10-15 pacientes que realizarán 1 sesión semanal (8 sesiones en total).

Aplicabilidad

Las intervenciones basadas en mindfulness (entrenamiento de la autoconsciencia) desarrollan efectos psicológicos positivos, nos aportan herramientas que mejoran nuestro bienestar físico, mental y emocional. En los profesionales Sanitarios esperamos encontrar una reducción del burnout que favorecerá la relación médico paciente, además de mayor cohesión del equipo de trabajo. En pacientes, son medidas dirigidas hacia la promoción de la salud y prevención de la enfermedad a través de la formación en técnicas de relajación y meditación, esperamos una mejora en la calidad de vida y salud percibida además de una disminución de la medicalización.

Aspectos médico-legales

Los pacientes serán informados de la inclusión en este proyecto de investigación y firmarán CI. Pendiente evaluación por comité de ética del DS.

Palabras clave

Atención Plena (Mindfulness), Meditación (Meditation), Agotamiento Profesional (Burnout Profesional), Calidad de Vida (Quality of Life).

PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN TIPO ORALES

Mapear activos: una forma de aprender salud comunitaria

Ramón Soria JA, Díaz Rueda M, Gómez Caminero Martín Peñasco MV, Ruíz del Álamo I, Martínez del Valle Martínez C, Navarrete Illescas E

MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Salvador Caballero Doctores. Granada

Introducción

El modelo salutogénico desarrollado inicialmente por Antonovsky desde los 70s y posteriormente el modelo de activos en salud propuesto por Kretzman y McKnight en 1993 puso los cimientos para cambiar la perspectiva que tenemos sobre la definición de salud desde la perspectiva de la patogénesis al modificar el énfasis sobre los factores negativos hacia los positivos. A partir de este modelo se ha desarrollado la herramienta de mapeo de activos para identificar aquellos valores de una comunidad que proporcionan salud a su población.

El mapeo de activos se compone de una serie de herramientas que pretenden además empoderar a la población sobre su capacidad de preservar y generar salud; sin embargo, la perspectiva salutogénica aún se encuentra lejos del discurso de las instituciones sanitarias y de la formación de sus profesionales médicos residentes de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria.

Pensamos que el hecho de poner en práctica esta técnica de mapeo de activos por parte de los propios profesionales es una oportunidad que dotará a los mismos de una experiencia esencial para integrar el modelo salutogénico, conocer las características propias de la comunidad que atienden y cambiar así su práctica clínica al conocer los recursos que la comunidad dispone.

Objetivos

Conocer la potencialidad del método de mapeo de activos en salud para mejorar los conocimientos de los profesionales de un CS sobre salud comunitaria y sobre las características de su población.

Diseño

Un estudio cualitativo de tipo investigación-acción participativa (IAP) desde la perspectiva etnográfica.

Emplazamiento

Un CS en atención Primaria en entorno urbano.

Material y Método

Creación de un grupo de discusión entre residentes y profesionales del CS participantes de la actividad; para ello se realizarán entrevistas mensuales en forma de grupos de discusión para evaluar el grado de satisfacción de la actividad y qué utilidad tiene para su práctica clínica; posteriormente se realizará un análisis discursivo para extraer los resultados de la intervención.

Aplicabilidad

Mediante el análisis y la promoción de los activos en salud en la ZBS que atendemos pretendemos enfocar las deficiencias docentes y asistenciales respecto a la salud comunitaria en nuestro CS y valorar el impacto de dicha promoción.

Aspectos médico-legales

El trabajo se desarrollará según las normas de buena práctica clínica (artículo 34 del Real Decreto 223/2004; directiva comunitaria 2001/20/CE) y a la protección de los datos personales (Ley Orgánica de Protección de Datos [LOPD] 15/1999 de 13 de diciembre; Boletín Oficial del Estado del 14 de diciembre de 1999). Para la publicación de los **Resultados** se tomará un consentimiento para la reproducción de imágenes, vídeos y audios en centros públicos.

Palabras clave

Social Determinants of Health, Community Medicine, Teaching.

PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN TIPO ORALES

Estudio comparativo sobre el manejo de las solicitudes de interrupción voluntaria de embarazo en dos Unidades de Gestión Clínica

Álvaro Calero A

MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC La Candelaria. Sevilla

Introducción

Según la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo se puede solicitar la IVE (Interrupción Voluntaria de Embarazo) en las primeras 14 semanas de gestación de forma libre y es financiada por el sistema sanitario a todas las mujeres que lo soliciten y tengan derecho a asistencia sanitaria pública. Para la solicitud, la mujer debe acudir a un centro sanitario público donde será derivada a un centro acreditado y concertado con el Servicio Andaluz de Salud (SAS) tras recibir un sobre cerrado con la información reglamentaria respecto a derechos laborales y ayudas en relación a la maternidad, las consecuencias Médicas, psicológicas y sociales de la continuación del embarazo o de la interrupción del mismo, los centros públicos y concertados a los que se pueda dirigir, así como los trámites para acceder a esta intervención y las condiciones para la cobertura por el Sistema Andaluz de Salud. Ésta información podrá ser ofrecida verbalmente si la mujer lo solicita. Vamos a comparar dos UGC de Sevilla, con características socio-demográficas similares donde la solicitud de la IVE se realiza de manera diferente: en uno de ellos, la mujer que quiere solicitar la IVE, acude al mostrador de admisión, rellena el formulario de solicitud y recibe un sobre cerrado con la información contemplada en la Ley 2/2010. En el otro CS, la mujer que desee la IVE, solicita una cita con la trabajadora social del centro donde se le informa sobre el acto sanitario pero además, realiza una intervención sobre salud sexual y reproductiva y anticoncepción.

Objetivos

Analizar si la recepción de la solicitud de IVE (Interrupción Voluntaria de Embarazo) por parte de un profesional sanitario disminuye los IVEs de repetición.

Diseño

Estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento

Atención Primaria.

Material y Método

Población de referencia y de estudio: Usuaris en edad fértil de 15 a 50 años que soliciten IVE en las dos UGC desde enero de 2015 a diciembre de 2015. Se excluirán las solicitudes de IVE en las que no esté recogido número de **Historia Clínica**. *Análisis:* se utilizará estadística descriptiva de la población estudiada.

Aplicabilidad

Mientras la mejora en la contracepción disminuye la incidencia de abortos, hay un número difícil de reducir más relacionado con la libre decisión de las mujeres sobre el control de sus vidas y con circunstancias socioeconómicas, familiares, etc. Por lo que una intervención por parte de un profesional que aborde la interrupción del embarazo de forma holística puede reducir las IVEs de repetición.

Aspectos médico-legales

La interrupción voluntaria del embarazo, continúa siendo un tema difícil de abordar con las mujeres, en la mayoría de los casos, no queda registrada en la Historia de Salud única. La población del estudio va a ser extraída de los documentos acreditativos de la entrega del sobre y es posible que información que sería útil analizar (Número de IVEs previas, situación socioeconómica...) sea difícil conseguir, dado que la mujer debe acceder a realizar una entrevista telefónica/ presencial.

Palabras clave

Abortion Applicants.

PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN TIPO ORALES

Impacto de la formación de los profesionales Sanitarios en la calidad de vida de los pacientes con EPOC

Navarrete Illescas E, Martínez del Valle Martínez C, Ruíz del Álamo I, Ramón Soria JA, Gómez Caminero Martín Peñasco MV, Díaz Rueda M

MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Salvador Caballero Doctores. Granada

Introducción

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es una enfermedad tratable y prevenible ocasionada por una reacción inflamatoria de las vías aéreas y el pulmón a partículas y gases nocivos. Las exacerbaciones y comorbilidades son responsables del mayor o menor impacto individual de la enfermedad. La prevalencia es del 10,2% de la población española entre 40 y 80 años. Existen elevadas tasas de infradiagnóstico, un 73% de los pacientes con criterios de EPOC no están diagnosticados, debido al hecho de no buscar de forma activa a los pacientes con factores de riesgo, la falta de formación del profesional sanitario y la falta de incentivación.

Objetivos

Mejorar la calidad de vida de los pacientes con EPOC, mediante la formación de los profesionales Sanitarios. *Secundarios:* Conocer si nuestros pacientes EPOC están correctamente diagnosticados, clasificados, y tratados. Uso de espirometría como método diagnóstico y en el seguimiento de estos pacientes.

Diseño y emplazamiento

Estudio Cuasi-experimental. Dos Centros de Salud de zona urbana.

Material y Método

Población a estudiar: Pacientes diagnosticados de EPOC registrados en sistema informático Diraya de dos Centros de Salud. *Muestreo:* aleatorio simple sistemático. *Criterios de inclusión:* Pacientes diagnosticados de EPOC. *Intervención:* Conocer la situación inicial: Prevalencia; criterios diagnósticos que justifiquen clasificarlos como EPOC (síntomas, ICAT, mMRC, espirometría, clasificación GOLD, tratamiento.). Número de exacerbaciones en el último año así como las recomendaciones sobre vacunación y propuesta de deshabitación de hábito tabáquico. *Intervención:* Realización de sesiones

clínicas exponiendo la situación actual y concienciar a los profesionales sobre la correcta clasificación y tratamiento de estos pacientes, así como recomendaciones sobre deshabitación de hábito tabáquico y vacunación. *Evaluación resultados:* tras 12 meses, revisaremos prevalencia y mejoría en cuanto a exacerbaciones y calidad de vida de estos pacientes. *Mediciones:* Prevalencia en el momento actual, comparada con la prevalencia esperada, y cómo varía dicha prevalencia tras la formación de profesionales. *Registros de calidad:* mejorar el diagnóstico, disminuir número de exacerbaciones, valorar calidad de vida. *Imitaciones:* Importante infradiagnóstico. Las espirometrías realizadas están en papel, y no siempre se anotan en la historia clínica.

Aplicabilidad

Se pretende conocer la prevalencia de pacientes diagnosticados de EPOC, antes y después de la formación de los profesionales, para captar a la población infradiagnosticada. Mejoría en el control de los pacientes, disminuyendo número de exacerbaciones, aumentando calidad de vida. Reflejar la importancia de recoger en la historia clínica distintas variables, para tener una visión completa del paciente y así, poder prescribir el mejor tratamiento, así como incluirlo en los programas más favorables para mejorar su situación basal.

Aspectos médico-legales

Se garantiza la confidencialidad y la custodia de datos. Según la ley orgánica 15/1999 de protección de datos de carácter personal se asume la obligación de no enviar ficheros con datos clínicos a través de correo electrónico, ni manejar ficheros con datos del proyecto de investigación fuera de las dependencias de los centros Sanitarios.

Palabras clave

Spirometry; Education Continuing; Pulmonary Disease Chronic Obstructive.

PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

Proyecto FIBROWALK. Eficacia del ejercicio físico durante cuatro semanas para la mejoría clínica del dolor en pacientes con Fibromialgia

Clapera Lazo L¹, Martos Vargas Y², Reina Prego C¹, Grau Fibla G³, Gómez-Cano Fernández-Figueroa J⁴, Reina Prego R⁵

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Pino Montano A. Sevilla

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Nuestra Señora de Gracia. Carmona (Sevilla)

³ Médico de Familia. CS Pino Montano A. Sevilla

⁴ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Esperanza Macarena. Sevilla

⁵ Enfermera

Introducción

La fibromialgia de etiología desconocida y curso crónico, caracterizada por dolores generalizados y problemas psicosociales que afectan notablemente a la calidad de vida. Está demostrada que el ejercicio aeróbico mejora salud y función física, desconociéndose, qué modalidad supone mayor beneficio, ni dosis mínima que produce mejoría.

Objetivos

Principal: Evaluar eficacia del ejercicio físico para mejoría algica, usando podómetros y escala EVA. Evaluar si el tiempo de intervención (incremento actividad física semanal en ≥ 7.5 km) de cuatro semanas basta para producir el efecto deseado de mejora del dolor. Secundarios: Evaluar si pasado un mes se mantiene el efecto de mejoría. Evaluar eficacia del ejercicio físico para la impresión de mejoría global intrasujeto según cuestionario PGIC, y parámetros del cuestionario SF-36.

Diseño y emplazamiento

Ensayo clínico cruzado en dos etapas, donde cada paciente actúa como propio control, sometiéndolos a la intervención en distinto momento. Atención Primaria. CS y asociaciones de fibromialgia.

Material y Método

Criterios de inclusión: ≥ 25 años, ≤ 65 años. Fibromialgia diagnosticada según criterios 2010. Criterios de exclusión: Comorbilidades que limiten o contraindiquen ejercicio físico. Inclusión concomitante en otro ensayo clínico. Actividad física basal moderada-intensa (>300 minutos/semana). Modificaciones del tipo de medicación analgésica. > 10 tomas de fármaco analgésico añadido. Deterioro cognitivo. Variables operativas. Ejercicio físico (intervención). Dolor, repercusión clínico-funcional, impresión global de mejora intrasujeto (resultado). Variables auxiliares: edad, sexo, IMC, fecha diagnóstica, adecuación

diagnóstica según criterios 2010, actividad física estimado semanal, fármacos analgésicos añadidos durante el ensayo y tomas añadidas. Análisis estadístico. Análisis de datos con SPSS. Cálculo del tamaño muestral y tipo de muestreo. Comparación de dos medias apareadas en un solo grupo. Eso de programa GRANMO para cálculo de tamaño muestral. Limitaciones. Pérdida de pacientes durante el seguimiento: incompatibilidad horaria, condiciones ambientales desfavorables el ejercicio, uso inadecuado de podómetro, etc. Para minimizarlo, se calcula tamaño muestral asumiendo pérdida de un 15%. Considerar posible sesgo de selección al reclutar participantes de asociaciones, pudiendo estar más motivados. Para minimizar este sesgo, consideramos el diseño cruzado, donde cada uno es su propio control.

Aplicabilidad

Los resultados del estudio mostrarían la eficacia del ejercicio físico durante cuatro semanas en la clínica de dolor y calidad de vida, permitiendo ofrecer, a los paciente fibromiálgicos, una respuesta terapéutica con efectos adversos admisibles, mínimo requerimiento de instrumentación y coste, proveyendo mejoras en la salud general. Además de definir un tiempo de intervención de actividad mínimo, suficiente para producir el efecto deseado, que se mantiene tras otras cuatro semanas.

Aspectos médico-legales

Aceptado en el Comité de Ética de Investigación Clínica. Contiene hoja de información al paciente, mostrando los aspectos más relevantes, y hoja de Consentimiento Informado que podrá ser revocado en todo momento. Trato confidencial y análisis global de datos recogidos.

Palabras clave

Fibromyalgia, Exercise Training, Pain, Chronic Pain.

PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

Estudio sobre conocimientos relevantes sobre cuidados paliativos en Atención Primaria

Mejías Estévez MJ¹, Domínguez Álvarez R², Castillo Moraga MJ¹, Rubio Santiago E³

¹ Médico de Familia. AGS Norte de Cádiz. Cádiz

² Médico Internista. Área Hospitalaria Virgen Macarena. Sevilla

³ Enfermera. AGS Norte de Cádiz. Cádiz

Introducción

Para una correcta aplicabilidad de los Cuidados Paliativos en Atención Primaria, es necesario conocer qué conocimientos básicos poseen sobre los mismos los equipos de Atención Primaria. Así mismos, éstos permitirán encontrar las necesidades formativas y de atención, así como poder diferenciar si las mismas son parecidas o diferentes según lugares o profesionales.

Objetivos

Principal: conocer en población sanitaria los aspectos que definimos como claves, relacionados con los Cuidados Paliativos.

Específicos: 1) Experiencia previa del encuestado con las pérdidas de seres queridos, con la enfermedad terminal y con los Cuidados Paliativos (CP). 2) Valoración de la atención domiciliaria. 3) Preferencias de contacto con los profesionales Sanitarios en general y en Cuidados Paliativos. 4) Posicionamiento sobre el conocimiento de diagnóstico y pronóstico en la enfermedad terminal. 5) Cualidades preferidas tanto en los profesionales de Cuidados Paliativos como en los recursos de Cuidados Paliativos. 6) Preocupaciones más destacadas en una enfermedad terminal. 7) Estratificación de necesidad de todos los profesionales Sanitarios de Cuidados Paliativos.

Diseño

Se trata de un estudio observacional descriptivo.

Emplazamiento

Atención Primaria.

Material y Método

La recogida de datos se realiza según una encuesta en formato papel y electrónico. A través de una red colaborativa de investigadores relacionados con Atención Primaria y los Cuidados Paliativos, se establece la difusión de la encuesta entre población sanitaria dentro del territorio de Andalucía, con los siguientes *Criterios de inclusión:* Sujeto a partir de los 18 años de edad. Prestar el consentimiento verbal para participar en la encuesta. *Criterios de exclusión:* Rehusar la participación en la encuesta. Encuesta incompleta.

Aplicabilidad

Ayudar al conocimiento de los Cuidados Paliativos en Atención Primaria en el sistema sanitario público de Andalucía, encontrando puntos de mejora (aportación para el Plan Andaluz de Cuidados Paliativos).

Aspectos médico-legales

Este proyecto está autorizado por el Comité de ética Asistencial de la provincia de Cádiz, dado que no compromete ningún aspecto ético legal para el profesional que contesta la encuesta. Así mismo, participan el coordinador y varios miembros del Grupo de Trabajo de Cuidados Paliativos y Dolor de la SAMFyC.

Palabras clave

Cuidados Paliativos, Enfermedad Terminal, Valoración de Profesionales, Experiencia.

PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

Adecuación en el abordaje de la diabetes tipo 2 en personas de más de 80 años de una localidad

Ortiz Romero J¹, Campos Domínguez JM¹, Berteli Fuentes CM²

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

² MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Tomares. Sevilla

Introducción

Una de las patologías más frecuentes y con mayor comorbilidad de nuestro medio es la diabetes mellitus, siendo unos de los problemas clínicos de mayor importancia en la práctica clínica diaria, especialmente en paciente mayores, en los que predomina un peor control de esta patología. Con este trabajo, queremos estudiar, dentro de nuestro medio, el manejo de esta patología por parte de la atención Primaria en pacientes mayores de 80 años. Valorando el tipo de tratamiento, los objetivos conseguidos en este uso y las complicaciones y comorbilidades asociadas a estos pacientes por el uso inadecuado de los fármacos disponibles. Consideramos este proyecto de especial interés tanto desde el punto de vista de la Atención Primaria como de los estándares de calidad de la salud, ya que supone una nueva ventana de estudio en una patología con una alta prevalencia e importancia para los pacientes como para la administración, dado el alto coste sanitario que suponen las complicaciones y comorbilidades asociadas al mal control de estos pacientes, en especial, de aquellos con peor salud. Además, el estudio puede resultar de utilidad, pudiendo aportar evidencias que permitan la modificación de guías clínicas para el abordaje clínico de estos pacientes.

Objetivos

Conocer el grado de adecuación terapéutica y de cumplimiento de **Objetivos** en los pacientes DM2 con más de 80 años.

Diseño

Estudio de cohortes retrospectivas mediante auditoría de bases de datos e historias clínicas.

Emplazamiento

Atención Primaria.

Material y Método

Pacientes de ambos sexos que tuvieran el 01 de Enero de 2011 80 ó más años y el diagnóstico de DM2, y cuyo domicilio perteneciera a las Zonas Básicas de Salud (ZBS) de cuatro localidades. *Criterios de exclusión:* Pacientes en cuya historia clínica no consten datos desde cualquier momento posterior a la fecha de inclusión por cualquier causa distinta al fallecimiento, como por ejemplo cambio de domicilio a otra Comunidad Autónoma (no se podrá acceder a la historia clínica), pacientes cuyo seguimiento se realice en servicios médicos de titularidad privada o pacientes que aun permaneciendo en Andalucía cambien de provincia por lo que no se podrá consultar la historia clínica de atención especializada ni la hospitalaria. *Muestra:* Estimando una proporción de adecuación del tratamiento del 50% y aceptando un nivel de confianza del 95% y una precisión de 93% obtenemos un tamaño muestral de 145 pacientes.

Aplicabilidad

Mediante este estudio, pensamos que podemos aportar evidencia sobre el tratamiento de la diabetes en pacientes mayores de 80 años, que pudiese ser de utilidad para la adaptabilidad de guías clínicas.

Aspectos médico-legales

Como se trabajará con historias clínicas personales, solicitaremos el consentimiento informado a cada paciente para la revisión de las mismas. Aprobación del comité de bioética de nuestros hospitales de referencia CEIC HVM-HVR. Se solicitará permiso para llevar a cabo el proyecto a la Dirección del Distrito y de las ZBS correspondientes.

Palabras clave

Adecuación, Diabetes, Ancianos.

PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

Prevalencia del uso de opioides mayores en un CS urbano y su relación con los antecedentes personales, características socio-demográficas y el diagnóstico principal

Carmona González PB¹, Gil Cañete A², Hinojosa Fuentes F¹, García Sardón P³, Ramírez Sánchez D⁴, Pedregal González M⁵

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Molino de la Vega. Huelva

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

³ Médico de Familia. CS El Torrejón. Huelva. Huelva

⁴ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Molino de la Vega. Huelva

⁵ Médico de Familia. Técnico de Salud Pública. UD de MFyC Huelva Profesor asociado Universidad de Huelva. Huelva

Introducción

El dolor afecta de forma relevante a la calidad de vida de la población, con importantes consecuencias en el ámbito personal, familiar y socio-económico. El consumo de opioides mayores o potentes es un indicador adecuado de la forma en la que se trata el dolor en un país según la Organización Mundial de la Salud (OMS). En España, durante mucho tiempo, este parámetro ha mostrado valores no demasiado favorables. Sin embargo, en las últimas décadas, los datos han mejorado claramente e, incluso, han llevado a algunos autores a hablar de "epidemia de opioides".

Objetivos

Principales: Determinar la prevalencia del uso de opioides potentes en los pacientes mayores de edad adscritos a la Unidad de Gestión Clínica (UGC) Molino de la Vega; determinar la frecuencia por principio activo, dentro de los opioides mayores. *Secundarios:* Determinar la relación con la edad, ocupación, sexo y pertenencia o no a una zona necesitada de transformación social (ZNTS); determinar la relación con los antecedentes personales de hipertensión arterial, diabetes mellitus, enfermedad cardiovascular, neumológica y/o trastorno mental, frecuentación sanitaria y diagnóstico principal motivo de la prescripción; determinar la relación con la especialidad Médica prescriptora y la vía de administración; determinar si se ponen en práctica o no las adecuadas recomendaciones al inicio del tratamiento con opioides mayores recogidas en el Documento de Consenso para la atención al paciente con dolor crónico no oncológico (DCNO) en atención Primaria (AP).

Diseño y emplazamiento

Estudio observacional descriptivo o transversal. CS Molino de la Vega. Huelva.

Material y Método

Para el cálculo de la prevalencia del uso de opioides potentes en los pacientes adscritos a la UGC Molino de la Vega. Se empleará como denominador a los pacientes mayores de edad de la propia UGC (15.254 personas, listado aportado por el director del centro) y como numerador la siguiente *Muestra:* 275 pacientes adscritos a la UGC Molino de la Vega. Huelva, mayores de 18 años y que estaban consumiendo opioides mayores, independientemente de la duración o dosis de tratamiento, en diciembre de 2016; listado proporcionado por el Servicio de Farmacia del Distrito Huelva-Costa. Dentro de la muestra se realizará un análisis de subgrupos en base al principio activo, tomando la morfina como tratamiento de elección.

Aplicabilidad

Datos de prevalencia inferiores al 2%, estimado por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios deberían hacernos implementar las terapias para el adecuado control del dolor en nuestra población. Conocer el origen de la prescripción de los distintos opioides mayores, ayudará a determinar en qué nivel del estrato sanitario se pone más en práctica la medicina basada en la evidencia.

Aspectos médico-legales

Principios éticos de investigación en seres humanos de la Declaración de Helsinki (Finlandia) de Julio de 1964; confidencialidad y secreto de la información de carácter personal según la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal; autonomía del paciente siguiendo 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

Potent Analgesic Opioid, Primary Care, Prescription.

PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

Nuevos anticoagulantes CS: Davigatran

Fernández González JM¹, Sevilla Becerra R², Moreno Morales M³

¹ SCCU. Jerez de la Frontera. Cádiz

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Benito. Cádiz

³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Granja Manuel Blanco. Cádiz

Introducción

La anti-coagulación es de interés actual en nuestro medio, debido a los cambios y nuevas alternativas que se nos están planteando en estos momentos. Queremos valorar nivel de conocimientos de estos fármacos en Atención Primaria.

Objetivos

Proponemos encuestas a médico de Atención Primaria de centros de salud, con el fin de conocer si se maneja y si se tiene conocimientos de manejo del anticoagulante Davigatran en nuestra consulta.

Diseño

Realizamos un cuestionario con preguntas sobre manejo del fármaco; se pregunta sobre uso en consulta, si se ha prescrito alguna vez, y 10 preguntas sobre posibles dudas que puedan surgir durante su manejo. Se realizan 50 encuestas con error al contestar en 2 de ellas las cuales de descartan. Comparamos resultados entre médicos especialistas MFyC y no especialistas. Se analizan datos con programa estadístico SPSS.

Emplazamiento

Centro de salud Vejer.

Material y Método

Realizamos un total de 42 encuestas de las cuales 29 fueron a mujeres y 13 a hombres. El 88 % fue realizada por médico con especialidad en MFyC, donde comparado con los que no

tienen especialidad, el total de respuestas correctas fue mayor (86% en especialistas vs 71% no especialistas). Dentro de la encuesta destaca que solo un 3% de los especialistas iniciaron medicación por ninguno de los no especialistas.

Destaca entre las preguntas que solo el 55% de los especialistas conocía manejo de cambio de Davigatran a AVK por el 38% de los que no, conociendo el cambio viceversa un 67% vs 47%.

El manejo de sangrado lo conocía un 67% de especialistas respecto a un 56% de lo que no lo eran. Ante una cirugía programada, solo el 41% conocía manejo vs al 26 % de los no especialistas. Con respecto a si existe antídoto el 86% de especialistas vs a 79% de los que no, conocía. El 98% conocía dosis de manejo y si se podía asociar a antiagregantes o no.

Aplicabilidad

En nuestro cuestionario, los médicos especialistas conocían mejor el fármaco que los no especialistas. En general, se inicia medicación muy poco y consideramos que se debería ampliar conocimientos generales sobre esta medicación.

Aspectos médico-legales

Sin aspectos que destacar.

Palabras clave

Coagulación Sanguínea, Atención Primaria, Médico de Familia.

PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

Conocimientos y actitudes sexuales de un grupo de adolescentes antes y después de una intervención educativa

Ariza Toledo M¹, Guerrero Mauricio J², Hernández Sánchez-Cabezudo A², López Rey C³, Díaz Martínez L⁴

¹ Médico de Familia. CS La Banda-Padre Salado. Cádiz

² Médico de Familia en funciones de Pediatría. CS La Banda-Padre Salado. Cádiz

³ Directora. CS La Banda-Padre Salado. Cádiz

⁴ Enfermera Gestora de casos. CS La Banda-Padre Salado. Cádiz

Introducción

La juventud siente poca preocupación por la salud e informaciones negativas, creyéndose invulnerable y valorando positivamente el riesgo. Manifiesta la ilusión del control que hace que no atiende a la información recibida ni siga las recomendaciones dadas, viéndose esto favorecido por la falta de concordancia entre maduración biofisiológica y psicosocial, la búsqueda de identidad y aprendizaje de normas sociales, la influencia que ejerce el grupo de iguales, el predominio de la experimentación, el enfrentamiento a los valores y normas establecidas y la escasa previsión de futuro. Es por eso que comportamientos asociados a morbi-mortalidad en edad adulta, se inician en esta época, razón suficiente para plantearnos una serie de preguntas que pensamos precisan respuesta: ¿Qué conocen los adolescentes acerca de sexo y de las conductas de riesgo que pueden ir asociadas a él? ¿A través de quienes o qué medios obtienen frecuentemente esta información? ¿Son capaces los medios de comunicación de ejercer una influencia mucho más poderosa en los adolescentes que padres y educadores? ¿La información a través de la educación influye en los conocimientos?.

Objetivos

Conocer si una intervención educativa modifica los conocimientos y actitudes sexuales de un grupo de adolescentes.

Diseño

Estudio de intervención educativa en un CS en tres etapas. Etapa diagnóstica para identificar actitudes sexuales, conductas de riesgo y conocimientos sobre temas de salud sexual y reproductiva mediante un cuestionario basado en otros previos validados, de carácter anónimo y auto cumplimentado. Etapa de intervención con tres sesiones sobre sexualidad general, conocimientos de métodos anticonceptivos y enfermedades de transmisión sexual. Etapa de evaluación de modificación de conocimientos y actitudes, si existieran, tras mismo cuestionario.

Emplazamiento

Atención Primaria: CS.

Material y Método

Muestra: adolescentes de 16 a 19 años, que acuden al CS. Determinación de tamaño muestral mediante pilotaje previo en una submuestra de 30 adolescentes, para un alfa de 0.05 y variabilidad de 0.882 (error máximo 2%). **Las Variables:** actitudes como variable dependiente y datos sociodemográficos, obtención de información y conocimientos como variables independientes. Los datos serán sometidos a análisis estadístico descriptivo y bivalente, con aplicación de test de hipótesis para variables cualitativas "Chi cuadrado" y cuantitativas, "t de Student" y ANOVA, considerando diferencias estadísticamente significativas para un valor de $p < 0.05$. La organización del plan de trabajo y la metodología de investigación se basarán en dos criterios de racionalidad: la organización secuencial de los objetivos propuestos y las competencias específicas de los miembros del equipo investigador. Existe el riesgo de pérdida de participantes durante el periodo de intervención educativa.

Aplicabilidad

El papel del profesional sanitario es importante para el desarrollo psico-afectivo y sexual adecuado de los adolescentes y los resultados que se obtengan pueden llevar a justificar la elaboración de un documento o una guía práctica que sirva a los profesionales en su trabajo diario con adolescentes.

Aspectos médico-legales

Se pide consentimiento verbal a los participantes para utilizar los resultados, garantizándose la confidencialidad y anonimato.

Palabras clave

Attitude, Adolescent, Knowledge.

PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

Cribado CCR en Atención Primaria

De la Cerda Montes de Oca P¹, Vílchez Jaimez M², Mostazo Torres J³

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Roque. Cádiz

² Médico de Familia. CS Tarifa. Cádiz

³ Aparato Digestivo. Hospital La Línea de la Concepción. Cádiz

Introducción

El CCR tiene una gran incidencia en los países desarrollados y una elevada mortalidad. En España, su incidencia ha mantenido una tendencia creciente, especialmente en los varones y de forma más intensa hasta mediados de los noventa, básicamente por la influencia de los factores de riesgo. En España se estima que en 2014 se diagnosticaron 23.482 CCR. La supervivencia del CCR, aunque de forma discreta, ha mejorado en los últimos años. La supervivencia relativa a 5 años en pacientes diagnosticados en el período de 2000-2007 fue del 56,4% en varones y del 55,8% en mujeres. La población de riesgo medio es candidata a programas de cribado poblacionales (cáncer de mama, colorrectal y cuello de útero). Aunque la mayoría de los cánceres son de origen esporádico (las mutaciones de los genes se adquieren en algún momento en la vida de la persona), aproximadamente un 10-15% se consideran hereditarios. Una adecuada historia familiar detallada permite identificar a los individuos con predisposición hereditaria al cáncer. Estos grupos de población se podrían beneficiar de estrategias de vigilancia específica (cribados específicos de la población de alto riesgo), comenzando a una edad más temprana de la habitual, y del consejo y análisis genéticos en unidades especializadas. La historia natural del CCR se caracteriza por una larga fase preclínica de progresión desde la lesión precursora (adenoma) hasta el cáncer invasivo, lo que posibilita que sea un tumor susceptible de cribado: detección precoz del CCR y reducción de la incidencia de CCR a través de la identificación y extirpación de los adenomas. Actualmente están disponibles varias pruebas de cribado para la detección precoz del CCR.

Objetivos

Establecer cribado poblacional para el Cáncer Colorrectal en nuestros centros de salud para conseguir un descenso en la incidencia y mortalidad y aumento en la calidad de vida de los pacientes con CCR.

Diseño

Estudio poblacional.

Emplazamiento

En nuestras consultas del CS.

Material y Método

Seleccionar a toda nuestra población de nuestro cupo de entre 50-70 años sin familiares CCR. Realizar SOH x 3 cada año. En los pacientes con SOH + solicitar Colonoscopia precoz.

Aplicabilidad

Los estudios de análisis económico muestran que el cribado del CCR es coste-efectivo, independientemente de la prueba seleccionada. En nuestro entorno, la estrategia de cribado más coste-efectiva es la prueba de SOHi anual o bienal. El cribado del CCR, mediante la prueba de SOH, fue incluido en la cartera de servicios del SNS tras su aprobación en julio de 2013. En este sentido, las CCAA están implementando programas poblacionales de cribado de CCR con el objetivo de cubrir hasta el 100% de la población de 50 a 69 años de edad.

Aspectos médico-legales

No hay datos de pacientes en el trabajo.

Palabras clave

Cáncer Colorrectal, SOH, Cribado CCR.

PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

Evaluación de la terapéutica y los cuidados paliativos en el paciente pediátrico

López Ocaña FM¹, Blanco Reina E²

¹ Médico de Familia. DCCU Estepona. Málaga

² Médico Especialista en Farmacología Clínica. Profesora Facultad de Medicina. Universidad de Málaga. Málaga

Introducción

Los cuidados paliativos pediátricos (CPP) son una subespecialidad emergente de la Pediatría en constante crecimiento desde sus inicios en la década de los 90. Su objetivo principal es el proporcionar a la población infantil y adolescente con enfermedad en fase avanzada terminal y a sus familiares, una valoración y atención integral adaptada en cada momento a su situación, en cualquier nivel asistencial y a lo largo de todo su proceso evolutivo. Sin embargo existe una gran heterogeneidad en la atención dependiendo de donde se encuentre el paciente. En nuestra provincia se encuentra la Unidad de Atención Domiciliaria del Hospital Regional de Málaga desde el año 2009. La actividad investigadora en CPP es muy reducida, existiendo muchos interrogantes pendientes.

Objetivos

Generales: Describir los cuidados y perfil farmacológico empleado en los pacientes pediátricos seguidos por la UCPP del Hospital Regional. **Específicos:** Definir el perfil clínico. Analizar el lugar de fallecimiento. Medir el grado de información de los cuidadores.

Diseño

Estudio observacional de tipo transversal.

Emplazamiento

Pacientes pediátricos seguidos por la UCPP del Hospital Regional de Málaga y fallecidos desde su puesta en marcha (1990) hasta el momento actual.

Material y Método

Variables: Del paciente: Edad. Sexo. Situación funcional: mediante escala Palliative Performance Status (PPS). Clínicas: enfermedad: 1) oncológica; 2) no oncológica). Tratamientos recibidos: 1) cirugía, 2) radioterapia, 3) quimioterapia, 4) quimio y

radio. Analgesia: 1) oral, 2) transdérmica, 3) subdérmica. Tratamiento asociado a otros síntomas: 1) benzodiacepinas, 2) laxantes, 3) ansiolíticos, 4) oxigenoterapia/inhaladores, 5) diuréticos, 6) otros. Alimentación: 1) oral, 2) nasogástrica, 3) parenteral. Complicaciones presentes: Dolor. Respiratorias. Digestivas. Metabólicas. Neurológicas. Psicopatológicas. Aplicación de sedación paliativa: 1) Si, 2) No. Número de ingresos hospitalarios. Días de seguimiento en UCPP. Fallecimiento: 1) domicilio, 2) hospital. De los cuidadores **Principales:** nivel de información mediante escala validada de la UCP del Hospital Civil. **Análisis:** Variables cuantitativas: media, mediana, desviación estándar. Variables cualitativas: proporciones con intervalos de confianza al 95%. Chi-Cuadrado y T-Student para análisis bivariante. Procedimiento: Recogida retrospectiva de datos de las Historias clínicas de los pacientes.

Aplicabilidad

Comparar los **Resultados** con otros de unidades similares, y plantear trabajos futuros. Tener un mayor conocimiento de los CPP por parte del Médico de Familia. y en la atención a los familiares de estos pacientes.

Aspectos médico-legales

Se tendrán en cuenta la Ley 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal (garantizando la anonimización de la información recogida) y la Declaración de Helsinki, solicitando el dictamen del Comité Ético de Investigación (CEI) de Málaga y la clasificación del estudio por parte de la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios (AEMPS).

Palabras clave

Cuidados Paliativos Pediátricos, Paciente Pediátrico Terapéutica.

PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

¿Conocemos el exceso de dosis en pruebas radiodiagnósticas y sus repercusiones clínicas?

Delgado Pérez MP¹, Guerrero Solano AM², Pérez García MD³, Fernández Milán FJ¹, Hurtado LarAM¹

¹ Médico de Familia. UGC Alto Andarax. Almería

² Técnico Especialista Radiodiagnóstico. UGC Alto Andarax. Almería

³ Enfermera de Familia. UGC Alto Andarax. Almería

Introducción

En los últimos años ha habido un aumento paulatino del uso de pruebas radiodiagnósticas para confirmar o descartar una sospecha clínica. ¿Conocen nuestros profesionales la dosis de radiación a la que someten a sus pacientes cuando se pide una prueba radiodiagnóstica, cada vez más demandada por los propios pacientes? Si tuviéramos conocimiento de los límites de dosis de radiación permitidos anualmente (50 mSv) y la repercusión clínica y biológica, reduciríamos la exposición radiológica, evitando la repetición innecesaria de estudios, llegando al concepto ALARA, "utilizar una dosis tan baja como razonablemente sea posible". La dosis de radiación efectiva de cada procedimiento radiodiagnóstico se establece con tablas ya diseñadas.

Objetivos

Determinar la dosis de radiación anual en pacientes de una Unidad de Gestión Clínica (UGC). Características de los pacientes a los que se les ha determinado la dosis de radiación.

Diseño

Estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento

Atención Primaria.

Material y Método

Población: Pacientes de una UGC que se realizan una prueba radiodiagnóstica. **Criterios de inclusión:** Pacientes que se han hecho una prueba radiodiagnóstica durante el año 2016. **Muestra:** 1581 pacientes. **Variables:** Variables socio-demográficas: edad, sexo. Variables clínicas: Diagnósticos. Tratamientos farmacológicos. Motivo de petición, tipo y número de proyecciones de pruebas radiodiagnósticas. Realizadas en 2016 a nivel de Atención Primaria y

Atención Hospitalaria. **Análisis estadístico:** Análisis univariable: Variables cualitativas: distribución de frecuencias; Variables cuantitativas: media, mediana, desviación estándar (DE) e intervalo de confianza al 95%. Análisis bivariable: Asociación entre variables cualitativas: test de χ^2 o prueba exacta de Fisher. Variables cuantitativas: mediante t de Student y/o análisis de la varianza (ANOVA). Siempre que la muestra siga una distribución Normal, si no es así se aplicarán Test no Paramétricos. En todos los contrastes de hipótesis se rechazará la hipótesis nula con un error de tipo I o error < 0.05 . **Limitaciones:** Infraregistro en la **Historia Clínica Digital**.

Aplicabilidad

Queremos conocer los límites de dosis en pruebas radiodiagnósticas y las repercusiones de la misma para prevenir la radiación excesiva llegando al concepto ALARA "utilizar una dosis tan baja como razonablemente sea posible" para ello diseñaríamos estrategias de mejora realizando un historial dosimétrico e implantando una tarjeta individual donde se refleje dosis, fecha y prueba radiodiagnóstica recibida tanto en Atención Primaria como en Atención Hospitalaria.

Aspectos médico-legales

El tratamiento, comunicación y cesión de los datos de carácter personal se ajustará a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de Diciembre, de protección de datos. La recogida de datos se realizará a través de **Historia Clínica Digital**. Se pedirá permiso al Comité de Investigación de Distrito Almería.

Palabras clave

Radiation, Doses, ALARA (As Low As Reasonably Achievable).

PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

Propuesta de estudio diagnóstico de la situación de igualdad entre mujeres y hombres en la UD de MFyC de Sevilla

Hernández Galán JL, Bohórquez Colombo MP, Álvarez Herrero MA

UD de MFyC de Sevilla Sevilla

Introducción

La incorporación creciente de las mujeres en todos los ámbitos profesionales de la salud refleja los avances de la sociedad actual. Sí bien el número de mujeres es mayor dentro de la formación especializada en medicina familiar y comunitaria, su posición dista de ser igualitaria y muestra desequilibrios durante la trayectoria profesional. Esto nos impulsa a desarrollar un diagnóstico de igualdad en la unidad docente, que permita desarrollar un plan que compensen las desigualdades que se descubran en este estudio.

Objetivos

Objetivo general. Elaborar un diagnóstico de la UD de MFyC Sevilla (UDMFYCS) en materia de igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres, que permita la posterior aplicación del plan de igualdad en la unidad docente. *Objetivos específicos.* Iniciar y promover la desagregación por sexo de todos los datos de la unidad docente que resulten relevantes para la propuesta de acciones relacionadas con la promoción de la igualdad en la UDMFYCS. Conocer con detalle la estructura actual, por sexo, de las personas que integran la unidad docente (residentes, tutores, coordinadores, etc). Estudiar las necesidades personales y las condiciones laborales de los residentes que integran la UDMFYCS, a través de un diagnóstico específico que permita realizar propuestas de actuación que mejoren las experiencias de conciliación. Estudiar las necesidades personales y las condiciones laborales de los tutores y coordinadores que integran la UDMFYCS, a través de un diagnóstico específico que permita realizar propuestas de actuación que mejoren las experiencias de conciliación. Estudiar las necesidades personales y las condiciones laborales de la jefa de estudios, Técnico de Salud y administrativa de la UDMFYCS, a través de un diagnóstico específico que permita realizar propuestas de actuación que mejoren las

experiencias de conciliación. Elaborar una serie de recomendaciones básicas de actuación para la mejora de la situación de igualdad entre mujeres y hombres en la UDMFYCS.

Diseño

Descriptivo, transversal.

Emplazamiento

Atención Primaria.

Material y Método

Para realizar el estudio diagnóstico de la situación de mujeres y hombres en la UDMFYCS se solicitarán los datos cuantitativos relativos a la posición y participación de residentes, tutores, coordinadores, etc. De la unidad docente. Para el diagnóstico de los factores implicados en las experiencias de conciliación de mujeres y hombres en la unidad docentes, se utilizarán cuestionarios. Además se analizará la situación de las mujeres en el mercado laboral mediante cuestionario de Igualdad en las Empresas elaborado por el Instituto Andaluz de la Mujer.

Aplicabilidad

Es de vital importancia visibilizar los posibles desequilibrios entre mujeres y hombres en la UD de MFyC. Sevilla, además de reflexionar sobre las posibles causas, que permitan finalmente elaborar políticas activas, que compensen las desigualdades y prevengan su reproducción en el tiempo.

Aspectos médico-legales

Autorización Comisión Docencia UD de MFyC de Sevilla

Palabras clave

Gender, Feminism, Family Practice.

PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN TIPO PÓSTER

Rabdomiólisis relacionada con actividades deportivas en un área hospitalaria

Campos Domínguez JM¹, Islan PereAM², Luque Romero LG³, López Fernández B⁴, Jiménez Hurtado R⁵, Andrades Segura S⁶

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Tomares. Sevilla

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Castilleja de la Cuesta. Sevilla

³ Médico de Familia. Responsable de Investigación. DS Aljarafe-Sevilla Norte. Sevilla

⁴ Médico de Familia. CS Tomares. Sevilla

⁵ Médico de Familia. CS Castilleja de la Cuesta. Sevilla

⁶ Médico de Urgencias. Hospital San Juan De Dios Del Aljarafe. Bormujos (Sevilla)

Introducción

La Rabdomiólisis es un síndrome caracterizado por la destrucción del músculo esquelético, liberándose mioglobina, electrolitos y enzimas musculares al torrente circulatorio. Las manifestaciones clínicas son muy variables, pudiendo oscilar desde síntomas leves como dolor muscular hasta producir un fracaso renal agudo que puede llegar a ser fulminante. Se han descrito numerosas causas de esta patología (fármacos, alteraciones genéticas y metabólicas y ejercicio físico). Queremos estudiar en nuestra área la rabdomiólisis secundaria a ejercicio físico y los posibles factores asociados. Creemos de especial interés este trabajo, ya que puede aportarnos nuevos datos sobre los ya existentes, permitiendo un mejor diagnóstico de esta patología, que consideramos en muchos casos infradiagnosticada por la variabilidad de su expresión clínica. Asimismo comprobar qué factores puedan estar asociadas a esta entidad, con el fin de poder dar un mejor consejo sobre el ejercicio a nuestros pacientes y la comunidad.

Objetivos

Determinar la asociación entre rabdomiólisis y el tipo de ejercicio físico (especialmente el ejercicio asistido por electro estimulación y nuevas estrategias de ejercicio intensivo; spinning, crossfit, etc) en personas residentes en un área hospitalaria.

Diseño

Estudio de una serie de casos de pacientes con diagnóstico de rabdomiólisis (CIE-9: 728.88) en un área hospitalaria.

Emplazamiento

AP y urgencias hospitalarias de un área hospitalaria.

Material y Método

Estudio de una serie de casos y análisis descriptivo de los datos obtenidos. Pacientes con diagnóstico de rabdomiólisis con edades comprendidas entre 16-80 años, en el periodo desde 1 de enero de 2012 y 31 de diciembre de 2016 del área Hospitalaria. Se excluyen aquellos pacientes con rabdomiólisis secundaria a traumatismos.

Aplicabilidad

Determinar la incidencia de rabdomiólisis relacionada con la práctica de ejercicio en nuestro medio, permitirá en un futuro detectar la rabdomiólisis oculta gracias a las modificaciones de la pauta de actuación ante astenia, dolor muscular o coluria en personas que practican nuevas forma de actividad deportiva.

Aspectos médico-legales

Este proyecto será presentado al Comité de Bioética de la Investigación (CEIC) de los Hospitales Virgen Macarena-Virgen del Rocío. Los investigadores de este proyecto se comprometen a velar por el cumplimiento de la normativa y legislación vigente reguladora de la investigación con seres humanos (Declaración de Helsinki Y Guía de Buena Práctica Clínica de la ICH –CPMP/ICH/135/95-, Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal).

Palabras clave

Exertional Rhabdomyolysis, Myalgia.

CASOS CLÍNICOS TIPO ORALES

Doctora. ¡¡¡Qué mareo!!!!García González J¹, Carbajo Martín L¹, Ruiz Carbajo Francisco J²¹ Médico de Familia. AGS Sevilla Sur. Sevilla. Sevilla² Técnico Transporte Sanitario. Adea. Sevilla**Ámbito del caso**

Urgencias.

Motivo de la consulta

Mareos y palpitaciones.

Historia Clínica

Avisa por cuadro de mareos inespecífico de 12 horas de evolución y sensación de palpitaciones. No dolor torácico ni cortejo vegetativo. *Exploración y Pruebas complementarias:* aceptable estado general, consciente y orientado, signos meníngeos negativos, pupilas isocóricas reactivas, no signos de focalidad neurológica. Buen murmullo vesicular bilateral sin estertores. Corazón rítmico y taquicárdico. Abdomen normal. No edemas miembros inferiores ni signos de trombosis venosa profunda. TA: 75/40, FC 150 lpm, Saturación O₂: 97%. ECG: taquicardia QRS ancho a 150 lpm.

Enfoque individual:

Antecedentes personales: cardiopatía isquémica multivaso severa, HTA, DLP, portador de DAI, miocardiopatía dilatada, fumador.

Enfoque familiar y comunitario: Varón de 67 años jubilado que vive con su mujer y una hija. Independiente y activo en su vida social, acude frecuentemente al hogar del pensionista de su localidad y a las reuniones de la asociación de enfermos cardíacos.

Diagnóstico diferencial: Taquicardia supraventricular conducida con aberrancia. Taquicardia antidrómica de los síndromes de preexcitación. Taquicardia ventricular sostenida.

Juicio clínico: Taquicardia ventricular monomórfica sostenida en paciente con

miocardiopatía dilatada con disfunción de ventrículo izquierdo.

Tratamiento, planes de actuación: Se inicia perfusión de amiodarona 300 mg y se traslada al hospital de referencia.

Evolución: A su llegada al hospital empeora el estado general, somnoliento y síntomas de bajo gasto y se realiza cardioversión sincronizada hasta en 8 ocasiones y administración de amiodarona. Sufre PCR con disociación electromecánica, se inicia RCP avanzada recuperándose a los 5 minutos. Ingresa en UCI precisando soporte de aminas vasoactivas y en situación de tormenta arrítmica. Se realizó estudio electrofisiológico con ablación de los 2 circuitos de entrada. Tras el procedimiento se encuentra estable sin presentar nuevos eventos arrítmicos. Previo al alta se revisa y reprograma el DAI.

Conclusiones

Como punto fundamental de este caso destacaremos si tras valoración inicial deberíamos haber iniciado tratamiento con cardioversión eléctrica. No deberíamos olvidar que el tratamiento de elección de la TV mal tolerada es la cardioversión eléctrica, dejando el tratamiento farmacológico para taquicardias bien toleradas. En nuestro caso decidimos empezar con tratamiento farmacológico porque a pesar de las cifras tensionales bajas inicialmente la taquicardia no estaba mal tolerada y llevaba 12 horas de evolución, posteriormente el paciente empeoró y comenzó con signos de mala tolerancia por lo que se decidió cardioversión eléctrica.

Palabras clave

Tachycardia Ventricular, Electric Counter-shock, Defibrillators Implantable

CASOS CLÍNICOS TIPO ORALES

Tengo un bulto en la pierna

García González J, Carbajo Martín L, Chávez Sánchez JC

*Médico de Familia. AGS Sevilla Sur. Sevilla. Sevilla***Ámbito del caso**

Urgencias, oncología.

Motivo de la consulta

Dolor y bulto en miembro inferior.

Historia Clínica

Dolor en miembro inferior derecho de un mes de evolución diagnosticada de lumbociatalgia que no mejora con analgesia (metamizol, dexametasona intramuscular, tramadol). Consulta urgencias por empeoramiento del dolor en ingle derecha irradiado por cara anterior del muslo hasta rodilla y aumento de volumen de muslo derecho.

Exploración física: Aumento de volumen de muslo derecho, dolor a la palpación de región trocantérea, no signos inflamatorios. Lasegue negativo, no dolor a percusión de espinosas, no signos de TVP, no edemas en MMII. Rx fémur: calcificación psomatosa diáfisis fémur dcha., adelgazamiento de cortical y gran componente de partes blandas.

Enfoque individual: No RAM. HTA. DLP. Migraña.

Enfoque familiar y comunitario: Mujer de 52 años, ama de casa, vive con su marido y sus dos hijas de 23 y 27 años. Independiente para actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. Vida social activa, aunque actualmente limitadas por el dolor.

Se remite a consultas para continuar estudio.

Diagnóstico diferencial: Pseudotumores: hemartros, infarto óseo, displasias, quiste óseo. Tumor benigno Sarcoma con afectación de partes blandas proceso inflamatorio postraumático: miositis osificante, etc

Juicio clínico: Osteosarcoma femoral metastásico.

Tratamiento, planes de actuación: En consulta se realizan *Pruebas complementarias:* RMN fémur: múltiples áreas de calcificación de aspecto condroide asociada a una gran masa de partes blandas predominante en región glútea, hallazgos sugestivos de condrosarcoma. TAC tórax: imágenes nodulares en ambos campos pulmonares sugestivos de metástasis. Biopsia confirma diagnóstico de osteosarcoma.

Evolución: Consulta en urgencias por disnea, en la exploración destaca hipoventilación en base izquierda. Rx tórax confirma derrame pleural, drenándose 2000 cc. Se realiza angio TAC, descarta TEP pero se observa progresión de la enfermedad con aumento de lesiones pulmonares, implantes pleurales y lesión hepática. Se inicia tratamiento con adriamicina en monoterapia para control sintomático.

Conclusiones

Sólo se puede diagnosticar lo que se sospecha... Los tumores óseos son infrecuentes, heterogéneos y muy difíciles de diagnosticar y tratar. El retraso en el diagnóstico y derivación a unidad de referencia, suele acarrear consecuencias graves en el pronóstico. La paciente consulta porque lleva un tiempo con dolor de curso atípico. La base del diagnóstico de los tumores óseos es la Rx simple, por la gran sensibilidad a la hora de valorar la ventana ósea. Una vez detectada la lesión hay que determinar si es benigno, maligno o metastásico para individualizar el tratamiento.

Palabras clave

Osteosarcoma, Bone Neoplasms, Neoplasms Metástasis.

CASOS CLÍNICOS TIPO ORALES

Mi madre se cae

García González J, Carbajo Martín L, Chávez Sánchez JC

*Médico de Familia. AGS Sevilla Sur. Sevilla. Sevilla***Ámbito del caso**

Urgencias, neurología.

Motivo de la consulta

Caídas de repetición

Historia Clínica

Desde hace 3 meses vértigo con múltiples caídas hacia lado izq. hoy la última. Además presenta astenia y debilidad de musculatura cervical, episodios ocasionales de disartria, ptosis palpebral, diplopía y disfagia a sólidos.

Exploración: buen estado general, eupneica, corazón rítmico a 80 lpm, buen murmullo vesicular bilateral. Abdomen normal. Neuro: conciente, orientada, ptosis izq, no alteraciones sensitivas ni motoras. Aumento de la base de sustentación, no mantiene bipedestación sin ayuda. TA: 146/87, glucemia 202 mg/dl, Temperatura 35.6°C. ECG: RS a 80 lpm, PR normal, no alteraciones agudas de la repolarización.

Enfoque individual: No RAM, HTA, DM-2, aneurismo cerebral calcificado.

Enfoque familiar y comunitario: Paciente viuda, independiente para ABVD hasta el inicio de los síntomas, actualmente camina con ayuda debido a las frecuentes caídas que presenta, necesita ayuda para la higiene y no precisa de ayuda para comer. Vive con su hija que es ama de casa y ejerce las funciones de cuidadora principal.

Juicio clínico: Se remite la paciente a urgencias hospitalarias para valoración. Hemograma y bioquímica normal. TAC cráneo: no signos de hemorragia intra ni extra axial. Atrofia subcortical. Aneurisma calcificado. No lesiones focales parenquimatosas.

Diagnóstico diferencial: Parkinsonismo, AVC evolucionado, síndrome de Eaton-Lambert, Esclerosis múltiple, cuadro miasteniforme.

Tratamiento, planes de actuación: Valorada por neurología (parálisis del III izq, ptosis fluctuante, debilidad generalizada de musculatura cervical y discinesia lingual, fuerza que se fatiga con movimientos repetidos, rápida fatigabilidad para levantarse) se ingresa para estudio. EMG: estudio compatible enfermedad de placa neuromuscular. Anticuerpos antireceptor de acetilcolina: 32.3. Juicio clínico: miastenia gravis.

Evolución: Ante sospecha clínica de miastenia gravis, se inicia tratamiento con prednisona 60 mg/24 h con lo que la paciente presentó gran mejoría y se procedió al alta con corticoterapia.

Conclusiones

La miastenia gravis (MG) es una enfermedad neuromuscular autoinmune, sus síntomas principales son la debilidad y la fatigabilidad muscular. El médico de familia debe tener presente la MG ante cualquier síntoma cuyo origen pueda deberse a una debilidad muscular. Es importante sospechar ante un paciente con diplopía y ptosis este trastorno autoinmune, la confirmación de la sospecha se realiza con la búsqueda de anticuerpos antirreceptor de acetilcolina y la electromiografía. En nuestro caso se retrasó el diagnóstico de la enfermedad ya que a pesar de los síntomas de ptosis y diplopía la paciente no fue estudiada y solo se remitió a urgencias ante la presencia de caídas de repetición.

Palabras clave

Acetylcholine, Neuromuscular Diseases, Myasthenia Gravis.

CASOS CLÍNICOS TIPO ORALES

Aficionado al ciclismo con mucorrea de meses de evoluciónMostazo Torres J¹, Vílchez Jaimez M², Galindo Román I³¹ Digestivo. Hospital La Línea de la Concepción. Cádiz² Médico de Familia. CS Tarifa. Cádiz³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Velada. Cádiz**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

Motivo de la consulta

Varón de 49 años que acude a consulta por mucorrea de meses de evolución.

Historia Clínica

Anamnesis: paciente que acude a consulta por presentar mucorrea de meses de evolución, refiere que al principio era una pequeña mancha ocasional pero en los últimos meses presenta secreción abundante y tras las deposiciones siente como se le sale un “bultito” que tiene que reintroducir manualmente. No refiere pérdida de peso ni sangrado. En consulta se realiza tacto rectal objetivando lesión rectal lisa y abundante secreción de moco limpio sin restos de hemo. Se deriva preferente al digestivo que solicita colonoscopia preferente.

Exploración: Tacto rectal: lesión rectal lisa y abundante secreción de moco limpio sin restos de hemo.

Pruebas complementarias: Colonoscopia: a 2 cm del margen anal una lesión polipoidea, polilobulada, con base amplia, de al menos 4 cm de diámetro, de aspecto morulado y con mucosidad en su superficie. Realizan su resección completa. *Histología:* fragmentos de adenoma tubulovelloso (displasia moderada. Analítica con marcadores tumorales negativos. Colonoscopia control: revisión a los 3 meses, donde se observa la cicatriz, sin signos de recidiva ni otras anomalías en la mucosa.

Enfoque individual: Antecedentes personales: No alergias a medicamentos conocidos. No enfermedades relevantes. Intervenido de apendicitis y menisco. No Antecedentes

familiares de cáncer de colon. Primera vez que acude a consulta en años.

Enfoque familiar y comunitario: Casado con 2 hijos, profesión ganadero. Aficionado al ciclismo.

Juicio clínico. Diagnóstico: Lesión polipoidea rectal (adenoma tubulovelloso con displasia moderada).

Diagnóstico diferencial: Hemorroides internas, pólipo rectal, cáncer recto.

Identificación de problemas: La resección endoscópica de pólipos adenomatosos de colon disminuye la incidencia de cáncer colorrectal.

Tratamiento, planes de actuación: Derivar a digestivo para estudio y posterior realización de polipectomía. Continuar seguimiento endoscópico para la prevención de recidivas y prevención de CCR.

Evolución: Tras la resección del pólipo paciente completamente asintomático. Debe de seguir revisiones endoscópicas periódicas.

Conclusiones

Destacamos la importancia del tacto rectal en los pacientes con sintomatología rectal puesto que permite un diagnóstico precoz de lesiones potencialmente graves. Gracias al tacto rectal conseguimos que la lesión no progresara a más. Debemos tener en cuenta la necesidad de seguimiento y derivar regularmente a digestivo con la periodicidad indicada.

Palabras clave

Pólipos Recto, Rectorragia, Mucorrea.

CASOS CLÍNICOS TIPO ORALES

No todos los trabajos nos sientan bienVílchez Jaimez M¹, Mostazo Torres J², Galindo Román I³¹ Médico de Familia. CS Tarifa. Cádiz² Aparato Digestivo. Hospital La Línea de la Concepción. Cádiz³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Velada. Cádiz**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

Motivo de la consulta

Astenia, dolor articular y molestias inespecíficas.

Historia Clínica

Sin antecedentes de interés.

Paciente de 39 años, trabaja en panadería. Desde hace años nos consulta por astenia, desánimo continuo, dolor articular y molestias inespecíficas intestinales leves, no diarrea, ni pérdida de peso. Reumatología diagnóstico de fibromialgia tras ser todo el estudio negativo. En último control analítico realizamos estudio celiaquía: AcIga antitg 72, IgA 193. Se derivó a digestivo que realizó endoscópica con biopsias duodenales con atrofia vellosidades y proceso inflamatorio compatible con enfermedad celiaca. Tras dieta sin gluten estricta presenta mejoría escasa, al año siguiente en control analítico mantiene AcIga Antitrasglutaminasa en 43. Repetimos endoscopia, persistiendo daño histológico. Tras un mes de vacaciones en verano mejoró radicalmente y al volver tras 2-3 días en el trabajo vuelven los síntomas, se sospechó la deglución de gluten a través de vía respiratoria por lo que se recomendó cambiar de trabajo.

Enfoque individual: Dueña de panadería junto con su marido.

Enfoque familiar y comunitario: Casada con 2 hijos.

Juicio clínico: Enfermedad celiaca refractaria por la deglución de gluten vía respiratoria en el puesto de trabajo.

Si persisten los síntomas y se ha descartado una dieta incorrecta debemos de hacer *Diagnóstico diferencial:* intolerancia a otros alimentos, sobrecrecimiento bacteriano, Insuficiencia pancreática exocrina, Colitis microscópica/colágena, EII, Esprue colágeno, Giardiasis, yeyunitis ulcerativa, Enteropatía autoinmune, Linfoma intestinal.

Tratamiento, planes de actuación: Dieta total sin gluten. Tras dejar el trabajo ha recuperado ánimo, vitalidad y normalización analítica.

Evolución: Tras dejar el trabajo ha recuperado ánimo, vitalidad y en el control analítico AcIga Antitrasglutaminasa normal.

Conclusiones

La enfermedad celiaca es una enfermedad sistémica de base inmunológica desencadenada por el gluten en individuos genéticamente predispuestos y caracterizada por la presencia de una combinación variable de manifestaciones clínicas gluten dependientes, anticuerpos específicos, haplotipos HLA-DQ2 o DQ8 y enteropatía. Prevalencia estimada 1-2%. La expresión clínica de la EC es muy variable, oscilando desde formas graves con diarrea, esteatorrea y emaciación (presentación clásica) a formas oligosintomáticas o asintomáticas. Es necesaria una correcta dieta sin gluten, consiguiendo controlar en la mayoría de los casos los síntomas. En los casos en los que a pesar de realizar una correcta dieta sin gluten persistan los síntomas, debemos de realizar un diagnóstico diferencial adecuado.

Palabras clave

Gluten, Pan, Celiaquía.

CASOS CLÍNICOS TIPO ORALES

Urticaria crónica de mal control, solucionada de una forma inesperadaVílchez Jaimez M¹, Mostazo Torres J², Galindo Román I³¹ Médico de Familia. CS Tarifa. Cádiz² Aparato Digestivo. Hospital La Línea de la Concepción. Cádiz³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Velada. Cádiz**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

Motivo de la consulta

Molestias epigástricas y distensión abdominal.

Historia Clínica

Antecedentes personales: NAMC, sin hábitos tóxicos. Urticaria crónica de más de 10 años de evolución, mal control pese a estudio completo por Alergología/Dermatología.

Anamnesis: Mujer de 74 años, que acude a consulta por molestias epigástricas, distensión abdominal postprandial de semanas de evolución. Pautamos omeprazol 20 mg y domperidona. Acude al mes refiriendo mejoría parcial con reaparición de la clínica al suspender el tratamiento. Solicitamos analítica con serología H. Pylori. Tras completar el tratamiento erradicador la paciente mejoró de la clínica dispéptica y sorprendentemente presentó mejoría de la urticaria.

Exploración física: Lesiones cutáneas por rascado en espalda y MMII. Leve dolor a palpación en epigastrio.

Pruebas complementarias: AG heces H. Pylori.

Enfoque individual: Jubilada. Acude regularmente a consulta. Desarrollo

Enfoque familiar y comunitario: Viuda, con sus dos hijas, buen apoyo familiar.

Juicio clínico: Dispepsia sin signos de alarma con H. Pylori positivo, nos plantea el diagnóstico de gastritis crónica activa.

Diagnóstico diferencial: ERGE, intolerancia a lácteos, intolerancia a gluten, trastorno funcional digestivo.

Identificación de problemas: La urticaria crónica idiopática es una de las enfermedades cutáneas más frecuentes, sin embargo continúa siendo de causa desconocida en la mayoría de los casos. Cada vez existe una mayor evidencia de los efectos sistémicos de la infección gástrica por H. pylori, que puede producir alteraciones extra gastrointestinales. Por ello en los pacientes afectados con urticaria crónica de difícil control con los tratamientos habituales se debe estudiar la relación de esta con otras patologías simultáneas.

Tratamiento, planes de actuación: Tratamiento erradicador: Omeprazol-Claritromicina Amoxicilina/12h por 10 días. Posterior comprobación de la erradicación con AG heces.

Evolución: Actualmente asintomática sin nuevos brotes de urticaria ni clínica digestiva en los últimos 5 meses.

Conclusiones

En atención Primaria tenemos la oportunidad de seguir a los pacientes y evidenciar la respuesta que causan nuestras intervenciones. Debemos tener en cuenta que no siempre el tratamiento sintomático a largo plazo es la mejor opción y que hay diversas patologías que a priori podemos pensar que no están relacionadas con los síntomas, y que resultan ser la causa principal de los mismos. De esta manera, tratando definitivamente la causa podremos evitar al paciente un tratamiento crónico y con mal control sintomático.

Palabras clave

Urticaria, Helicobacter Pylori.

CASOS CLÍNICOS TIPO ORALES

Doctor y esta tos quien me la quitaVílchez Jaimez M¹, Mostazo Torres J², Galindo Román I³¹ Médico de Familia. CS Tarifa. Cádiz² Aparato Digestivo. Hospital La Línea de la Concepción. Cádiz³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Velada. Cádiz**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

Motivo de la consulta

Tos de larga evolución.

Historia Clínica

Hombre de 58 años. Desde hace meses presenta tos seca, no productiva, no fiebre, ni síndrome constitucional. Ha ganado unos 10kg en los últimos meses, refiere digestiones pesadas, distensión abdominal postprandial. No reflujo. Inicialmente sustituimos enalapril 10 mg, por losartan, sin mejoría tras varias semanas. Exploración faríngea sin alteraciones. Iniciamos tratamiento con cloperastina hidrocloreuro, varios días sin mejoría, posteriormente codeína sin ningún cambio. Fue valorado por ORL. Fibrocopia: ligera faringitis. Inicio Carbocisteína/Prometazina hidrocloreuro. Derivó a alergias que tras estudio descarto origen alérgico. El paciente nos consulta y nos dice, doctor y esta tos quien me la quita. Dado el antecedente de aumento de peso, reciente, iniciamos dieta estricta, y omeprazol 20 mg/12h. Tras 4 semanas pérdida de unos 6kg, refiere mejoría de la clínica dispéptica y la tos es muy ocasional. Tras 3 meses la tos ha desaparecido manteniendo los cuidados higiénicos dietéticos.

Enfoque individual: Jubilado tras IAM hace 1 año con revascularización de la descendente anterior. HTA con tratamiento con enalapril 10. Plavix 75mg, sobrepeso/obesidad.

Enfoque familiar y comunitario: Casado. Tiene un hijo, acude regularmente a consulta. Buen

apoyo familiar. Era informático. Hacia deporte pero desde hace unos años vida sedentaria ganando peso en los últimos años sobre todo tras la jubilación.

Juicio clínico: Tos crónica secundaria a reflujo gastroesofágico.

Tratamiento, planes de actuación: Omeprazol 20 mg 1 comp cada 12 horas. Dieta equilibrada, hipocalórica.

Evolución: Tras más de tres meses de tratamiento el paciente se encuentra asintomático. Redujimos tratamiento a omeprazol 20 mg/24h. Mantuvimos dieta y cuidados higiénicos dietéticos y tras 6 meses suspendimos tratamiento. Actualmente se mantiene asintomático.

Conclusiones

La tos es un reflejo provocado por estimulación de los nervios sensitivos de las paredes de la vía respiratoria, que provoca una espiración explosiva que facilita la limpieza del árbol bronquial de secreciones y cuerpos extraños. Las manifestaciones clínicas atípicas o extraesofágicas del ERGE incluyen síntomas otorrinolaringológicos, neumológicos y de la cavidad oral. Dentro de estos, los síndromes extraesofágicos por reflujo establecidos son la laringitis, la tos, el asma y la erosión dental. Otros propuestos: la faringitis, sinusitis, otitis media recurrente y fibrosis pulmonar idiopática.

Palabras clave

Tos, Reflujo Gástrico, Esofagitis.

CASOS CLÍNICOS TIPO ORALES

Melenas intermitentes asociado a anemia ferropénica extrema muy bien toleradaVílchez Jaimez M¹, Mostazo Torres J², Galindo Román I³¹ Médico de Familia. CS Tarifa. Cádiz² Aparato Digestivo. Hospital La Línea de la Concepción. Cádiz³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Velada. Cádiz**Ámbito del caso**

Mixto.

Motivo de la consulta

Síndrome anémico.

Historia Clínica

Varón 36 años. Residente en Tánger. Desde hace 2 años se traslada a Algeciras para trabajar. Sin otros antecedentes de interés. Acude a consulta por que desde hace meses presenta deposiciones negras de forma intermitente al menos 2 días a la semana. A nivel de los pómulos y lengua se observan telangiectasias, el paciente refiere no tomar alcohol, las manchas las tiene desde hace años. Solicitamos analítica donde se objetiva 2.9 HB, antes de tener resto de resultados se avisa al paciente para ir a urgencias, para transfusión.

Tras transfusión se contacta con digestivo para realización de endoscopia precoz. *Gastroscoopia:* se evidencian 3 pequeñas angiodisplasias en bulbo, y múltiples en segunda e inicio de tercera porción, fulgurando las de mayor tamaño. *Colonoscopia:* 2 pequeñas angiodisplasias en ciego que son fulguradas. Sigue con 4.9 HB pese a 3 concentrados de hematíes y persisten las melenas.

Realizan capsula endoscópica: se observa múltiples angiodisplasias desde duodeno hasta yeyuno algunas de ellas en tercera porción duodenal presentan sangrado activo. *Enteroscopia:* confirmando datos de capsula, se procede a fulgurar todas las lesiones encontradas.

Enfoque individual: Trabajador como operario en fábrica.

Enfoque familiar y comunitario: No tiene pareja, vive con un compañero de trabajo compartiendo piso, es la primera vez que viene a consulta.

Juicio clínico: Hemorragia digestiva crónica, persistente y severa secundaria a Síndrome de Rendu-Osler-Weber con altísimo requerimiento transfusional.

Tratamiento, planes de actuación: Fulguración de angiodisplasia vía endoscópica. Sigue con Fe oral y hemogramas periódicos. Necesidad de transfusión cada mes o 2 meses.

Evolución: Tras la fulguración de las lesiones el paciente mantiene cifras de 7.5 mg/dl muy bien toleradas, con vida normal. Seguimiento por hematología para control ferropenia y transfusiones si necesidad de transfusión cada menos de 30 días se repetirá de nuevo enteroscopia.

Conclusiones

La enfermedad de Rendu-Osler-Weber es una enfermedad sistémica poco común, que se caracteriza por sangrados recurrentes debidas a alteraciones arteriovenosas. En caso de que la actuación local sobre estas no sea posible el paciente tiene que depender de transfusiones periódicas o iniciar farmacoterapia empírica.

Palabras clave

Síndrome Rendu-Osler-Weber, Telangiectasias, Melenas.

CASOS CLÍNICOS TIPO ORALES

Plenitud precoz como debut de tumor del estroma gastrointestinalVílchez Jaimez M¹, Mostazo Torres J², Galindo Román I³¹ Médico de Familia. CS Tarifa. Cádiz² Aparato Digestivo. Hospital La Línea de la Concepción. Cádiz³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Velada. Cádiz**Ámbito del caso**

Mixto.

Motivo de la consulta

Distensión abdominal y plenitud precoz.

Historia Clínica

Acude a consulta por hiporexia, sensación de plenitud postprandial, iniciamos tratamiento con procinéticos. Al mes acude de nuevo por que refiere dolor abdominal persistente, plenitud precoz y sensación de masa epimesogástrica. Analítica destaca 7 HB.

Exploración: masa epimesogástrica regular y fija. Se deriva a urgencias para ingreso y completar estudio. TAC: lesión tumoral de aspecto solido que contacta íntimamente con pared gástrica en su curvatura menor de 20x13 cm, presenta una pared lisa y un interior irregular con burbujas de aire. *Gastroscofia:* se revisa detenidamente la cavidad gástrica sin observar datos de infiltración, se observa compresión extrínseca extensa en curvatura menor deformando antro, se progresa hacia bulbo donde en curvatura menor se observa orificio de bordes regulares de unos 3 cm aproximadamente donde se accede a una gran cavidad de al menos 15 cm, en su interior se observa tejido muy irregular mamelonado, con tejido necrótico, fibrina y muy friable. Se biopsia y la parte superficial se desprende pero al profundizar al menos 2 cm se consigue material de mayor consistencia. *Histología:* abundante tejido necrótico. Tejido valorable con estudio inmunohistoquímico presenta expresión de CD117. Se programó resección quirúrgica y reparación de la pared duodenal.

Enfoque individual: Mujer jubilada de 73 años. Dislipemia. DM2. Cirugía previa colecistectomía. Tratamiento: metformina, simvastatina.

Enfoque familiar y comunitario: Casada con 3 hijos casados. Acude a revisiones regularmente.

Buen apoyo familiar. Hija ama de casa le ayuda y le acompaña a consultas.

Juicio clínico: GIST (tumor del estroma gastrointestinal) cavitado hacia duodeno que ocasiona sangrado intermitente.

Diagnóstico diferencial: Dispepsia. Tumores digestivos.

La distensión abdominal, hiporexia y sensación de plenitud precoz pueden ser síntomas dispépticos pero ante la persistencia de signos de alarma debemos derivar de forma precoz para completar estudio.

Tratamiento, planes de actuación: Tratamiento quirúrgico y posterior seguimiento por Oncología.

Evolución: Tras la resección quirúrgica la paciente se recupera progresivamente y es dada de alta con buena tolerancia a dieta. Mejoran los síntomas iniciales. En Oncología inician tratamiento con Imatinib. A los 6 meses en TAC no restos de tumor.

Conclusiones

Los GISTs se caracterizan por la expresión en el 100% de la proteína CD117 a la inmunohistoquímica. Se pueden localizar en cualquier porción del tracto digestivo, omento o mesenterio, sin embargo, la mayoría se localizan en el estómago y generalmente presentan comportamiento benigno. Los médicos de familia tenemos la oportunidad de valorar a los pacientes, explorarlos y en caso de detectar algún signo de alarma derivar al paciente para estudio complementario, como en nuestro caso.

Palabras clave

Gastrointestinal Stromal Tumors, Intestine Bleeding, Abdominal Pain.

CASOS CLÍNICOS TIPO ORALES

No todo es lo que parece

Gragera Hidalgo M¹, Pardos LafargAM², González Márquez E³

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Olivillo. Cádiz

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Laguna. Cádiz

³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Loreto-Puntales. Cádiz

Ámbito del caso

Atención Primaria (AP) y Hospitalaria (Urgencias).

Motivo de la consulta

Dolor en miembro superior izquierdo (MSI) de instauración brusca.

Historia Clínica

Mujer de 26 años que acude a urgencias de Traumatología por dolor en MSI de días de evolución sin aparente relación con esfuerzos ni traumatismos previos, que se intensifica con la elevación del mismo. Inicialmente se diagnostica de dolor osteomuscular de características mecánicas pautándose tratamiento analgésico domiciliario. Consulta de nuevo en AP por persistencia del cuadro. A la exploración se aprecia relleno capilar enlentecido, discreta frialdad y pulsos débiles distales en MSI derivándose a Urgencias Hospitalarias para completar estudio y valoración Vascular. Tras la realización de Ecografía Doppler con registros preoclusivos y ante la sospecha de isquemia subaguda de MSI compensada se inicia tratamiento anticoagulante y se cita en *consultas externas* (CCEE) de cirugía vascular para revisión.

Enfoque individual. Antecedentes personales: alergia a penicilinas; intolerancia a AINES; exfumadora; cefalea migrañosa; Epilepsia; discopatía D7D9. Tratamiento habitual: levetiracetam 500 mg/12h, lacosamida 150 mg/12h, tardyferon 80 mg/24h, ranitidina 150 mg/24h, sumatriptán 50 mg/24h. Anticonceptivos orales hasta hace 3 meses. Exploración MSI: mano con contracción antiálgica, dolor a la movilidad de los dedos, articulación del codo y hombro. Relleno capilar

enlentecido y con temperatura menor que en mano contralateral. Parestesias distales, de predominio en 2^o-4^o dedos. Pulsos débiles a nivel distal de MSI. *Ecografía Doppler:* eje arterial permeable, sin signos de trombosis ni estenosis, con registros preoclusivos a nivel de arterias radial y cubital de MSI.

Enfoque familiar y comunitario: Madre: colecistectomizada. Padre: HTA, DM, fumador 15 cigarros/día.

Juicio clínico: isquemia subaguda MSI.

Diagnóstico diferencial: plexopatía braquial, hernias discales, bursitis, tendinitis.

Tratamiento, planes de actuación: Iniciación de anticoagulación con Heparina de Bajo Peso Molecular (HBPM) 60 mg/12h hasta revisión en CCEE de cirugía vascular. Posteriormente, antiagregación con AAS 100 mg/24h de forma indefinida.

Evolución: Buena evolución. Pendiente de estudio etiológico por medicina interna.

Conclusiones

El de vital importancia una buena anamnesis y exploración física del paciente para un adecuado y precoz diagnóstico de la patología por la que consulta, algo que aún cobra más trascendencia en AP debido a que no se dispone en consulta de otras pruebas complementarias que ayuden a confirmar la sospecha diagnóstica.

Palabras clave

Isquemia Subaguda, Anticoagulación.

CASOS CLÍNICOS TIPO ORALES

Epigastralgia intensa tras legrado uterino. Complicación infrecuenteVílchez Jaimez M¹, Mostazo Torres J², Galindo Román I³¹ Médico de Familia. CS Tarifa. Cádiz² Aparato Digestivo. Hospital La Línea de la Concepción. Cádiz³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Velada. Cádiz**Ámbito del caso**

Mixtas.

Motivo de la consulta

Epigastralgia.

Historia Clínica

Mujer 52 años. Hernia de hiato, mioma uterino. Intervención quirúrgica: hemorroidectomía. No tratamientos previos ni hábitos tóxicos. Acude al ambulatorio de urgencias por dolor abdominal intenso de unas 2 horas de evolución, refiere sudoración, mal estar general, y vómitos biliosos. Esa mañana se realizó legrado por menometrorragia recidivante. *Ecotransvaginal*: útero en AVF, cavidad uterina dilatada con restos hemáticos, diámetro endometrial 52mm. A las 3 horas fue dada de alta con aceptable estado general. A las 3-4 horas de ser dada de alta comienza con los síntomas.

Exploración: dolor abdominal con defensa voluntaria. Hipotensión. Iniciamos perfusión analgesia y sueroterapia. *Analítica*: HB 11, 3, 14500 leucocitos (79%N), 170.000 plaquetas, Creatinina 1.4, iones normales. Amilasa pancreática 698 y amilasuria 3570. PCR 57. *TAC abdomen*: páncreas difusamente engrosado con infiltración difusa de la grasa peripancreática y discreta cantidad de líquido peri pancreático, rodeando el estómago, vesícula y lóbulo hepático izquierdo; hallazgos compatibles con pancreatitis aguda (PA) edematosa. Se completó estudio general de PA, descartando causas frecuentes y menos frecuentes. RMN: vesícula distendida con paredes regulares, alitiásica. Vía biliar no dilatada de aspecto normal. Páncreas aumentado de tamaño sugerente PA edematosa.

Enfoque individual: Administrativa.*Enfoque familiar y comunitario*: Casada, 2 hijas.*Juicio clínico*: Pancreatitis aguda como complicación tras legrado uterino.*Diagnóstico diferencial*: adecuado para dolor abdominal agudo. El diagnóstico es una complicación rara de un legrado.*Tratamiento, planes de actuación*: Hidratación y analgesia. Seguir mismo tratamiento y evolución que una pancreatitis normal.*Evolución*: Tras una semana ingresada en planta la paciente es dada de alta con tolerancia a dieta y sin dolor.**Conclusiones**

El legrado es una técnica sencilla que consiste en el raspado o curetaje de las paredes interiores del útero, con el fin de extraer el endometrio. Tiene múltiples indicaciones como es el caso que nos ocupa, en menstruaciones irregulares. Las complicaciones tras la realización de un legrado son raras y en su mayoría son todas a nivel del útero, sangrado, punción, adherencias por cicatriz, etc. las complicaciones a nivel sistémico son muy infrecuentes. La etiología de la pancreatitis aguda es muy extensa pero su desarrollo como complicación de un procedimiento habitual como un legrado es infrecuente, aunque su manejo inicial no difiere de las otras posibles causas de pancreatitis aguda.

Palabras clave

Legrado, Pancreatitis Aguda.

CASOS CLÍNICOS TIPO ORALES

Doctora, mi hija tiene varicela, y yo no puedo tragar...Vilches Jaimez M¹, Mostazo Torres J², Galindo Román I³¹ Médico de Familia. CS Tarifa. Cádiz² Aparato Digestivo. Hospital La Línea de la Concepción. Cádiz³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Velada. Cádiz**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

Motivo de la consulta

Disfagia.

Historia Clínica

Paciente de 35 años, sin antecedentes de interés, no hábitos tóxicos, padre de dos hijas sanas, que acude a urgencias por odinofagia intensa, epigastralgia, fiebre de 38° con gran afectación del estado general de unas 48 horas de evolución. Presenta vesículas en cara, tronco y MMII, asociándolo a que su hija menor de 5 años ha pasado en los últimos días la varicela, las lesiones dérmicas sugieren varicela. Derivamos a urgencias para valoración, puesto que el paciente presentaba disfagia prácticamente total. Gastroscopia observando en tercio medio esofágico y sobre todo en tercio distal múltiples placas blanquecinas ovaladas, algunas fibrinadas o con puntos de hematina que se biopsias para cultivo y AP. Se realizó analítica con serología VIH siendo negativa. IgG-CMV positiva (IgM negativa) e IgG e IgM frente al VVZ positivas. El factor reumatoide fue negativo, y las inmunoglobulinas y el complemento normales. AP y cultivo reportó hallazgos conclusivos de esofagitis herpética sin evidencia de hallazgos micóticos. El paciente fue ingresado por la afectación general, se inició tratamiento con Aciclovir IV siendo dado de alta a los 3 días, sin dolor con buena tolerancia a dieta.

Enfoque individual: Electricista.*Enfoque familiar y comunitario:* Casado con 2 hijas.*Juicio clínico:* Esofagitis secundaria a Varicela.*Tratamiento, planes de actuación:* Tratamiento con Aciclovir IV durante 3 días.*Evolución:* Tras 3 días de ingreso y tratamiento fue dado de alta con tolerancia a líquidos.**Conclusiones**

Entre las complicaciones se han descrito la sobreinfección bacteriana de las lesiones cutáneas, fascitis necrosante, ataxia cerebelosa, meningoencefalitis, síndrome de Ramsay-Hunt, vasculitis cerebral, neuropatía motora visceral, síndrome de Reye, síndrome de Guillain-Barré, neuralgia postherpética, neumonía, hepatitis, miocarditis, nefritis, artritis, miositis, uveítis, orquitis, secreción inadecuada de hormona antidiurética (ADH), coagulopatía o púrpura trombocitopénica idiopática, entre otras. Pero la afectación esofágica es excepcional sobre todo en pacientes inmunocompetentes. Aunque el diagnóstico final es muy infrecuente en el caso de tener familia con varicela y comenzar con disfagia/afagia intensa puede podría estar indicado el inicio con aciclovir al menos vía oral.

Palabras clave

Esofagitis Infecciosa, Disfagia, Varicela.

CASOS CLÍNICOS TIPO ORALES

Analítica de rutina con sorpresa: colestasis disociadaVilches Jaimez M¹, Mostazo Torres J², Galindo Román I³¹ Médico de Familia. CS Tarifa. Cádiz² Aparato Digestivo. Hospital La Línea de la Concepción. Cádiz³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Velada. Cádiz**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

Motivo de la consulta

Analítica de rutina.

Historia Clínica

Varón de 42 años sin antecedentes personales de interés. Acude para control analítico rutinario anual. *Analítica*: destaca GGT 330 y FA 218. El paciente esta asintomático. No fiebre. No viajes al extranjero. Se solicitó ecografía: LOEs en hígado y bazo. Se derivó preferente para completar estudio a medicina interna. TAC toraco-abdominal sin evidencia de adenopatías ni mediastínicas ni abdominales. Sobre el bazo y el hígado se describen múltiples lesiones hipodensas de pequeño tamaño sugestivas de metástasis. Mismos resultados en RMN abdominal. Se realiza analítica completa con autoinmunidad negativa (ANA y AMAs) y serología negativa para VHB-VHC-VIH-Brucella-Rickettsia-Coxiella burnetii-Treponema pallidum. Biopsia hepática de las lesiones descritas con los hallazgos de granulomas que no muestra necrosis caseosa, Ziehl Neelsen, PCR y cultivo para TBC negativos. Resultando finalmente granulomas compatibles con sarcoidosis.

Enfoque individual: Paciente deportista. Bombero.

Enfoque familiar y comunitario: Soltero. Acude a revisión anual para analítica.

Juicio clínico: Sarcoidosis hepatoesplénica.

Tratamiento, planes de actuación: No precisa por el momento. Seguirá seguimiento en consultas de medicina interna anualmente.

Evolución: Paciente mantiene fluctuaciones en la analítica y se mantiene asintomático.

Conclusiones

Las alteraciones del perfil analítico hepático constituyen una situación muy frecuente tanto en el ámbito hospitalario como en las consultas de atención Primaria, siendo en este último caso un hallazgo casual en un paciente asintomático o que consulta por otra sintomatología. En más del 20% de los casos en un control a los dos meses las alteraciones se han corregido. En caso de persistir debemos de realizar estudio analítico completo y una ecografía abdominal. La sarcoidosis es una entidad rara, se trata de una enfermedad crónica multisistémica de etiología desconocida, y tiene como característica el acúmulo de células inflamatorias con formación de granulomas epiteloideos no caseificantes. El pulmón es el órgano más afectado en torno al 90%. La afectación hepática aislada es algo infrecuente como pasa en nuestro caso. Para el diagnóstico de certeza necesitamos una biopsia que muestre los granulomas. Con el caso queremos mostrar como una enfermedad rara puede presentarse de forma asintomática mediante una colestasis disociada, y la importancia de completar el estudio en los casos que se nos presenten en consulta a pesar de estar asintomáticos.

Palabras clave

Sarcoidosis, Colestasis Disociada.

CASOS CLÍNICOS TIPO ORALES

Complicación infrecuente de una diabetes muy mal controladaVilches Jaimez M¹, Mostazo Torres J², Galindo Román I³¹ Médico de Familia. CS Tarifa. Cádiz² Aparato Digestivo. Hospital La Línea de la Concepción. Cádiz³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Velada. Cádiz**Ámbito del caso**

Urgencias hospitalarias.

Motivo de la consulta

Disminución nivel de conciencia.

Historia Clínica

Paciente de 58 años con antecedentes de HTA, DM insulina dependiente desde hace 10 años. Sin otros antecedentes. Es recogido de la calle en estado comatoso, según familiar refiere dolor abdominal desde hace 3 días, mareos, sin otros síntomas a destacar. Ingresa en observación con mala situación general, hipotensión severa 60/40, objetivando en analítica cetoacidosis diabética con glucemias superior a 700, creatinina 4.95, NA 118, pH 7,08. El paciente pasa a UCI donde se coloca SNG, observándose restos en posos de café, tras 2-3 días se estabiliza la hemodinámica, pero persiste en coma. Se objetivan melenas, y persistencia de posos de café en SNG. Gastroscoopia se observa desde esfínter esofágico superior mucosa negra hasta esfínter esofágico inferior, respetando estómago y duodeno. No se toman biopsias por el riesgo de perforación.

Enfoque individual: Paciente de origen inglés. Jubilado.

Enfoque familiar y comunitario: Vive en España solo desde hace meses, nunca ha acudido a un CS.

Juicio clínico: Isquemia esofágica aguda.

Tratamiento, planes de actuación: El tratamiento consiste en la dieta absoluta y

nutrición parenteral hasta la resolución del cuadro. La antibioticoterapia de amplio espectro y los inhibidores de la bomba de protones constituyen sus otros dos pilares terapéuticos. Además de estas medidas, se requiere un tratamiento dirigido al resto de patologías acompañantes.

Evolución: Tras varios días en la UCI, el paciente paso a planta donde progresivamente comenzó a tolerar dieta.

Conclusiones

El esófago negro suele ocurrir sobre patologías concomitantes como la diabetes (nuestro caso), enfermedad neoplásica, la desnutrición calórico-proteica, la hipertensión arterial, el alcoholismo y la enfermedad coronaria entre otras. Es característica de este síndrome la interrupción de las lesiones al llegar al cardias. La exploración endoscópica expuesta en el caso evidencia una mucosa gástrica totalmente libre de lesiones. La expresión clínica suele ser en forma de melenas o vómito en poso de café. Es recomendable la realización de una TC, para descartar la perforación esofágica y las fístulas aortoesofágicas en pacientes con aneurismas. La mortalidad, cifrada en el 35%, viene condicionada sobre todo por las enfermedades subyacentes. El 25% de los casos que sobreviven presentan complicaciones, como la estenosis esofágica, que precisa de dilataciones endoscópicas.

Palabras clave

Esófago Negro, Esofagitis, Isquemia Esofágica.

CASOS CLÍNICOS TIPO ORALES

Hematuria intermitente de origen infrecuenteVilches Jaimez M¹, Mostazo Torres J², Galindo Román I³¹ Médico de Familia. CS Tarifa. Cádiz² Aparato Digestivo. Hospital La Línea de la Concepción. Cádiz³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Velada. Cádiz**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

Motivo de la consulta

Hematuria.

Historia Clínica

Paciente de 37 años, dos hijos, sin antecedentes, que refiere desde hace más de 5 años, distensión abdominal y vómitos postprandiales prácticamente a diario, en los últimos años ha pasado de pesar unos 65kg a 42kg que pesa actualmente. Desde hace unos meses presenta hematuria intermitente, estudiada por urología con ecografía y urografía completamente normal. En ecografía se observa cámara gástrica distendida. Solicitan: tránsito intestinal: dilatación duodenal con estenosis a nivel de la tercera porción y en angio TAC se observa disminución del espacio entre las arterias aorta y mesentérica superior con un ángulo de salida de menos de 20°, datos muy sugestivos de síndrome de la arteria mesentérica superior (SAMS), asociando dilatación de vena renal izquierda causante probablemente de la hematuria (síndrome de cascanueces).

Exploración física: caquexia, distensión abdominal piso superior. Tratamiento sintomático con nutrición enteral progresivo con la intención de aumentar peso y aumentar almohadilla grasa que aumentara el ángulo aortomesentérico sin resultado. Cirugía general realizó gastroyeyunostomía.

Enfoque individual: Mujer en paro.

Enfoque familiar y comunitario: Casada con 2 hijos.

Juicio clínico: Síndrome de la arteria mesentérica superior asociando estenosis de la vena renal izquierda.

Tratamiento, planes de actuación: El tratamiento es generalmente conservador, centrándose en recuperar el estado nutricional. En los casos agudos suelen mejorar con tratamiento conservador, sin embargo aquellos con cuadros crónicos suelen requerir intervención quirúrgica: gastroyeyunostomía. No debemos olvidar la posibilidad de que coexista un trastorno del comportamiento alimentario, situación que complica mucho el adecuado manejo de los pacientes.

Evolución: Tras cirugía presento mejoría de los síntomas y recuperación de peso y desaparición de la hematuria.

Conclusiones

Síndrome SAMS es una causa poco frecuente de obstrucción intestinal alta, suele ocurrir en pacientes con importante pérdida de peso. En casos extremos puede producir estenosis de la vena renal izquierda causando hematuria. En aquellos pacientes que han perdido peso reciente, con síntomas persistentes, dolor abdominal, distensión, vómitos postprandiales con estudio completo sin alteraciones debemos sospechar la posibilidad de este síndrome, y realizar angio TAC, visualizando adecuadamente la salida de grandes vasos y si repercute sobre la tercera porción duodenal y/o de la vena renal.

Palabras clave

Síndrome Cascanueces, Estenosis Vena Renal Izquierda, SAMS.

CASOS CLÍNICOS TIPO ORALES

Dolor abdominal agudo de etiología infrecuente. Difícil diagnósticoVilches Jaimez M¹, Mostazo Torres J², Galindo Román I³¹ Médico de Familia. CS Tarifa. Cádiz² Aparato Digestivo. Hospital La Línea de la Concepción. Cádiz³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Velada. Cádiz**Ámbito del caso**

Urgencias hospitalarias.

Motivo de la consulta

Dolor abdominal agudo.

Historia Clínica

Varón de 32 años, sin alergias conocidas, sin intervenciones previas, y sin patologías prevalentes, que acude a urgencias por dolor abdominal continuo, de unas 48-72h de evolución, localizado a nivel de flanco derecho, sin modificación con las comidas, ni alteración del hábito intestinal. Afebril. Exploración dolor intenso a nivel de flanco derecho sin signos de irritación. *Analítica*: 14.9 HB, 13100 leucocitos (73%N), TP100%, creat 1.12, PCR 124. *Ecografía*: alteración de la grasa adyacente al colon ascendente. En TAC: en el espacio parietocólico derecho, a nivel unión entre colon ascendente y ángulo hepático del colon, se observa un aumento de la atenuación del tejido graso adyacente que forma una imagen ovoidea con halo hiperdenso, en relación con proceso inflamatorio local en relación probablemente a apendagitis. Resto de colon sin alteraciones. Apéndice sin signos inflamatorios.

Enfoque individual: Opositor.*Enfoque familiar y comunitario*: Vive con sus padres.*Juicio clínico*: Apendangitis epiploica.*Tratamiento, planes de actuación*: Analgésico y antibiótico IV.*Evolución*: A los dos días con tratamiento conservador se fue de alta sin dolor. Revisado a los 15 días manteniéndose asintomático.**Conclusiones**

Los apéndices epiploicos son estructuras adiposas de 2-5 cm de grosor, que protuyen de la serosa del colon, en relación con las tenías colónicas. No visualizados en condiciones normales, se hacen evidentes cuando sufren algún proceso patológico o la cavidad peritoneal está ocupada líquido. El origen es un proceso inflamatorio de origen vascular secundario a torsión o trombosis de la vena de drenaje. Obesidad, sobrepeso, que aumentan su tamaño, la actividad física intensa que aumenta su movilidad y las comidas copiosas que determinan ectasia venosa esplácnica y trombosis. Se trata de un proceso benigno, poco frecuente que puede ocurrir a cualquier edad incluso en niños, pero es más común en adultos jóvenes. Sin embargo, el aumento de la utilización de técnicas de imagen en el estudio del dolor abdominal agudo, lo ha convertido en un hallazgo cada vez más frecuente. El tratamiento es conservador a base de reposo, analgesia y dieta ligera no siendo necesaria la utilización de antibióticos, ni el tratamiento quirúrgico.

Palabras clave

Apendangitis, Abdomen Agudo, Epiplón.

CASOS CLÍNICOS TIPO ORALES

Desnutrición proteica en paciente con diarrea crónicaVilches Jaimez M¹, Mostazo Torres J², Galindo Román I³¹ Médico de Familia. CS Tarifa. Cádiz² Aparato Digestivo. Hospital La Línea de la Concepción. Cádiz³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Velada. Cádiz**Ámbito del caso**

Mixto.

Motivo de la consulta

Diarrea crónica y pérdida de peso.

Historia Clínica

Mujer de 46 años con antecedentes de neoplasia ginecológica intervenida y tratada con radioterapia hace aproximadamente 20 años. Posteriormente uropatía obstructiva unilateral izquierda por fibrosis retroperitoneal que requirió cirugía. Actualmente presenta cuadro de diarrea crónica asociada a episodios de dolor abdominal motivo por el que es derivada a digestivo.

Destaca a la exploración física delgadez, analíticamente anemia microcítica, sideremia 24, albúmina 2. 97. Tránsito intestinal: asa central de intestino delgado con morfología lobulada que se encuentra discretamente distendida y centralizada. TAC *abdomen*: dilatación segmentaria de asas de intestino delgado. *Cápsula endoscópica*: a partir de yeyuno proximal múltiples lesiones puntiformes, blanquecinas, dispersas, sugestivas de linfangiectasias. *Enteroscopia*: explorándose intestino delgado hasta yeyuno proximal tomándose múltiples biopsias a nivel de duodeno y yeyuno para estudio histológico que confirma la presencia de vasos linfáticos dilatados. Se realizan pruebas complementarias pertinentes para descartar resto de causas secundarias de linfangiectasia intestinal.

Enfoque individual: Jubilada.*Enfoque familiar y comunitario*: Casada con 2 hijos. Seguimiento por oncología. Acude regularmente a consulta.*Juicio clínico*: Linfangiectasias intestinales. Descartar origen tumoral abdominal con TAC tóraco abdominal.*Tratamiento, planes de actuación*: Se inicia tratamiento con dieta hipograsa suplementada con triglicéridos de cadena media consiguiéndose un buen control clínico.*Evolución*: Tras el diagnóstico se derivó a nutrición donde al modificar la dieta la paciente mejoró clínicamente y recuperó peso.**Conclusiones**

La linfangiectasia intestinal es una enteropatía pierde proteínas que se caracteriza por una dilatación de los vasos linfáticos entéricos con la consiguiente pérdida de linfa hacia la luz intestinal y por tanto malabsorción proteica, grasa y pérdida de linfocitos. La linfangiectasia intestinal Primaria fue descrita por primera vez por Waldman afecta fundamentalmente a niños y adultos jóvenes, aunque también puede ser diagnosticada a edades más tardías. Se describen varias causas secundarias entre las que se encuentra el tratamiento con quimioterapia y radioterapia asociado a fibrosis retroperitoneal. El diagnóstico se basa fundamentalmente en los hallazgos endoscópicos y la confirmación histológica de la presencia de vasos linfáticos dilatados a nivel de mucosa y submucosa del intestino delgado. En nuestro caso no podemos obviar el antecedente de la paciente como posible causa secundaria de linfangiectasia intestinal.

Palabras clave

Diarrea Pierdeproteínas, Linfangiectasias, Diarrea Crónica.

CASOS CLÍNICOS TIPO ORALES

Disfagia progresiva de etiología infrecuenteVílchez Jaimez M¹, Mostazo Torres J², Galindo Román I³¹ Médico de Familia. CS Tarifa. Cádiz² Aparato Digestivo. Hospital La Línea de la Concepción. Cádiz³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Velada. Cádiz**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

Motivo de la consulta

Disfagia progresiva.

Historia Clínica

Hombre de 72 años. Hipertenso. Diabético tipo 2. Sin otros antecedentes de interés que refiere mal estar general, astenia de meses de evolución, desde hace 2 meses asocia disfagia progresiva, le cuesta tragar incluso líquidos, además refiere febrícula a días alternos, no pasando de 38°C. Pérdida de peso de unos 9 kg. Dado que el paciente presenta varios signos de alarma derivamos a digestivo para realización de endoscopia precoz. *Gastroscopia*: estenosis de tercio superior de aspecto cicatricial, una vez que pasamos la mucosa cambia totalmente es irregular, con algunas hendiduras similares a divertículos milimétricos, con mucosa de tacto cuarteado (duro y difícil biopsiar) que se extiende hasta esófago medio. Biopsias. AP: fragmentos de epitelio escamoso con signos de esofagitis aguda y datos de infiltración sugerente de linfoma linfocítico de células pequeñas/leucemia linfocítica crónica. TAC Tóraco abdominal: donde evidenciamos engrosamiento de tercio superior y medio esofágico, poliadenopatías torácicas y abdominales, esplenomegalia heterogénea. Derivamos al paciente para iniciar tratamiento por parte de Hematología.

Enfoque individual: Jubilado*Enfoque familiar y comunitario*: Casado con 4 hijos. Acude ocasionalmente a consulta.*Juicio clínico*: Linfoma linfocítico de células pequeñas / leucemia linfocítica crónica con afectación esofágica.*Tratamiento, planes de actuación*: El tratamiento incluye quimioterapia con análogos de las purinas (fludarabina, cladribina) solos o en combinación con ciclofosfamida y rituximab. El clorambucil es de elección en pacientes con mal estado general. El trasplante de progenitores hematopoyéticos también se encuentra disponible, siendo una opción en fase de investigación, con indicación para pacientes de alto riesgo y/o enfermedad refractaria.*Evolución*: Tras inicio del tratamiento a las 3 semanas el paciente mejora de la disfagia comenzando a tragar mejor.**Conclusiones**

Presentamos el caso por la infrecuencia de la forma de su debut con disfagia secundaria a la afectación esofágica. Queremos destacar la importancia de identificar signos de alarma para orientar al paciente y conseguir un diagnóstico precoz.

Palabras clave

Linfoma Esofágico, Disfagia, Vómitos.

CASOS CLÍNICOS TIPO ORALES

Dolor abdominal hipocondrio derecho asociado a ictericia conjuntivalVílchez Jaimez M¹, Mostazo Torres J², Galindo Román I³¹ Médico de Familia. CS Tarifa. Cádiz² Aparato Digestivo. Hospital La Línea de la Concepción. Cádiz³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Velada. Cádiz**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

Motivo de la consulta

Dolor HD e ictericia.

Historia Clínica

Varón de 78 años. HTA. Tratamiento: AAS 300 mg, alprazolam 250 mg. Acude a consulta por dolor en HD leve, acompañado de ictericia, coluria, de 2 días de evolución, hiporexia con pérdida de unos 5kg en el último mes. Solicitamos analítica: Analíticamente destaca marcada leucocitosis 17200 con neutrofilia 89,6%, bilirrubina total 4,3 mg/dl con 3.6 mg/dl de directa, AST 197U/I, ALT 270U/I, GGT 428U/I, FA 137U/I. Marcadores tumorales normales salvo CA19.9 138.4U/I.

A la exploración regular estado general, manteniendo estabilidad hemodinámica, tinte icterico de mucosas, dolor a la palpación en hipocondrio derecho sin signos de irritación. Solicitamos ecografía preferente y se deriva a digestivo. *Ecografía*: colelitiasis milimétrica y masa heterogénea de 5 cm en lóbulo hepático izquierdo que dilata vía biliar izquierda. En digestivo cursan ingreso: en TAC con contraste se describe masa hipodensa en el lóbulo hepático izquierdo de unos 4 cm de diámetro sugestiva de neoplasia maligna. RNM abdominal y colangio RMN describen irregularidad en el conducto hepático izquierdo, con una zona de interrupción del mismo, en relación con lesión de señal intermedia en T2, de unos 3x1,8 cm, que muestra tenue realce tras la administración de contraste, siendo muy sugestiva de colangiocarcinoma, además de colelitiasis y coledocolitiasis.

Biopsia ecodirigida siendo el resultado de cambios histológico inespecífico sin evidencia de malignidad en el material remitido.

Enfoque individual: Jubilado.

Enfoque familiar y comunitario: Viudo. Acude regularmente a consulta.

Juicio clínico: Hepatolitis.

Diagnóstico diferencial: con colangiocarcinoma.

Tratamiento, planes de actuación: Hepatectomía reglada de los segmentos 2,3 y 4, así como colecistectomía. En el estudio histológico describen hepatectomía parcial con hepatolitis.

Evolución: Tras la hepatectomía el paciente cursa un postoperatorio favorable siendo dado de alta a los 10 días y mantiene revisiones cada 3 meses sin nuevas incidencias.

Conclusiones

Por la importancia en la diferencia entre un pronóstico y otro, creemos que en estos casos en los que tanto clínica, radiología y analítica orientan hacia patología neoplásica, deben de ser confirmado histológicamente ya sea por biopsia o por cirugía, al existir otros procesos con un pronóstico radicalmente opuesto como puede ser las hepatolitis. Gracias a la ecografía hemos podido avanzar rápidamente y poder establecer la prioridad del cuadro que presenta el paciente.

Palabras clave

Hepatolitis, Colangiocarcinoma, Ictericia.

CASOS CLÍNICOS TIPO ORALES

Dolor abdominal de meses de evolución en mujer de 70 añosVílchez Jaimez M¹, Mostazo Torres J², Galindo Román I³¹ Médico de Familia. CS Tarifa. Cádiz² Aparato Digestivo. Hospital La Línea de la Concepción. Cádiz³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Velada. Cádiz**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

Motivo de la consulta

Dolor abdominal difuso.

Historia Clínica

Mujer 70 años. DM2 con mal control, no realiza tratamiento prescrito. Acude a consulta obligada por su marido refiriendo un cuadro de dolor abdominal de más de 2 meses de evolución asociado a vómitos y astenia, además refiere pérdida de unos 15kg durante estos 4 meses. *Analítica*: 8,7hb, plaquetas 397.000 leucocitosis 17300 (82%N), TP 73%, Creatinina 1.5, urea 59, amilasa 69 y PCR 79. Dado el deterioro general de la paciente y el dolor abdominal se deriva a urgencias para completar estudio ingresada. *TAC abdominal*: engrosamiento de paredes duodenales, aumento de atenuación de la grasa adyacente que afecta a las 4 porciones duodenales compatible con una duodenitis. No se observan estenosis en grandes vasos por lo que sugiere proceso inflamatorio crónico (enfermedad de Crohn?) y menos probable origen isquémico. No abscesos. *Gastroscopia*: cavidad gástrica normal. En bulbo se observan úlceras geográficas planas fibrinadas y friables al corte de amplia extensión que se prolongan hasta pasados unos cm de la papila, posteriormente se observa mucosa de aspecto inflamatorio sin erosiones. AP: Se aprecia inflamación focal transmural con agregados linfocíticos. Algunos granulomas no caseosos.

Enfoque individual: Jubilada.*Enfoque familiar y comunitario*: Alemana, vive en España con su marido tras la jubilación.*Juicio clínico*: Enfermedad de Crohn duodenal debut a los 70 años.*Tratamiento, planes de actuación*: Corticoides a dosis de 1mg/kg. Omeprazol 20 mg.*Evolución*: Mejoría clínica, comenzó con tolerancia a dieta, dada de alta a los 10 días. Se revisó en consulta semanalmente, recuperó 5kg en 2 meses. Sigue revisiones por digestivo.**Conclusiones**

La EC es un trastorno inflamatorio crónico que puede afectar a cualquier parte del tracto digestivo, desde la boca hasta el ano. Aunque se manifiesta preferentemente en íleon terminal y colon, el tracto gastrointestinal alto puede afectarse en raras ocasiones. El diagnóstico se basa en los hallazgos clínicos, endoscópicos e histológicos. El tratamiento de la EC del tracto gastrointestinal proximal es similar al indicado en la EC distal. Se emplean habitualmente glucocorticoides, asociados a inhibidores de la bomba de protones. A pesar que en la década de los 70 lo más frecuente es que la afectación intestinal sea isquémica, debemos completar estudio para conseguir adecuado diagnóstico y correcto tratamiento.

Palabras clave

Enfermedad de Crohn, Duodenitis Ulcerosa Abdomen Agudo.

CASOS CLÍNICOS TIPO ORALES

Perdida de agudeza visual en paciente jovenGalindo Román I¹, Vílchez Jaimez M², Mostazo Torres J³¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Velada. Cádiz² Médico de Familia. CS Tarifa. Cádiz³ Aparato Digestivo. Hospital La Línea de la Concepción. Cádiz**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

Motivo de la consulta

Perdida de agudeza visual con el ojo izquierdo.

Historia Clínica

Paciente de 37 años que acude a consulta por crisis recurrentes de pérdida de agudeza visual, escotomas. Recientemente ha ido a óptica donde le han revisado la graduación permaneciendo estable. Se deriva a oftalmología: tras la valoración refieren: crisis recurrentes de escotomas, pérdida de agudeza visual en ojo izquierdo, metamorfopsia, pérdida de sensibilidad al contraste, micropsia con hipermetropización asociado a cefalea intermitente, los síntomas se prolongan durante al menos 2 años, al inicio fue relacionado con auras migrañosas. Pero la agudeza visual no recuperaba tras la cefalea por lo que se decide completar estudio en centro especializado, diagnosticándose finalmente de coroidopatía serosa central. Antes de iniciar tratamiento invasivo se aconsejó realizar despistaje HP. Fue positivo y se realizó tratamiento a inicios del año pasado y desde entonces el paciente después de unos 16 meses no ha presentado nuevos episodios. Ha mejorado la agudeza visual pero no totalmente.

Enfoque individual: Informático.*Enfoque familiar y comunitario:* Casado sin hijos. Acude ocasionalmente a consulta.*Juicio clínico:* Coroidopatía Serosa Central.*Tratamiento, planes de actuación:* Tratamiento erradicador H. Pylori.*Evolución:* Tras la erradicación el paciente se mantiene asintomático sin nuevas crisis, ha recuperado gran parte de la visión pero no totalmente.**Conclusiones**

Se han relacionado múltiples manifestaciones extra digestivas relacionadas con HP. Recientemente se ha documentado que la CSC pudiera ser una manifestación extra digestiva del HP. El HP es una bacteria que coloniza el estómago del 50-60% de los humanos. Varios estudios recientes nos hacen considerar que HP puede representar un factor de riesgo en pacientes con CSC pudiendo estar implicado en su fisiopatología de la misma forma que afecta en patologías vasculares, cerebrales y dermatológicas: antígenos bacterianos serían homólogos a proteínas que expresa el cuerpo humano, como por ejemplo el endotelio vascular, produciéndose un ataque del sistema inmunitario a estas estructuras como la coriocapilar, con disminución del flujo sanguíneo y daño en el epitelio pigmentario. Actualmente en las guías de práctica clínica oftalmológicas sobre coroidopatía serosa central recomiendan estudio helicobacter pylori, y en caso de ser positivo, realizar tratamiento. Nivel de evidencia 1b, Grado de recomendación A.

CASOS CLÍNICOS TIPO ORALES

Síndrome emético agudo en mujer de 72 añosGalindo Román I¹, Vílchez Jaimez M², Mostazo Torres J³¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Velada. Cádiz² Médico de Familia. CS Tarifa. Cádiz³ Aparato Digestivo. Hospital La Línea de la Concepción. Cádiz**Ámbito del caso**

Urgencias hospitalarias.

Motivo de la consulta

Síndrome emético agudo.

Historia Clínica

Mujer de 72 años. HTA y DM 2 que acude a urgencias por cuadro de dolor epigástrico acompañado de vómitos alimenticios de una semana de evolución. En radiografía de abdomen se observa gran distensión de la cámara gástrica. Se procede a la colocación de SNG conectada a bolsa mejorando los síntomas. Se realizó endoscopia digestiva alta donde se observa cámara gástrica completamente ocupada por restos alimenticios semilíquidos. En ápex duodenal se identifica cálculo de color negruzco/amarillento que ocluye completamente la luz. En cara inferoposterior de bulbo existe una ulceración de gran tamaño que parece continuarse con conducto fistuloso. Con ayuda de asa de polipectomía se consigue desimpactar el cálculo y extraerlo hasta estómago, donde se evidencia un cálculo gigante de unos 5-6 x 3 cm de diámetro. Dado el tamaño es imposible la extracción endoscópica se comenta el caso con Cirugía General. Se realiza una minilaparotomía supraumbilical y accede a cavidad gástrica extrayendo el cálculo.

Enfoque individual: Jubilada.*Enfoque familiar y comunitario:* Casada con 3 hijas y 6 nietas, acude a consulta regularmente.*Juicio clínico:* Íleo biliar a nivel duodenal/ Síndrome de Bouveret. Diferenciar de otros cuadros de obstrucción digestiva alta.*Tratamiento, planes de actuación:* Extracción endoscópica.*Evolución:* Tras la extracción quirúrgica la paciente se recupera clínicamente por completo. A los 2 meses se repite exploración endoscópica sin observar fístula.**Conclusiones**

El íleo biliar consiste en una obstrucción intestinal mecánica causada por la impactación de uno o más cálculos biliares dentro de la luz intestinal. El síndrome de Bouveret es la variedad más infrecuente de íleo biliar, en el que la obstrucción tiene una localización piloricoduodenal. El paso de los cálculos biliares al tubo digestivo se produce a través de una fístula biliodigestiva. El síndrome de Bouveret aun siendo infrecuente es importante tenerlo en cuenta en el diagnóstico diferencial en cuadros de obstrucción intestinal para poder subsanarlo lo antes posible de la manera más conservadora posible (endoscopia), y en los casos en los que no sea posible por las características del cálculo y su localización recurrir a tratamiento quirúrgico.

Palabras clave

Íleo Biliar, Bouveret, Síndrome Emético.

CASOS CLÍNICOS TIPO ORALES

Celulitis en el tobillo con sorpresa...Galindo Román I¹, Vílchez Jaimez M², Mostazo Torres J³¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Velada. Cádiz² Médico de Familia. CS Tarifa. Cádiz³ Aparato Digestivo. Hospital La Línea de la Concepción. Cádiz**Ámbito del caso**

Mixta.

Enfoque individual: Estudiante de química durante su último año.**Motivo de la consulta**

Edema y celulitis en tobillo.

Enfoque familiar y comunitario: Estudia fuera de casa. Buena relación familiar.**Historia Clínica**

Paciente de 24 años sin alergias conocidas. Sin enfermedades prevalentes salvo desde hace unos 2 años alteración del hábito intestinal que estaba catalogado de colon irritable. Acude a Urgencias por presentar desde hace unos 20 días eritema y edema de zona interna de tobillo izquierdo, se trató desde el CS con amoxicilina+clavulanico con empeoramiento progresivo, por lo que se ingresó. En analítica destaca HB 7.8 (VCM 77), Leu 27700 (Nabs 25200), PCR 202, Creat 1.10. Aumentando el edema y apareciendo una lesión ampollosa con contenido purulento evolucionando a ulcera con fondo necrótico. RMN sin objetivar afectación ósea, patología limitada a tejido celular subcutáneo, 8 cultivos negativos, se realizó desbridamiento quirúrgico con colocación de VAC sin mejoría. En control hemograma: 7.1hb, se transfundió 2 concentrado de hemáties. Se realizó estudio completo anemia: detectando calprotectina en 329 y añadido a que sigue refiriendo hasta 4 deposiciones diarias sin productos patológicos. Ileocolonoscopia objetivando pequeñas úlceras y mucosa de aspecto inflamatorio a nivel de íleon distal y ciego. Se inicia tratamiento con corticoides con mejoría inicial de la lesión del pie. AP tobillo compatibles con Pioderma Gangrenoso (PG). AP íleon-ciego: compatibles enfermedad de Crohn.

Juicio clínico: Pioderma gangrenoso. Enfermedad de Crohn ileocecal.*Tratamiento, planes de actuación:* Inicialmente corticoides 1mg/kg IV.*Evolución:* Se inicia tratamiento con corticoides con mejoría inicial de la lesión del pie y de la sintomatología digestiva.**Conclusiones**

El PG es una dermatosis neutrofílica de causa desconocida que se manifiesta como úlceras cutáneas dolorosas. Aproximadamente el 50% de los pacientes tiene alguna enfermedad sistémica de base, siendo las más frecuentes la EII, los trastornos mieloproliferativos y diferentes formas de artropatía (tanto la espondiloartritis como la artritis reumatoide). En ocasiones, esta dermatosis puede preceder, seguir o aparecer al mismo tiempo que la enfermedad con la que están asociadas. En algunos pacientes que presentan EII el control de la enfermedad intestinal desemboca en el control también del PG, pero esto no ocurre en todos los pacientes, en muchos casos para conseguir control del PG es necesario el uso de tratamiento biológico.

Palabras clave

Celulitis, Pioderma Gangrenoso, Enfermedad de Crohn.

CASOS CLÍNICOS TIPO ORALES

Las anfetaminas no son un juego, complicación graveGalindo Román I¹, Vílchez Jaimez M², Mostazo Torres J³¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Velada. Cádiz² Médico de Familia. CS Tarifa. Cádiz³ Aparato Digestivo. Hospital La Línea de la Concepción. Cádiz**Ámbito del caso**

Urgencias hospitalarias.

Enfoque individual: Administrativa.**Motivo de la consulta**

Dolor abdominal agudo.

Enfoque familiar y comunitario: Soltera. Vive sola.**Historia Clínica**

Paciente de 36 años. Acude a urgencias en varias ocasiones por dolor abdominal de 48 horas de evolución y en las últimas 6 horas asocia diarrea sanguinolenta por lo que ingresa para estabilización y completar estudio. Comenzamos con tratamiento antibiótico. As HB 9,8, 17860 leucos (89%), 111.000 plaquetas, TP 56%, PCR 245. TAC: engrosamiento de paredes de colon trasverso y probable de colon descendente con aumento de atenuación de la grasa mesocólica en probable relación con proceso inflamatorio. La paciente empeora, dolor no controlado y exploración abdominal con defensa abdominal, es valorado por cirugía general, sustituimos a antibiótico de amplio espectro y se traslada a UCI. La paciente se desorienta, realizando test orina para despistaje de tóxicos observando anfetaminas ++. La diarrea sanguinolenta persiste. Rectosigmoidoscopia diagnóstica sin preparación: a nivel de colon descendente se observan lesiones eritematosas, patrón nodular blanquecino sugestivo de fibrina y pérdida del patrón mucoso habitual, biopsias para histología y microbiología. Toxina Clostridium Dificille negativo, cultivo negativo. AP compatible con colitis isquémica.

Juicio clínico: Colitis isquémica.*Diagnóstico diferencial:* con abdomen agudo.*Tratamiento, planes de actuación:* Antibiótico de amplio espectro y sueroterapia. Recomendaciones sobre la toma de drogas.*Evolución:* Tras 7 días de manejo conservador la paciente mejora lentamente, controlando el dolor y aumentando la consistencia de las heces ya sin restos hemáticos. A los 10 días se pasó a planta y tras 2 semanas en planta pudo ser dada de alta con buena tolerancia a dieta y sin apenas dolor.**Conclusiones**

El diagnóstico de la colitis isquemia requiere un elevado índice de sospecha clínica puesto que diferentes estudios muestran que el pronóstico va a depender de la rapidez en su diagnóstico. Por lo que en los casos de dolor abdominal agudo con defensa abdominal se debe de realizar con precocidad TAC abdomen y posterior valoración por cirugía general.

Palabras clave

Rectorragia, Diarrea, Colitis.

CASOS CLÍNICOS TIPO ORALES

Dolor en hipocondrio izquierdo, ahí no hay nada ¿o sí?Galindo Román I¹, Vílchez Jaimez M², Mostazo Torres J³¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Velada. Cádiz² Médico de Familia. CS Tarifa. Cádiz³ Aparato Digestivo. Hospital La Línea de la Concepción. Cádiz**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

Motivo de la consulta

Dolor Izquierdo.

Historia Clínica

Mujer de 65 años, fumadora habitual de 20 cigarrillos/día, HTA. Acude a consulta por dolor abdominal a nivel de Hipocondrio izquierdo de semanas de evolución. Tomó algo para gases sin mejoría, no alteración del hábito intestinal, no fiebre. No síndrome constitucional, ni otros síntomas de interés. No refería datos epidemiológicos de interés.

Exploración física: dolor a la palpación en HIZq, sin esplenomegalia ni adenopatías periféricas palpables. *Analítica:* ligera leucocitosis (13.500/ μ L) con fórmula leucocitaria normal, 410.000 plaquetas, 1,4 creatinina y PCR 34. Solicitamos Eco abdomen preferente: lesiones esplénicas. Derivamos preferente a medicina interna. Analítica de medicina interna: 10.700 leucocitos, 13,5hb, 473.000 plaquetas, TP% 99, Creatinina 0,8, GOT 12, GPT 57, GGT 198, FA 167. PCR 15,9, Beta-2-microglobulina 3,65 y un proteinograma con ligero aumento de alfa globulinas. La serología para virus hepatotropos, VIH e Hidatosis resultó negativa. En TAC de abdomen con contraste evidenciaron dos lesiones esplénicas, la de mayor tamaño de 6,1x4,7 cm heterogénea, sin hallarse adenopatías ni otras lesiones significativas. Se realizó PET, que mostró una lesión hipermetabólica a nivel esplénico sin afectación a otro nivel. Se programó para esplenectomía, con la sospecha diagnóstica de linfoma sin poder descartar causa metastásica, dado el antecedente de tabaquismo y los nódulos milimétricos pulmonares.

La esplenectomía fue diagnóstica: linfadenitis granulomatosa caseificante tipo tuberculosis y ganglios linfáticos extirpados, confirmada con PCR positiva para Mycobacterium Tuberculosis.

Enfoque individual: Ama de casa.

Enfoque familiar y comunitario: Casada con 2 hijas.

Juicio clínico: Tuberculosis esplénica.

Diagnóstico diferencial: con linfoma.

Tratamiento, planes de actuación: Tratamiento antituberculoso con isoniazida, rifampicina, pirazinamida y etambutol.

Evolución: Buena evolución clínico. Analítica. Sin evidenciar en revisiones posteriores afectación tuberculosa en otros órganos.

Conclusiones

La TBC es muy inespecífica, siendo los síntomas generales los más frecuentes (astenia, anorexia, ligera febrícula, pérdida de peso). La prevalencia de TBC esplénica es muy difícil de determinar debido a los pocos casos comunicados en las diferentes partes del mundo. Esta forma de presentación de TBC extrapulmonar, como LOE esplénica es muy rara en nuestro medio, tanto en pacientes inmuno competentes como inmunodeprimidos (asociado a VIH, enfermedades hematológicas, trasplante de órganos sólidos, toma crónica de esteroides), habiéndose descrito muy pocos casos en la literatura a nivel mundial y alguno en España.

Palabras clave

Tuberculosis, Colestasis Disociada.

CASOS CLÍNICOS TIPO ORALES

Dolor abdominal agudo tras exploración digestivaGalindo Román I¹, Vílchez Jaimez M², Mostazo Torres J³¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Velada. Cádiz² Médico de Familia. CS Tarifa. Cádiz³ Aparato Digestivo. Hospital La Línea de la Concepción. Cádiz**Ámbito del caso**

Urgencias hospitalarias.

Motivo de la consulta

Dolor abdominal agudo.

Historia Clínica

Mujer de 66 años. Madre CCR a los 75 años. Solicitan colonoscopia por cribado familiar CCR. La exploración se lleva a cabo con sedación profunda, con buena tolerancia, identificándose en sigma un pólipo pediculado (pedículo corto) de unos 8-9 mm que se reseca con asa sin complicaciones, siendo dado de alta asintomático tras recuperación. Acude a urgencias de nuestro centro 12 horas tras la exploración, por presentar cuadro de dolor abdominal de gran intensidad a nivel de FII y fiebre de hasta 39°C.

En la exploración destacaba la existencia de peritonismo en dicha localización, presentando en control analítico la evidencia de 18200 leucocitos (90%N). Dada la situación del paciente se planteó la realización de TAC abdomen, donde se observó aumento de la densidad de la grasa colónica a nivel de unión de colon descendente-sigma y engrosamiento submucoso a ese nivel, no evidenciándose perforación colónica.

Enfoque individual: Ama de casa.

Enfoque familiar y comunitario: 3 hijos, casada con su marido que trabaja en la construcción.

Juicio clínico: Dolor abdominal agudo tras polipectomía endoscópica. Síndrome postfulguración.

Tratamiento, planes de actuación: Tratamiento analgésico, antibiótico y sueroterapia.

Evolución: La paciente ingreso en el centro, iniciándose tratamiento antibiótico empírico con excelente evolución, siendo dado de alta sin dolor y buena tolerancia a dieta a las 36 horas de su ingreso.

Conclusiones

La colonoscopia hoy día supone una exploración fundamental en el estudio de la patología colónica y en el despistaje del CCR. A pesar de su empleo habitual, no es una exploración exenta de complicaciones, algunas de ellas lo suficientemente importantes como para requerir ingreso hospitalario o una intervención quirúrgica. El síndrome postpolipectomía o postfulguración es una complicación poco frecuente (por debajo del 0, 1% del total de colonoscopías y <2% de las exploraciones en las que se realiza polipectomía). Se relaciona con la producción de una quemadura transmural ocasionada por la corriente eléctrica aplicada durante la polipectomía hasta alcanzar la serosa. El manejo es conservador que suele resolverse en unas 24-48h. Gracias a conocer este síndrome en el contexto clínico adecuado puede evitar laparoscopia diagnósticas.

Palabras clave

Síndrome Diatermia, Postpolipectomía, Colonoscopia.

CASOS CLÍNICOS TIPO ORALES

Distensión abdominal, náuseas, y vómitos postprandiales en paciente de 60 añosGalindo Román I¹, Vílchez Jaimez M², Mostazo Torres J³¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Velada. Cádiz² Médico de Familia. CS Tarifa. Cádiz³ Aparato Digestivo. Hospital La Línea de la Concepción. Cádiz**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

Motivo de la consulta

Distensión abdominal, náuseas.

Historia Clínica

Mujer de 73 años. NAMC. DM2. HTA. En reciente estudio por cardiología por supuesta angina estable. Acude a consulta por hiporexia, distensión abdominal, náuseas y vómitos postprandiales. Refiere astenia de reciente inicio y ocasionalmente ha objetivado heces oscuras tras la toma reciente de AAS. Solicitamos As donde destaca: HB 10.8. VCM 89. Creatinina 1.1 Urea 74. Tacto rectal se evidencia heces melénicas. *Gastroscopia*: mucosa gástrica traccionada hacia el interior del píloro, el cual estaba ocupado por tejido gástrico pasando a bulbo. Se insufló al máximo evidenciando como un tumor gástrico submucoso volvió a cavidad gástrica por la distensión. Se localizaba a nivel de la transición cuerpo antro en cara anterior. La mucosa antral y bulbo con erosiones superficiales en relación con gastritis erosiva en relación con la toma de AINES. *TAC abdomen*: se aprecia una lesión en antro gástrico intramural de bordes bien definidos y densidad grasa, prácticamente homogénea de 4.4 cm, encapsulada que dadas las características radiológicas es sugestiva de lesión benigna (lipoma). No adenopatías mesentéricas.

Enfoque individual: Ama de casa.*Enfoque familiar y comunitario*: Casada.*Juicio clínico*: Cuadros suboclusivo secundarios a gran lipoma gástrico.*Tratamiento, planes de actuación*: Dada la clínica del gran lipoma se realizó resección quirúrgica. Se añadió omeprazol 20 mg.*Evolución*: Tras la resección paciente completamente asintomática.**Conclusiones**

La mayoría de los lipomas gástricos son únicos y submucosos, siendo raro la ubicación subserosa. La mayor incidencia es entre la quinta y séptima década de vida con leve predominio en mujeres. Los síntomas son infrecuentes y la mayoría son diagnosticados de forma casual. El desarrollo de síntomas depende principalmente del tamaño y la localización del tumor. Se ha descrito que los síntomas aparecen generalmente con tumores sobre 4 cm de diámetro. Este tumor puede también manifestarse como hemorragia digestiva, obstrucción o intususcepción. El manejo del lipoma gástrico depende de sus síntomas, tamaño y sospecha de un diagnóstico alternativo, como tumor GIST. Seguimiento activo con endoscopias, ecografías o tomografías computadas en lesiones asintomáticas es una alternativa válida. Se recomienda resección quirúrgica en casos sintomáticos y en lesiones asintomáticas sobre 4 cm por el riesgo de generar complicaciones, pero el manejo definitivo debe adaptarse al contexto de cada paciente.

Palabras clave

Lipoma, Vómitos, Distensión Abdominal.

CASOS CLÍNICOS TIPO ORALES

Tetraparesia en paciente jovenGalindo Román I¹, Vílchez Jaimez M², Mostazo Torres J³¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Velada. Cádiz² Médico de Familia. CS Tarifa. Cádiz³ Aparato Digestivo. Hospital La Línea de la Concepción. Cádiz**Ámbito del caso**

Urgencias hospitalarias.

Juicio clínico: Brote agudo de porfiria intermitente.**Motivo de la consulta**

Dolor abdominal y parestias MMSS e MMII.

Tratamiento, planes de actuación: Se inició tratamiento con hemina IV durante 6 días.**Historia Clínica**

Mujer de 30 años que acude al Servicio de Urgencias en repetidas ocasiones por dolor abdominal, mal estar general, escalofríos fiebre 38, tos seca. Estreñimiento de 48 horas que asocia a vómitos, y persistencia del dolor abdominal. Ecografía y TAC abdomen sin alteraciones, RMN craneal normal. AS: hiponatremia que en inicio se creía que era responsable del cuadro, compatible con SIADH secundario. Hiponatremia severa 110. Hipopotasemia e hipomagnesemia severas, coprocultivos, toxina CL. Dificile negativos. Anemia 6.9 de origen no filiado, no sangrado, no hemolisis. Deterioro neurológico progresivo con tetraparesia de predominio proximal con balance 2/5 por lo que descartan patologías neurológicas habituales. En bolsa sondaje se observan orinas rojas lo que asociado a SIADH nos orientó hacia la posibilidad de crisis de porfiria aguda. Analítica orina: porfirinas totales 2876 microgramos/24h.

Evolución: La paciente tras 3 meses del diagnóstico sigue en consultas de medicina interna, ha mejorado llamativamente de la tetraparesia, camina sin dificultad. Ha ganado 47 kg. No dolor abdominal. Mantiene parestias en manos y pies y sigue con rehabilitación, por el momento la paciente no ha repetido crisis de dolor por lo que por el momento no ha requerido tratamiento de mantenimiento.

Enfoque individual: Profesora.**Conclusiones**

La PAI es una enfermedad genética bien definida autosómica dominante con una penetrancia del 10%. El diagnóstico de PAI debe considerarse en pacientes que después de la pubertad consultan de forma repetida por dolor abdominal sin causa razonable. La rapidez en el diagnóstico de la PAI es vital, ya que el retraso del tratamiento puede resultar en lesiones neurológicas irreversibles e incluso puede llegar a producir la muerte en casos graves. El diagnóstico puede ser rápidamente confirmado con la demostración de porfirinas en orina y el tratamiento con hemina debe iniciarse lo antes posible.

Enfoque familiar y comunitario: Soltera. Vive compartiendo piso en nuestra área por motivos del trabajo.**Palabras clave**

Porfiria Aguda Intermitente, Tetraparesia, Crisis Porfiria.

CASOS CLÍNICOS TIPO ORALES

Dispepsia secundaria a divertículo antral. Entidad raraGalindo Román I¹, Vílchez Jaimez M², Mostazo Torres J³¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Velada. Cádiz² Médico de Familia. CS Tarifa. Cádiz³ Aparato Digestivo. Hospital La Línea de la Concepción. Cádiz**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

Motivo de la consulta

Dispepsia.

Historia Clínica

Paciente hombre de 67 años, que acude a consulta por dolor epigástrico de meses de evolución, asocia distensión abdominal, y reflujo intermitente. No pérdida de peso llamativa. Se solicitó Analítica y ecografía sin alteraciones. Si inicio tratamiento con IBP y procinéticos sin mejoría total tras varias semanas. Se deriva a digestivo para estudio. *Gastroscoopia*: esófago de mucosa y morfología normal. Sin datos de hernia de hiato. Fundus y cuerpo de aspecto normal. A nivel antral a unos 2-3 cm de píloro se observa un orificio que nos sugiere trayecto fistuloso, con contenido en su interior, realizamos lavado y se observa como todo el contenido sale y se observa como tiene fondo sin trayecto fistuloso. Se realiza EGD donde se describe divertículo sin observar continuidad con trayecto fistuloso.

Enfoque individual: Jubilado.*Enfoque familiar y comunitario*: Casado, con 3 hijas. Camina a diario, cuida de un pequeño huerto en las afueras.*Juicio clínico*: Dispepsia tipo dismotilidad secundaria a divertículo antral.*Tratamiento, planes de actuación*: Dado los síntomas son leves, y con IBP y procinéticos mejoró parcialmente no realizamos más estudios.*Evolución*: Mejoría parcial con IBP y procinéticos.**Conclusiones**

Los divertículos gástricos son lesiones raras, que se encuentran generalmente en la cara posterior del cardias y el cuerpo gástrico siendo asintomáticos en la mayoría de los casos, por lo que deben ser tomados en consideración como diagnóstico diferencial en los trastornos dispépticos de difícil tratamiento médico, donde se llega al diagnóstico del mismo con la realización de radiografía y/o endoscopia del tubo digestivo. Esto se presenta casi siempre como una lesión única, donde aproximadamente un 75% asientan en la región yuxtacardial, a un nivel elevado en la pared posterior del estómago, 2 cm por debajo de la unión gastroesofágica y 3 cm de la curvatura menor. Raramente están situados en antro como un divertículo verdadero, constituyendo una curiosidad endoscópica. No suelen requerir tratamiento quirúrgico salvo que sean muy sintomáticas.

Palabras clave

Divertículo Antral, Dispepsia.

CASOS CLÍNICOS TIPO ORALES

Curiosidad radiológica en estudio baritadoGalindo Román I¹, Vílchez Jaimez M², Mostazo Torres J³¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Velada. Cádiz² Médico de Familia. CS Tarifa. Cádiz³ Aparato Digestivo. Hospital La Línea de la Concepción. Cádiz**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

Enfoque familiar y comunitario: Viuda. Acude a consultas regularmente.**Motivo de la consulta**

Epigastralgia aguda.

Juicio clínico: Gastritis aguda en paciente con antecedentes previos de Ulcus Gástrico.**Historia Clínica**

Mujer de 72 años. Como antecedente de interés refiere que hace unos 20-25 años fue ingresada por dolor abdominal intenso de semanas de evolución y que fue diagnosticada de gran úlcera gástrica. Nos refiere que estuvieron a punto de intervenirla en quirófano. Actualmente acude a consulta de digestivo por dolor epigástrico persistente que inicialmente se controlaba con IBP, pero que desde hace semanas está empeorando. Derivamos a consulta de digestivo, pero al demorarse decide acudir a una consulta privada del médico que la trata hace unos 25 años, en consulta realizan EGD donde objetivan lesión localizada a nivel de cuerpo gástrico que presenta retracción de pliegues lo que sugiere malignidad. La paciente es derivada para ingreso. Se realiza gastroscopia: donde observamos gran retracción cicatricial a nivel de cuerpo gástrico hacia curvatura menor, imagen compatible con la descrita en EGD. Dados los antecedentes de la paciente sugiere la cicatriz de la úlcera previa descrita hace años. Se toman biopsias con HP + y se pauta tratamiento. AP: gastritis crónica activa con HP +.

Tratamiento, planes de actuación: Omeprazol 40 mg cada 24h inicial. Tratamiento erradicador posterior. Control con AG en heces negativo al mes del tratamiento.

Evolución: Tras inicio del tratamiento la paciente mejora clínicamente.

Conclusiones

La úlcera péptica es una entidad que causa la mayoría de los sangrados de origen gastroduodenal, y que generalmente motivan la realización de la mayor parte de las endoscopia digestivas alta en nuestro medio. Generalmente tras su tratamiento adecuado y revisión posterior se objetiva como a las pocas semanas se ha resuelto la lesión generalmente ligera retracción en función del tamaño de la úlcera inicial. Presentamos un caso de una gran área cicatricial como curiosidad endoscópica, puesto que esta imagen secundaria a secuela de úlcera péptica previa nos puede orientar en una prueba de imagen radiológica hacia una lesión neoplásica que afortunadamente en nuestro caso no fue así.

Enfoque individual: Jubilada. Ama de casa.**Palabras clave**

Úlcera Gástrica, Epigastralgia.

CASOS CLÍNICOS TIPO ORALES

Impactación de cuerpo extraño cárnico generando gran desgarró esofágico presentado en forma de hematemesisGalindo Román I¹, Vílchez Jaimez M², Mostazo Torres J³¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Velada. Cádiz² Médico de Familia. CS Tarifa. Cádiz³ Aparato Digestivo. Hospital La Línea de la Concepción. Cádiz**Ámbito del caso**

Urgencias hospitalarias.

Motivo de la consulta

Hematemesis.

Historia Clínica

Mujer de 67. Acude a Urgencias por hematemesis franca objetivada por DDCU. Refiere en horas previas, durante la ingesta de carne, sensación de cuerpo extraño. Intenta provocarse el vómito para la desimpactación del mismo. En uno de dichos intentos presenta leve hematemesis y salida parcial de bolo cárnico. Asoció gran dolor retroesternal e incapacidad posterior de controlar el vómito que es persistentemente hemático por lo que es trasladada al Servicio de Urgencias. *Gastroscopia*: abundante contenido hemático en esófago medio que se aspira parcialmente dejando ver gran coágulo adherido y bolo alimenticio impactado que se moviliza parcialmente con asa y progresa a cavidad gástrica. Persiste sangrado en sabana, se infiltra con adrenalina peri coágulo unos 10cc consiguiendo control parcial del sangrado evidenciando laceración esofágica de unos 10 cm en su eje mayor. Ante dicho hallazgo, se traslada a UCI y se realiza TAC tórax donde se descarta neumomediastino.

Enfoque individual: Jubilada*Enfoque familiar y comunitario*: Viuda.*Juicio clínico*: Gran desgarró esofágico tras impactación alimentaria.*Tratamiento, planes de actuación*: Infiltración con adrenalina para conseguir contener sangrado.

Tratamiento conservador.

Evolución: Tras estabilidad durante 72 horas, sin signos de mediastinitis, ni perforación, se realiza revisión endoscópica donde se visualiza gran desgarró de mucosa que se prolonga al menos 10 cm desde esófago medio hasta esófago distal con base fibrinada y sin restos de hemo. Se decidió tratamiento conservador con dieta absoluta, nutrición parenteral e inicio a tolerancia líquida a los 14 días.**Conclusiones**

La hemorragia digestiva supone la causa más frecuente de endoscopia urgente, en segundo lugar se encuentra la impactación de cuerpos extraños, normalmente alimenticios. Usualmente, ocurre en las zonas de estrechamiento esofágico fisiológico, tales como la estenosis del músculo cricofaríngeo y el hiato diafragmático. No obstante, también suele ocurrir en pacientes con una patología esofágica orgánica o funcional base: estenosis péptica, neoplasia esofágica, esofagitis eosinofílica, achalasia. Aunque en nuestro caso no hubo rotura de todas las capas de la pared esofágica, ante la sospecha de posible rotura completa (Sd. de Boerhaave) debe realizarse exploración dirigida y pruebas de imagen tipo TC tórax urgente para descartarlo, dado el riesgo vital que implica y la necesidad de corrección precoz por métodos quirúrgicos o endoscópicos en casos concretos.

Palabras clave

Impactación Cárnica, Hematemesis, Desgarró Esofágico.

CASOS CLÍNICOS TIPO ORALES

Importancia de adecuado estudio previo a la quimioterapiaGalindo Román I¹, Vílchez Jaimez M², Mostazo Torres J³¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Velada. Cádiz² Médico de Familia. CS Tarifa. Cádiz³ Aparato Digestivo. Hospital La Línea de la Concepción. Cádiz**Ámbito del caso**

Mixto.

Motivo de la consulta

Astenia, hiporexia, coluria.

Historia Clínica

Mujer de 58 años. Tras estudio de lesión en región cigomática derecha, que progresivamente comenzó a supurar. RMN facial: afectación nodular de lesión subcutánea, se derivó a cirugía plástica quienes resecaron la lesión. AP: linfoma anaplásico de células grandes de origen cutáneo, estudio viral previo al tratamiento oncológico (CHOP): Ag VHB (-) AntiHBc (+) AntiHBs (+) y AntiVHC (-). Se inició tratamiento con CHOP cada 3 semanas, 6 sesiones. Durante el tratamiento tuvo molestias gastrointestinales inespecíficas, náuseas, diarreas autolimitadas, pero que fue tolerando cediendo con tratamiento sintomático. Tras última sesión presenta analítica con HB 13,8. VCM 86,6. Plaquetas 213.000, linfocitos 1800 (N260). PCR 11,7. GOT 37, GPT 32, GGT 87 Y FA 62. Al mes siguiente acude a consulta por astenia intensa, orinas colúricas e ictericia franca de una semana de evolución en analítica de 2 días antes: TP% 83BT 3.05, BT 1.7, GGT 463, AST 2782, ALT 1735, FA 151.

Ecografía abdominal sin alteraciones. Solicitamos perfil vírico de nuevo con DNA-VHB y ante la duda se inicia tratamiento con tenofovir ese mismo día. *Analítica:* TP 59%, BT 19.76, BD 14.13, AST 1920, ALT 1280, GGT 435, FA 183. DNA-VHB 307.680.842, detectándose AgVHB (+).

Enfoque individual: ama de casa.*Enfoque familiar y comunitario:* casada.*Juicio clínico:* Reactivación VHB tras hepatitis pasada en el contexto de tratamiento quimioterápico.*Tratamiento, planes de actuación:* Tenofovir 1 comp/día.*Evolución:* Se cursó ingreso y se mantuvo tratamiento con tenofovir y a las 3 semanas comenzó progresivamente a mejorar perfil hepático. Actualmente 6 meses después la paciente mantiene buen estado general, perfil hepático normal, y DNA-VHB menos de 12 copias.**Conclusiones**

En los pacientes con HBsAg (-), anti-HBc (+) la profilaxis de la reactivación no está bien establecida y probablemente sea apropiado adecuarla al grado teórico de riesgo individual. Si el ADN-VHB (+) (infección oculta) o si se emplean fármacos como corticoides o rituximab se debe iniciar tratamiento antiviral profiláctico. En el resto de casos control DNA Viral para diagnóstico precoz de reactivación e inicio tratamiento antiviral. Es recomendable que todos los pacientes HbsAg (+) o anti-HBc (+) previamente a recibir tratamiento inmunosupresor sean evaluados por hepatólogo que determine la necesidad o no de tratamiento profiláctico.

Palabras clave

Hepatitis Quimioterapia, Linfoma.

CASOS CLÍNICOS TIPO ORALES

Doctor, el kiwi creo que no me siento bienGalindo Román I¹, Vílchez Jaimez M², Mostazo Torres J³¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Velada. Cádiz² Médico de Familia. CS Tarifa. Cádiz³ Aparato Digestivo. Hospital La Línea de la Concepción. Cádiz**Ámbito del caso**

Urgencias hospitalarias.

Motivo de la consulta

Dolor abdominal epigástrico.

Historia Clínica

Varón de 47 años que acude a urgencias refiriendo picor de garganta, dolor epigástrico y vómitos desde una hora antes, refiere que le sucede tras la ingesta de zumo de kiwi. Refería no tomarlos habitualmente porque desde pequeño no le sentaba bien. 2 años atrás tuvo una reacción urticariforme tras ingerir ciruelas. Como antecedentes personales presentaba: diabetes mellitus tipo 2 (en tratamiento con metformina), urticaria aguda tras ingesta de ciruelas, fumador activo 60 paquetes/año. Y obesidad (IMC 35,5).

En exploración física destacaban habones generalizados en cabeza, tórax, espalda, abdomen y miembros. Consciente pero con tendencia al sueño. TA 80/50 mm Hg. Sat O₂ basal 92%. ACP: tonos taquicárdicos, sin soplos. Hipofonosis global. Hiperemia faríngea. Dolor a la palpación epigástrica, sin defensa abdominal. En bioquímica destaca glucosa 264 mg/dl, amilasa 772 U/L, amilasuria 8417 U/L, GOT 198 U/L, GPT 264 U/L, GGT 251 U/L. Ionograma, función renal y enzimas cardíacas fueron normales o negativas. EKG: taquicardia sinusal a 107 lpm. Ecografía abdominal: páncreas ligeramente aumentado de tamaño y líquido libre a su alrededor. En pocos minutos el paciente presenta hipotensión, diaforesis, angiodema labial, taquicardia pautando adrenalina iv, corticoides iv, sueroterapia y control de la vía aérea hasta su estabilización,

en planta se completo estudio con colangio RMN descartando origen biliar.

Enfoque individual: Trabajador en una fábrica.

Enfoque familiar y comunitario: Casado

Juicio clínico: Pancreatitis aguda secundaria a shock anafiláctico.

Tratamiento, planes de actuación: Sueroterapia intensiva. Analgesia. Corticoides IV.

Evolución: Buena evolución en UCI tras inicio del tratamiento. Alta a los 14 días.

Conclusiones

La pancreatitis aguda es un trastorno común que tiene como principales factores etiológicos la colelitiasis y el consumo de alcohol. Aunque el origen isquémico es una causa infrecuente de pancreatitis, el páncreas es un órgano que es muy susceptible a sufrir hipoxia e isquemia. El daño isquémico con la consiguiente reperusión posterior (también llamado daño por isquemia/reperusión), se considera como factor potencialmente dañino en el inicio y progresión de la pancreatitis aguda, por afectación principalmente de las arterias esplénica y pancreaticoduodenales. El tratamiento conservador (hidratación IV, analgesia y ayuno) debe ser la opción terapéutica de elección. Corregir la causa fundamental debe ser simultáneo (en este caso el shock anafiláctico).

Palabras clave

Kiwi, Pancreatitis Aguda, Anafilaxia.

CASOS CLÍNICOS TIPO ORALES

Mujer con rectorragia asociada a menstruaciónGalindo Román I¹, Vílchez Jaimez M², Mostazo Torres J³¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Velada. Cádiz² Médico de Familia. CS Tarifa. Cádiz³ Aparato Digestivo. Hospital La Línea de la Concepción. Cádiz**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

Motivo de la consulta

Rectorragia.

Historia Clínica

Mujer de 35 años, hija de 12 años, desde hace unos 7 años buscando otro hijo pero sin resultado, menstruaciones regulares con dismenorrea leve a moderada en ese periodo. Inicio hace un año con dolor hipogastrio, alteración del hábito intestinal con tendencia a la diarrea sobre todo en relación con los periodos, desde hace 3 meses asocia rectorragia a la diarrea y muy claramente relacionada con el periodo. Se realizó colonoscopia donde se observa compresión extrínseca a unos 15 cm sin alteraciones mucosas aparentes. Se realizó RMN pélvica donde se observa engrosamiento en recto sigma, dado el resultado de la resonancia y la periodicidad coincidente con la menstruación se decidió realizar colonoscopia durante la menstruación. En la segunda endoscopia observamos como la mucosa se encuentra eritematosa, friable al roce y con restos de hemo en su superficie. La biopsia realizada reportó colitis aguda, y pequeñas glándulas endometriósicas y estroma tipo endometrial en la capa submucosa orientando el cuadro hacia endometriosis a nivel recto sigma.

Enfoque individual: Administrativa.*Enfoque familiar y comunitario:* Casada con 1 hija.*Juicio clínico:* Endometriosis con afectación rectosigma.*Tratamiento, planes de actuación:* Fue derivada a la unidad de ginecología para tratamiento médico y seguimiento.*Evolución:* Seguimiento y tratamiento por ginecología. Por el momento no ha conseguido embarazo.**Conclusiones**

Generalmente la endometriosis intestinal no se sospecha de forma preoperatoria, salvo en aquellas pacientes con antecedentes de endometriosis o con manifestaciones clínicas cíclicas coincidiendo con la menstruación. La endometriosis intestinal debe incluirse en el diagnóstico diferencial del dolor en fosa iliaca derecha/hipogastrio. Las alteraciones analíticas suelen aportar poca información, pero la colonoscopia, la resonancia magnética, la ecoendoscopia y, sobre todo, la toma de biopsias, pueden ser de utilidad para el diagnóstico y para descartar malignidad, principalmente en las lesiones rectosigmoideas.

Palabras clave

Rectorragia, Endometriosis.

CASOS CLÍNICOS TIPO ORALES

Hernia umbilical con mal aspectoGalindo Román I¹, Vílchez Jaimez M², Mostazo Torres J³¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Velada. Cádiz² Médico de Familia. CS Tarifa. Cádiz³ Aparato Digestivo. Hospital La Línea de la Concepción. Cádiz**Ámbito del caso**

Mixto.

Motivo de la consulta

Hernia umbilical.

Historia Clínica

Paciente de 44 años sin antecedentes de interés salvo peso de 130 kg y 179cm altura. Hace unos 6 meses se derivó a cirugía por pequeña zona abultada justo encima del ombligo, sugiere hernia umbilical, dado sobrepeso y apariencia benigna de la lesión se recomienda pérdida de peso previa a la cirugía. Tras 6 meses acude a consulta de cirugía de nuevo para realizar cirugía, persiste la lesión nodular ligeramente oscurecida pero de tacto liso, el paciente refiere pérdida de unos 32 kg sin gran esfuerzo. Se procede a la reparación herniaria pero en el momento de la resección se observa nódulo solido de mal aspecto por lo que se amplía área de resección (AP: sugestivo adenocarcinoma de origen intestinal), se realizó TAC *abdomen*: lesión que afecta al LHI en los segmentos II, III, IVA y IV-b, infiltrativas, mal definida, con calcificaciones heterogéneas difusas y con retracción de la cápsula hepática en íntimo contacto con la pared gástrica sin objetivar plano de clivaje. *Gastroscofia*: hacia curvatura menor a unos 42 cm y hasta unos 47 cm se observa lesión de aspecto infiltrante con centro ligeramente deprimido muy friable al roce, y centro indurado, lo que sugiere proceso infiltrativo de origen neoplásico. AP: Adenocarcinoma enteroide infiltrante.

Enfoque individual: Trabajador fábrica.*Enfoque familiar y comunitario*: Casado.*Juicio clínico*: Hernia umbilical secundaria a metástasis secundaria a Adenocarcinoma Gástrico. Nódulo de la Hermana María José.*Tratamiento, planes de actuación*: Tras el diagnóstico se inició tratamiento paliativo en oncología.*Evolución*: Se inició quimioterapia paliativa con final infahusto.**Conclusiones**

La lesión inicial lisa sugestiva de hernia inguinal sin otros síntomas asociados, salvo la molestia local hizo pensar el origen "benigno", pudo ser un factor distractor, ya que pasó inadvertida hasta el comienzo del síndrome general 6 meses más tarde. Esta lesión era, por tanto, un signo precoz de una neoplasia oculta y es posible que si se hubiera biopsiado antes, se hubiera diagnosticado la enfermedad en un estadio menos avanzado. Del estudio de este caso podemos concluir que es importante evaluar cuidadosamente las lesiones cutáneas a nivel umbilical, realizando un diagnóstico histológico en caso de duda, y completar estudio con técnicas de imagen Ecografía abdomen o TAC.

Palabras clave

Adenocarcinoma Gástrico Hernia Umbilical, Nódulo de la Hermana María José.

CASOS CLÍNICOS TIPO ORALES

Impactación alimentaria en paciente jovenGalindo Román I¹, Vilches Jaimez M², Mostazo Torres J³¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Velada. Cádiz² Médico de Familia. CS Tarifa. Cádiz³ Aparato Digestivo. Hospital La Línea de la Concepción. Cádiz**Ámbito del caso**

Mixto.

Motivo de la consulta

Disfagia.

Historia Clínica

Hombre de 28 años que como únicos antecedentes médicos destacaba asma bronquial en tratamiento con inhaladores, rinoconjuntivitis alérgica y múltiples alergias alimentarias. Consulta, en el contexto de una exacerbación asmática, por un cuadro súbito de disfagia total. Por lo que se recomienda acudir a urgencias para valoración urgente. Tras mejorar la crisis asmática se realiza endoscopia. La endoscopia digestiva alta objetiva traquealización esofágica con estenosis segmentaria que impide la progresión del endoscopia a esófago medio, se toman múltiples biopsias. Dos días más tarde, el paciente se encuentra asintomático desde el punto de vista digestivo, encontrándose en tratamiento corticoideo intravenoso y oral por el cuadro respiratorio, así como IBP como gastroprotección. Es citado en un mes en consulta, resultando las biopsias informa de marcado acúmulo de eosinófilos intraepiteliales (>30/CGA) y presencia de microabscesos eosinofílicos en las muestras tomadas en esófago. En nuestro caso, aunque la brusquedad de la forma de presentación no orientara a esta entidad, la sospecha ante la imagen endoscópica de la misma, hizo que nos aproximáramos a ella.

Enfoque individual: Estudiante de sociología.*Enfoque familiar y comunitario:* Vive fuera por la universidad.*Juicio clínico:* Esofagitis Eosinófila. Debut agudo.*Tratamiento, planes de actuación:* Corticoides deglutidos. En nuestro caso mejoró por la toma de corticoides IV.*Evolución:* Buena evolución tras el inicio esteroideo.**Conclusiones**

Se debe descartar esta patología en pacientes que refieren disfagia y episodios ocasionales de impactación de los alimentos. Además del cuadro clínico, el diagnóstico se realiza por la obtención de biopsias de esófago que muestren cambios compatibles, teniendo que excluir otros trastornos de características similares. Se ha asociado que una dieta de eliminación empírica de algunos alimentos relacionados con la aparición de los síntomas puede asociarse a mejoría clínica. Los corticoides tópicos son hasta el momento el tratamiento indicado. Aunque es una patología crónica no parece limitar la esperanza de vida ni se ha reportado su asociación con proceso malignos esofágicos.

Palabras clave

Esofagitis, Esofagitis Eosinófilos, Impactación Alimentaria.

CASOS CLÍNICOS TIPO ORALES

Epigastralgia no digestivaGarcía Lucena G¹, Guerrero García FJ¹, Moltó García B²¹ Médico de Familia. CS Gran Capitán. Granada² Médico de Familia. HUVN. Granada**Ámbito del caso**

Ámbito del caso: urgencias.

Motivo de la consulta

Motivo de consulta: epigastralgia.

Historia Clínica*Enfoque individual.**Antecedentes personales:* rinitis alérgica.

Anamnesis: Varón de 17 años que acude por epigastralgia, con pruebas complementarias (hemograma, bioquímica y radiografía de tórax) dentro de la normalidad y buen estado general. A las 24 horas, reacude a urgencias por epigastralgia intensa, tos improductiva, fiebre de 39°C, malestar general y vómitos biliosos.

Exploración: Mal estado general, hemodinámicamente inestable (frecuencia cardíaca: 130 lpm, tensión arterial: 86/54 mmHg, Saturación de oxígeno: 94%, Frecuencia respiratoria: 26 lpm, diuresis 24 horas: 50 ml), auscultación cardiorrespiratoria normal, exploración abdominal con abdomen doloroso de forma generalizada y difusa.

Pruebas complementarias: hemograma: leucocitos 15940 (90% neutrófilos), plaquetas 170000, hemoglobina 13, bioquímica: PCR 313, procalcitonina 22,63, coagulación: fibrinógeno 1000, tiempo de protombina 61%, INR 1,79, Radiografía de tórax: sin condensación, Radiografía de abdomen: aireación y tubulación de colon descendente, antígeno gripe A y B

negativo, TAC tórax: infiltrado pulmonar bilateral bibasal.

Enfoque individual: Paciente joven de 17 años sin antecedentes personales de interés, sin tratamiento habitual.

Enfoque familiar y comunitario: Buen apoyo familiar, vive con sus padres.

Juicio clínico: Sepsis de origen respiratorio por neumonía adquirida en la comunidad multilobar bilateral con coagulopatía 2º.

Diagnóstico diferencial: gastroenteritis, úlcera gástrica, infección por gripe.

Identificación de problemas: contacto previo con familiares que han pasado la gripe.

Tratamiento, planes de actuación: Antibióticos, alta y seguimiento por neumología.

Evolución: Mejoría clínica y exploratoria. Alta y seguimiento.

Conclusiones

Ante una epigastralgia, no sólo debemos pensar a nivel abdominal gástrico sino que debemos de tener en cuenta la proximidad de la pleura y de los pulmones, y de la posibilidad de la patología respiratoria.

Palabras clave

Neumonía, Fiebre, Dolor Abdominal.

CASOS CLÍNICOS TIPO ORALES

“Doctor, no se calma este dolor con nada”

Yera Cano R¹, Salmerón Latorre RM², Rivas de la Torre M²

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

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

Ámbito del caso

Mixto, atención Primaria y hospital.

Motivo de la consulta

Paciente de 15 años de edad que acude a la consulta de Atención Primaria por dolor en epigastrio de 6 horas de evolución, que no cede a analgesia.

Historia Clínica

Refiere dolor en epigastrio desde por la mañana junto con náuseas y tres episodios de vómitos. Afebril.

Enfoque individual. Antecedentes personales: No alergias medicamentosas. No antecedentes. Correctamente vacunado.

Anamnesis: Dolor abdominal en epigastrio continuo que se irradia a veces a hipocondrio derecho. Náuseas y tres episodios de vómitos de contenido gástrico. No alteración del hábito intestinal. No productos patológicos en heces. No molestias urinarias. Afebril. No refería síntomas previos.

Exploración: Regular estado general, bien hidratado y eupneico. Auscultación cardiorrespiratoria normal. Dolor y defensa a la palpación en epigastrio, sin masas ni megalias y peristaltismo conservado. No signos de irritación peritoneal. Murphy y Blumberg negativos. Puñopercusión renal negativo.

Pruebas complementarias: En la consulta, al disponer de ecógrafo, realizamos una ecografía abdominal, donde destacaba un páncreas ligeramente aumentado de tamaño junto con líquido libre alrededor del contorno pancreático. Esto nos sugería, junto con la clínica, un episodio de pancreatitis aguda.

Además se realizó una analítica en la cual destaca una amilasa muy elevada.

Enfoque familiar y comunitario: El paciente vivía con sus dos padres y una hermana más pequeña de 10 años. Todos mantienen una estrecha relación.

Juicio clínico: Pancreatitis aguda.

Diagnóstico diferencial: Obstrucción conducto pancreático, pseudoquistes pancreáticos, hipercalcemia, etc. Problemas: Dificultad a la hora de pautar tratamiento analgésico, ya que manifestaba intenso dolor.

Tratamiento, planes de actuación: Se derivó al paciente al Hospital para ingreso hospitalario e instaurar tratamiento y fluidoterapia vía intravenosa, además de reposo pancreático.

Evolución: Durante el ingreso el paciente respondió favorablemente.

Conclusiones

Con este caso podemos observar cuán importante es disponer de un ecógrafo en las consultas de Atención Primaria, ya que de esta forma podemos orientar mejor nuestro juicio clínico y encauzar mejor nuestro plan de actuación. Destacar que la pancreatitis aguda es una patología muy grave que necesita ser diagnosticada precozmente y pautar analgesia, fluidoterapia y reposo pancreático. Los 3-5 primeros días el paciente permanecerá en dieta absoluta dependiendo de la severidad.

Palabras clave

Páncreas, Vómitos, Pancreatitis.

CASOS CLÍNICOS TIPO ORALES

Epigastralgia aguda de origen infrecuenteGalindo Román I¹, Vilches Jaimez M², Mostazo Torres J³¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Velada. Cádiz² Médico de Familia. CS Tarifa. Cádiz³ Aparato Digestivo. Hospital La Línea de la Concepción. Cádiz**Ámbito del caso**

Urgencias hospitalarias.

Enfoque individual: Trabaja en agencia inmobiliaria.**Motivo de la consulta**

Epigastralgia.

Enfoque familiar y comunitario: Soltera, vive sola.**Historia Clínica**

Mujer de 35 años. Sin antecedentes de interés. Alcohol social. Acude por dolor abdominal epigástrico continuo intenso asociado a vómitos persistentes de unas 24 horas. No fiebre ni otros síntomas. No alteración del hábito intestinal. No pérdida de peso ni síntomas digestivos previos.

Juicio clínico: Pancreatitis aguda de páncreas ectópico gástrico.*Tratamiento, planes de actuación:* Analgesia. Hidroterapia. Reposo digestivo.

Exploración: dolor intenso con defensa voluntaria a nivel epigástrico. Murphy negativo. No signos de irritación. As: HB 13,2, Leucocitos 13560 (77%N), Plaquetas 349000. TP 85%, Creatinina 1.1. Potasio 3.1. Bt 1.8 resto perfil hepático normal. Amilasa 730. PCR 23. Eco abdomen: vesícula de pared y contenido normal. No liquido libre. TAC *abdomen:* Páncreas de tamaño y morfología normal, antro gástrico con pared ligeramente engrosada por lo que se recomienda gastroscopia. *Gastroscopia:* esofagitis péptica grado C y a nivel antral se observa lesión de apariencia umbilicada regular de aspecto submucoso, se toman biopsias: mucosa gástrica normal. Bulbo y segunda porción duodenal normal. *Eco endoscopia (USE):* se observa lesión nodular submucosa de aspecto irregular. Se biopsia: acinos pancreáticos con presencia de conductos y ocasionales islotes de Langherhans con configuración lobular. Por lo que es diagnosticada de páncreas ectópico de antro gástrico.

Evolución: Tras 5 días con reposo digestivo comienza con tolerancia y a los 7 días es dada de alta sin dolor abdominal y con tolerancia a dieta normal.**Conclusiones**

El páncreas ectópico gástrico es una lesión subepitelial poco frecuente, descubierta en forma incidental en la mayoría de los casos. Como en otras lesiones subepiteliales gástricas, el diagnóstico es difícil. Las biopsias endoscópicas convencionales de la mucosa no son útiles en estos casos. La USE permite determinar características de la lesión, el origen en la pared gástrica pero no determina en forma absoluta el tipo de lesión y si ésta es benigna o maligna por lo que es necesario el estudio histopatológico. En conclusión podemos decir que el tejido pancreático ectópico es una entidad rara y que es difícil de diagnosticar tanto por su localización variada y la sintomatología propia de cada órgano.

Palabras clave

Páncreas Ectópico, Pancreatitis Aguda, Epigastralgia.

CASOS CLÍNICOS TIPO ORALES

Diagnóstico incidental de neoplasia de la vía biliar en estudio de extensión por neoplasia uterinaGalindo Román I¹, Vilches Jaimez M², Mostazo Torres J³¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Velada. Cádiz² Médico de Familia. CS Tarifa. Cádiz³ Aparato Digestivo. Hospital La Línea de la Concepción. Cádiz**Ámbito del caso**

Hospitalario.

Enfoque individual: Ama de casa. Cuida a personas mayores.**Motivo de la consulta**

Metrorragia.

Enfoque familiar y comunitario: Casada con una hija.**Historia Clínica**

Mujer de 48 años de origen peruano. En seguimiento por Ginecología por sangrado irregular entre menstruaciones, asociado a síndrome constitucional, diagnosticándose finalmente de neoplasia uterina. La paciente en ningún momento se queja de síntomas digestiva, ni dolor abdominal, no alteración del hábito intestinal, no ictericia ni coluria. En analítica destacaba HB 10.9, BT 1.5, GGT 189 y FA 145. En estudio de extensión muestra engrosamiento duodenal. En colangio RMN se observó colédoco de 6 mm con afilamiento distal. Se realizó gastroscopia: a nivel duodenal en torno a la papila gran lesión mamelonada, dura al corte, permite el paso del endoscopio a segunda porción duodenal, se tomaron múltiples biopsias (AP: lesión adenomatosa con displasia de alto grado sin poder descartar adenocarcinoma por escasas muestras). Se solicitó valoración por hospital de referencia pero antes se repitió endoscopia donde se tomó macrobiopsia (AP: describen focos de adenocarcinoma). En hospital de referencia se valoró mediante USE y se decidió por el tamaño, histología y la edad de la paciente su resección quirúrgica realizando duodenopancreatectomía cefálica.

Juicio clínico: Ampuloma diagnosticado de forma casual en estudio de extensión de neoplasia uterina.*Tratamiento, planes de actuación:* Duodenopancreatectomía cefálica.*Evolución:* Tras un postquirúrgico tórpido la paciente fue dada de alta al mes de la cirugía, con buen estado general, y tolerancia a dieta.**Conclusiones**

Los ampulomas presentan un mejor pronóstico y una mayor tasa de reseccabilidad, en comparación con otros tumores peripapilares, gracias a que presentan síntomas de forma más precoz y a que tienden a ser más diferenciados desde el punto de vista histológico en nuestro caso el diagnóstico precoz se realizó por estudio de extensión de otro proceso tumoral y no por presentar ningún síntoma digestivo lo que probablemente dado la histología hizo que el pronóstico fuese mejor.

Palabras clave

Ampuloma, Colangiocarcinoma, Ictericia.

CASOS CLÍNICOS TIPO ORALES

Alopecia parcheada en paciente con clínica dispépticaGalindo Román I¹, Vilches Jaimez M², Mostazo Torres J³¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Velada. Cádiz² Médico de Familia. CS Tarifa. Cádiz³ Aparato Digestivo. Hospital La Línea de la Concepción. Cádiz**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

Enfoque familiar y comunitario: Vive en España, su familia vive en Colombia.**Motivo de la consulta**

Dispepsia de meses de evolución, asocia áreas de alopecia parcheada.

Juicio clínico: Tricobezoar. Úlcera péptica Forrest III. H. Pylori +.**Historia Clínica**

Mujer de 23 años de origen colombiano, estudiante de derecho, que acude a consulta por dolor abdominal de larga evolución, saciedad precoz sin mejoría con tratamiento procinético ni IBP. Refiere áreas de alopecia parcheadas. Analítica sin alteraciones y ecografía donde se observa masa intraluminal con un marcado anillo hiperecogénico en la superficie y una sombra acústica posterior. Se deriva a digestivo. *Gastroscofia:* en cavidad gástrica se observa tricobezoar de al menos 8 cm de diámetro mayor. A nivel de la incisura angularis se observa úlcera de unos 8 mm fibrinada se toman biopsias. AP: gastritis crónica con HPylori +. Dada las dimensiones del tricobezoar se realiza extracción quirúrgica vía laparoscópica. Se realiza extracción con gastrostomía se introduce en bolsa plástica intraabdominal y se procede a la trituración para extraer en partes a través de pequeña incisión en pared abdominal. Posteriormente se comenta con la paciente y nos refiere que desde que empezó la carrera esta con mucha ansiedad y desde hace más de un año comienza a tragarse el pelo de forma involuntaria, sus compañeras de piso refieren que lo hace incluso cuando está dormida.

Tratamiento, planes de actuación: Extracción quirúrgica del tricobezoar. Tratamiento erradicador.*Evolución:* Tras tratamiento erradicador y extracción se derivó a psiquiatría para valoración y seguimiento.**Conclusiones**

Los tricobezoares ocurren principalmente en mujeres (90% de los casos), y en menores de 30 años 80%, siendo su máxima frecuencia entre los 10 y 20 años de edad. La sintomatología clínica es variada, pudiendo aparecer dolor abdominal de repetición en el cuadrante superior izquierdo en el 70% de los casos, náuseas y vómitos (65%), anorexia o hiporexia, alteraciones del tránsito (diarrea o estreñimiento) (33%), pérdida de peso, incluso desnutrición. Frecuentemente presentan halitosis y puede palparse una masa crepitante. En ocasiones el tricobezoar se prolonga hacia intestino delgado denominándose síndrome de Rapunzel. La historia de tricotilomanía suele constatarse tras establecer el diagnóstico. Pueden existir áreas de alopecia, generalmente en el cuero cabelludo pero también puede ser de cejas, pestañas, etc.

Enfoque individual: Estudiante.**Palabras clave**

Tricomania, Tricobezoar, Dispepsia.

CASOS CLÍNICOS TIPO ORALES

Brote psicótico y sectas, ¿causa desencadenante?Otero Garrido MJ¹, De Castro Simón JJ², Hermoso Oballe P¹¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Algarrobo. Málaga² Médico de Familia. CS De Algarrobo. Algarrobo (Málaga)**Ámbito del caso**

Urgencias de Atención Primaria. Urgencias hospitalarias.

Motivo de la consulta

Alucinaciones visuales e ideas delirantes que le impiden moverse. Rechazo a comer.

Historia Clínica

Mujer de 51 años. No alergias conocidas.

Antecedentes personales: HTA, hipotiroidismo. No hábitos tóxicos.*Antecedentes sociofamiliares:* Natural de Rumanía. Casada. Madre de dos hijos. *Tratamiento:* Levotiroxina 50 mcg. *Enfermedad actual:* Avisa la familia a DDCU por cuadro de alucinaciones visuales e ideas delirantes místico religiosas desde hace 2 semanas que han llevado al abandono de sus responsabilidades familiares. Desde esta mañana refieren un cuadro de agravamiento, con rechazo a comer y a moverse.*Exploración:* La paciente está consciente, orientada, inmóvil en su cocina y mirando un punto fijo, porque según refiere tiene que mirar un punto de luz "la luz de la verdad" que califica como la luz de Jesucristo, y que va a ocurrir algo grande que va a cambiar el mundo. Se muestra abordable, parcialmente colaboradora. Nula conciencia de la enfermedad. Juicio de la realidad y capacidad volitiva abolidos. Según la familia hace 2 semanas comienza en un grupo religioso calificado como sectario. Se traslada a Hospital de referencia para valoración psiquiátrica. Se realiza analítica de sangre y TAC de cráneo, con resultado normal.*Enfoque individual:* La paciente no es consciente de su enfermedad. Debido al carácter agudo de los síntomas se procede al ingreso involuntario y urgente en unidad hospitalaria de salud mental.*Enfoque familiar y comunitario:* La familia es estructurada, siendo un apoyo importante para el tratamiento farmacológico y psicoafectivo.*Juicio clínico:* Episodio psicótico agudo (primer episodio). Posible causa desencadenante: relación con grupo religioso de carácter sectario.*Tratamiento, planes de actuación:* Ingreso en Unidad Hospitalaria de Salud Mental: Risperidona, Eutirox 50 mcg, haloperidol y diazepam 10 mg intramuscular si agitación, lorazepam 5 mg si ansiedad, lormetazepam 2 mg si insomnio. Seguimiento ambulatorio al alta, con coordinación y apoyo de la familia.*Evolución:* Se ha mantenido estable tras el alta hospitalaria, con control de síntomas con medicación, durante 2 meses, tras lo cual ha sufrido una nueva recaída que ha precisado un nuevo ingreso hospitalario.**Conclusiones**

Identificar factores desencadenantes poco frecuentes, como el acercamiento a sectas como posible causa de un brote psicótico. Revisando la literatura y los estudios clínicos realizados realmente el tema es controvertido. Algunos autores describen el estado psicopatológico del miembro del grupo sectario como un estado de adicción. Este hecho está basado en la hipótesis de que ciertas prácticas rituales en este tipo de grupos son capaces de desencadenar en el cerebro los mismos mecanismos que las drogas u otros comportamientos adictivos en relación a la dopamina, serotonina y ciertas secreciones de endorfina. Los resultados de los estudios realizados tienen implicaciones clínicas tales como: Para mejorar la adherencia al tratamiento y la implementación en este tipo de pacientes, los clínicos deberían estar atentos a los niveles de motivación y conciencia del problema, que parece ser crucial para obtener los resultados deseados. Así mismo, los clínicos deberían evaluar la psicopatología y el perfil de personalidad, y tener en cuenta los resultados a la hora de decidir el enfoque psicoterapéutico que se utilizará ((tratamiento de orientación cognitivo conductual).

Palabras clave

Psychosis, Schizophrenia, Psychological Manipulation Groups.

CASOS CLÍNICOS TIPO ORALES

Doctora, ¡que no llego al hospital!Vílchez Jaimez M¹, Galindo Román I², Mostazo Torres J³¹ Médico de Familia. CS Tarifa. Cádiz² Aparato Digestivo. Hospital La Línea de la Concepción. Cádiz³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Velada. Cádiz**Ámbito del caso**

Urgencias extrahospitalarias.

Juicio clínico: Parto en medio extrahospitalario.**Motivo de la consulta**

Dolor abdominal.

Diagnóstico diferencial: Dolor abdominal en mujer embarazada.**Historia Clínica**

Mujer de 35 años múltipara (G3A0P2) de 39 semanas gestación, con antecedentes de Taquicardia Supraventricular tratada en 2 ocasiones con ablación, en tratamiento con Atenolol 50 mg/24h, sin otros antecedentes de interés. Paciente acude a urgencias de CS por fuertes dolores abdominales compatibles con dinámica de parto cada 2 minutos. Procedemos a exploración de la paciente en camilla, observando dilatación completa y cabello del bebé. Canalizamos vía periférica. Ante la imposibilidad de trasladar a la paciente al hospital, colocamos paño estéril, bisturí, pinzas, mantas, guantes estériles y nos preparamos para asistir el parto. La paciente continúa con contracciones y realizando pujos, a pesar de coronar la cabeza tras varios minutos sin conseguir la expulsión, decidimos realizar pequeña episiotomía con lo que facilitamos la salida del bebé. Lo colocamos sobre la madre para realizar "piel con piel" y animamos que inicie lactancia. Cortamos cordón umbilical y colocamos pinza. Monitorizamos y realizamos toma de constantes de la madre, sin alteraciones y ritmo sinusal. Auscultamos al bebé y aspiramos secreciones, presentando buena coloración y actividad. Envolvemos a ambos en manta térmica y procedemos al traslado al hospital.

Identificación de problemas: Principales problemas fueron que al ser un medio extrahospitalario los recursos de que disponemos son muy precarios unidos a la falta de experiencia por parte del personal sanitario del CS.

Tratamiento, planes de actuación: Asistencia parto extrahospitalario.

Evolución: Tanto la madre como el bebé estuvieron en perfectas condiciones tras el parto, procedimos a traslado a hospital en UVI móvil, ingreso directamente en paritorio a la llegada al hospital y alumbramiento de la placenta.

Conclusiones

A pesar de ser una situación poco frecuente, hay muchos centros de salud sobretodo rurales, alejados del hospital, donde se nos puede presentar esta situación. Todos los centros deberían estar dotados de un instrumental básico para poder realizar una asistencia de estas características. También se deberían realizar cursos de actualización de conocimientos sobre la atención al parto en medio extrahospitalario y sus posibles complicaciones.

Enfoque individual: Limpiadora.

Palabras clave

Parto Extrahospitalario Contracciones, Embarazo.

Enfoque familiar y comunitario: Casada con dos hijos, embarazo controlado.

CASOS CLÍNICOS TIPO ORALES

Me llaman la atención tus ojos

Oliva Márquez M, Dueñas Villela CV, García García M

*Médico de Familia. CS Moguer. Huelva***Ámbito del caso**

Atención Primaria.

Motivo de la consulta

Fractura de húmero.

Historia Clínica

Antecedentes personales: Displasia de cadera. Fracturas en la infancia de ambas muñecas, ambos tobillos. Durante la adolescencia fractura en dos ocasiones de rodilla derecha. Fractura de clavícula izquierda. Fractura del hombro izquierdo. Múltiples aplastamientos vertebrales. Osteoporosis. IQ: Fractura de rodilla derecha. Cesárea de su única hija de 20 años. Tratamiento habitual: Calcio y vitamina D. Ácido alendrónico. Utiliza un alza por asimetría de miembros inferiores.

Enfoque individual: A la exploración tiene talla baja, altura 149cm, peso 54 kg. IMC: 24. No se aprecian lesiones cutáneas, escleras azuladas. ACR: normal. Abdomen: hernia umbilical reductible sin signos de compromiso. MMII sin edemas, asimétricos. RX: fractura proximal de húmero derecho.

Enfoque familiar y comunitario: Madre cardiópata. Padre diabético. Hermanos sanos. Hija con talla baja, escleras azuladas, con antecedentes de fracturas óseas.

Juicio clínico: Osteogénesis imperfecta.

Diagnóstico diferencial: Anemia, escorbuto, malnutrición, maltrato infantil, malnutrición, deficiencia de vitamina D, Baja ingesta de calcio, el uso de drogas como la heparina y los esteroides. Alcoholismo. Enfermedades

Crónicas del hígado, Senilidad, Hiperparatiroidismo, Enfermedad de Cushing, Acromegalia, Hipogonadismo, Neoplasias.

Planes de actuación: Análisis normal.

Tratamiento: Denosumab. Se cita a su hija para estudio analítico y para estudio genético por parte de Reumatología.

Evolución: Derivamos a Reumatología para estudio. Solicitan estudios genéticos que confirman la existencia de mutación compatible con el diagnóstico de Osteogénesis Imperfecta. Densitometría que debe realizarse anualmente.

Conclusiones

La Osteogénesis imperfecta, también como conocida como huesos de cristal, es una enfermedad congénita en la mayor parte de los casos y su principal característica es la fragilidad extrema de los huesos, existe una anomalía en la producción cualitativa y cuantitativa del colágeno tipo I. Se da 1 entre cada 20 mil personas, aunque una vez presentada esta enfermedad puede conllevar consecuencias muy graves. Todo depende del nivel o tipo de osteogénesis que se diagnostique, estos van desde el tipo uno hasta el tipo 4, siendo el dos el más grave y delicado. La Osteogénesis imperfecta puede ir acompañada de: pérdida del oído, insuficiencia cardíaca, problemas respiratorios problemas medulares y en el tronco encefálico y hasta la deformidad permanente en los huesos.

Palabras clave

Osteogenesis Imperfecta, Fragilidad Osea, Enfermedad de Lobstein.

CASOS CLÍNICOS TIPO ORALES

No todo son pruebas complementarias. La importancia de una buena historia clínica

Campos Domínguez JM

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Tomares. Sevilla

Ámbito del caso

Mixto.

Motivo de la consulta

Poliartralgias atraumáticas refractarias a analgésicos.

Historia Clínica

Antecedentes personales: No AMC, no hábitos tóxicos, DM tipo I. Trastorno adaptativo en la infancia. Ingreso en Psiquiatría por ideación autolítica. Padre fallecido recientemente por cáncer pulmonar.

Anamnesis: varón de 28 años que consulta en múltiples ocasiones en su médico de familia y en urgencias por artromialgias generalizadas de predominio en ambos miembros inferiores, de varios meses de evolución, con mal control analgésico y que precisa escalonamiento con parches de fentanilo.

Exploración física: molestias difusas a la palpación en región lumbar y en muslos. Reflejos osteotendinosos conservados. Balance articular libre, molesto en últimos arcos. Vasculonervioso conservado. Resto de la exploración normal.

Pruebas complementarias: Analítica normal, incluidos marcadores inflamatorios factor reumatoide y perfil iónico. Radiografía de columna y caderas normales. RMN columna lumbar sin hallazgos relevantes.

Enfoque individual: Acude con su hermana y durante la entrevista clínica se muestra ausente. Se indaga en aspectos biopsicosociales del paciente. La hermana comenta que "está llevando mal el fallecimiento reciente del padre y que nunca ha aceptado bien su diabetes".

Enfoque familiar y comunitario: Paciente joven, con mala aceptación de su diabetes y huérfano de padre por fallecimiento reciente. Trastorno

adaptativo en la infancia y rasgos anómalos de la personalidad.

Juicio clínico: Se deriva a Reumatología y a Unidad de Salud Mental, descartándose patología reumática y diagnosticándose al paciente de Trastorno Adaptativo con Somatizaciones.

Diagnóstico diferencial: polineuropatía diabética, hernia discal, trastorno adaptativo con somatizaciones.

Identificación de problemas: a veces no se le da importancia a la esfera psicológica del paciente, centrándonos sólo en aspectos físicos y en pruebas complementarias.

Tratamiento, planes de actuación: Ajuste de medicación antidepresiva y mejoría progresiva del dolor, hasta suspender medicación analgésica. Seguimiento por Salud Mental, apoyo emocional a paciente y familia.

Evolución: Presenta una mejoría objetiva y subjetiva de la sintomatología, sin precisar medicación analgésica actualmente.

Conclusiones

A diferencia de otras especialidades, la Medicina de Familia se caracteriza por tener una visión integral del paciente, sus antecedentes personales, familiares, ocupacionales y sus relaciones interpersonales. Tenemos como herramienta fundamental la realización de una completa anamnesis, pudiendo incluso realizar el genograma familiar; así como la posibilidad de seguimiento estrecho tras la instauración de tratamiento. Porque el Médico de Familia. es el médico de las personas.

Palabras clave

Anamnesis, Salud Mental, Medicina Psicosomática.

CASOS CLÍNICOS TIPO ORALES

Paciente de 94 años institucionalizada, comenta por anorexia y cansancio

Gallardo Ramírez M, Oualy Ayach Hadra G, Yera Cano R

Médico de Familia. CS Úbeda. Jaén

Ámbito del caso

Tratamiento paliativo.

Motivo de la consulta

Anorexia y cansancio.

Historia Clínica

Mujer 94 años, institucionalizada y dependiente para las actividades de la vida diaria, DM 2, HTA. No alergias a medicamentos conocidos.

Anamnesis: Consulta por cansancio de meses de evolución y anorexia en la última semana.

Exploración: Tensión Arterial: TAS 92 TAD 64. Temperatura 36,6. FC 95 lpm, Saturación O₂ 96 %, REG, consciente y orientada, colaboradora, palidez mucocutánea y deshidratación leve de piel y mucosa oral con intenso muguet. Estado neurológico normal. Tos seca sin afectación respiratoria. ACR: rítmica sin soplos. MVC. Abdomen: blando, depresible, no doloroso, sin masas ni megalias, ruidos conservados. MMII: no edemas ni signos de TVP.

Pruebas complementarias: Ante la estabilidad hemodinámica y situación basal se realizan CS de manera preferente. *Analítica:* Hematología: 18.000 leucocitos con 90 % neutrófilos. Hemoglobina 8,7, Hematocrito 27%, Hematíes 3,08 x 10⁶. Bioquímica: glucosa 184, urea 74, creatinina 1,3, PCR 6. Radiografía tórax: Patrón en suelta de globos con mínimo pinzamiento de senos.

Enfoque individual: La paciente tiene 94 años y el tratamiento valorando su edad y su estado debería de ser el más inocuo posible.

Enfoque familiar y comunitario: La paciente esta institucionalizada por motivos familiares por lo que los mismos no tienen tiempo para el cuidado de su familiar.

Juicio clínico: Infección respiratoria, muguet oral y probables metástasis pulmonares sin diagnóstico de tumor primario. De anemia por procesos crónicos: trastornos autoinmunes (Crohn, Artritis Reumatoide.), cáncer, enfermedad renal crónica, infecciones prolongadas.

Tratamiento, planes de actuación: Tratamos con amoxicilina, paracetamol y miconazol asociando un complejo multivitamínico y potenciando la hidratación oral con lo que mejoró la sintomatología.

Evolución: Dada la edad de la paciente y su situación basal explicamos a la familia la probable lesión metastásica pulmonar con tumor primario desconocido y los no beneficios de estudio para diagnóstico (actualmente no da síntomas y no sería susceptible de tratamiento curativo).

Conclusiones

Acordamos seguimiento domiciliario y tratamiento paliativo de los síntomas que fuesen apareciendo desde AP.

Palabras clave

Radiography, Metastasis, Tumors.

CASOS CLÍNICOS TIPO ORALES

Parálisis del III par craneal completa como forma de presentación de hemorragia subaracnoideaLópez Urbano MJ¹, Florencio Sayago M², Rodrigo Moreno E²¹ CS Ronda Histórica. Sevilla² Médico de Familia. CS Pino Montano B. Sevilla**Ámbito del caso**

Mixto. Atención Primaria y urgencias hospitalarias.

Motivo de la consulta

Cefalea, vómitos, midriasis arreactiva y ptosis palpebral de ojo derecho.

Historia Clínica

Paciente que consulta en reiteradas ocasiones en los servicios de urgencias de atención Primaria y hospitalaria por cefalea sin signos de alarma y, varias semanas después, por cefalea asociada a parálisis del III par craneal (pc) completa.

Enfoque individual: Mujer de 36 años con antecedentes personales de cefalea tensional y aborto espontáneo.

Anamnesis: Varias asistencias a urgencias por cefalea y vómitos en un periodo de 4 semanas.

En la última asistencia, asocia midriasis arreactiva y ptosis palpebral derecha.

Exploración: Buen estado general. Hemodinámicamente estable. Glasgow 15/15. Parálisis del III pc derecho "completa" (midriasis arreactiva, ptosis palpebral y parálisis de músculos oculomotores). Resto de exploración neurológica normal.

Pruebas complementarias: TAC Craneal: Aneurisma de 13 mm en seno cavernoso derecho. Hemorragia extraaxial subaracnoidea en Cisura de Silvio. Angio TAC: Aneurisma de arteria comunicante posterior derecha.

Enfoque familiar y comunitario: Vive con su pareja. No tiene hijos. Nivel socio-cultural y económico medio.

Juicio clínico: Parálisis III par craneal derecho completa por hemorragia subaracnoidea aneurismática (HSA).

Diagnóstico diferencial: de parálisis III pc: Causas isquémicas (Diabetes y Vasculitis). Causas compresivas (Aneurisma y Herniación uncal). Identificación de complicaciones de HSA: Resangrado. Vasoespasmo.

Tratamiento, planes de actuación: Reposo. Cabecero incorporado. Evitar estreñimiento. Ambiente tranquilo y con poca iluminación. Evitar fluctuaciones de tensión arterial. Analgésicos. Antieméticos. Nimodipino. Tratamiento etiológico: Tratamiento endovascular (Embolización aneurismática).

Evolución: Tras embolización del aneurisma, desaparecen la cefalea y los vómitos, comienza adducción y supraversion con ojo derecho aunque persiste midriasis arreactiva y ptosis palpebral ipsilateral.

Conclusiones

Aunque las cefaleas son el primer motivo de consulta neurológica en Atención Primaria y uno de los síntomas más prevalentes en los servicios de urgencias, sólo el 1% de las mismas se deben a hemorragias subaracnoideas (HSA). La HSA es una emergencia Médica y su pronóstico depende de la situación clínica inicial. Por ello, es esencial una anamnesis completa y una exploración física detallada identificando los signos de alarma para la realización de pruebas complementarias que nos conduzcan a un diagnóstico y tratamiento precoz de la misma. La parálisis del III pc "completa", orienta a una causa compresiva por afectación de las fibras parasimpáticas que inervan a la pupila.

Palabras clave

Subarachnoid Hemorrhage, Total Third-Nerve Palsy, Aneurysm.

CASOS CLÍNICOS TIPO ORALES

“El paciente de ida y vuelta”. Notificar, una estrategia para aumentar la seguridad del paciente y la calidad asistencial

Tejero Catalá C, Tapia Céspedes A, Codoñer Muñoz A

*Médico de Familia. CS Integrado de Carlet. Valencia***Ámbito del caso**

Atención Primaria (AP).

Motivo de la consulta

Dolor abdominal. Edemas en miembros inferiores.

Historia Clínica

Varón de 70 años, dislipémico en tratamiento e intervenido de hernia inguinal bilateral que acude por intenso dolor abdominal y edemas en miembros inferiores.

Enfoque individual: Exploración urgencias extrahospitalarias (UE): impresiona de gravedad; presión arterial (PA) 120/80mmHg. Saturación 90%. Abdomen muy doloroso, Murphy y Blumberg positivo. Edemas con fóvea hasta rodillas. Remito a hospital con diagnóstico de abdomen agudo. Exploración urgencias hospitalarias (UH): PA122/80 mmHg. Abdomen doloroso en epigastrio y Murphy POSITIVO. Analítica con hipertransaminasemia, linfopenia y proteinuria. Radiología: heces en marco cólico. Se “descarta” abdomen agudo. Pautan furosemida 40 mg/día. A las 24 horas acude de nuevo al CS por síncope y disnea súbita. Exploración UE: cianosis labial, saturación 83%. Electrocardiograma: ritmo sinusal con imagen de S en DI, R y T negativa en DIII. Traslado de nuevo al Hospital, sospecha de Tromboembolismo pulmonar (TEP), posible origen neoplásico abdominal. Exploración en UH: TAC TORACO-ABDOMINAL: defectos de repleción en arterias pulmonares. Lesión focal hepática con trombo tumoral vena cava inferior.

Enfoque familiar y comunitario: Apoyo familiar tras la muerte inesperada del paciente.

Juicio clínico: Tep masivo. Neoplasia hepática con infiltración y coágulo intracava.

Identificación de problemas: Error diagnóstico en UH pese al enfoque en AP; falta de credibilidad en UH del Médico de Familia; ir y venir del paciente por un mismo proceso de UE a UH y viceversa.

Tratamiento, planes de actuación: El paciente falleció, pero todavía nos quedaba algo por hacer: notificar. En nuestra comunidad disponemos de SINEA (Sistema de Notificación de Eventos Adversos), donde los profesionales podemos notificar eventos adversos y centinelas. El sistema no es punitivo y su objetivo es identificar las situaciones de riesgo e implantar barreras para su reducción y prevención, adoptando medidas de mejora.

Evolución: Fibrinólisis. Tórpida. Éxitus.

Conclusiones

En numerosas ocasiones los médicos de AP remitimos pacientes a UH con un enfoque diagnóstico y se nos “devuelven” con otro, a veces, erróneo teniendo que remitirlos otra vez (ida y vuelta). Es necesario fomentar la comunicación y el feed-back entre UE y UH. SINEA permite analizar los eventos adversos por un comité de seguridad ad hoc que elabora planes de reducción de riesgos para cada caso.

Palabras clave

Tromboembolism, Quality of Health Care, Patient Safety.

CASOS CLÍNICOS TIPO ORALES

Síndrome de Schmidt: A propósito de un caso clínico

Cancio González F

*Médico de Familia. CS Mentidero. Cádiz***Ámbito del caso**

Atención Primaria.

Diagnóstico diferencial: Hipoaldosteronismo hiporreninémico**Motivo de la consulta**

Paciente de 42 años con astenia, náuseas y cefaleas recurrentes.

Tratamiento, planes de actuación: Inicio tratamiento de Hipotiroidismo. Derivo a Endocrinología para confirmar juicio clínico e iniciar tratamiento específico de probable Síndrome Poliglandular Autoinmune que confirman.**Historia Clínica***Antecedentes familiares:* Sin interés.*Antecedentes personales:* Sin interés.*Evolución:* Favorable con tratamiento específico de dicho síndrome: Levotiroxina + Hidroaltesona + Fludrocortisona.*Anamnesis:* Astenia, Náuseas y Cefaleas recurrentes. Inspección: Hiperpigmentación de la piel a nivel facial. Constantes vitales: Normales.**Conclusiones***Exploración física:* Ningún síntoma ni signo añadido por apto salvo los descritos. *Analítica:* TSH elevada; hiponatremia, hiperpotasemia, hipercalcemia e hiperfosforemia.

El inicio gradual e inespecífico de este síndrome, puede causar que se ignore inicialmente. La inspección de la tonalidad plomiza y pigmentación de la piel fue un signo definitivo para orientar el juicio clínico. Seguir profundizando al solicitar datos de laboratorio accesible al médico de Atención Primaria, nos aportó un juicio clínico muy válido para pensar concretamente en el Síndrome de Schmidt. Ante una anamnesis y exploración física correcta apoyada por pruebas de laboratorio específicas, el Médico de Familia está capacitado para realizar un enfoque diagnóstico bastante preciso sobre múltiples patologías inicialmente complejas.

Enfoque individual: Ante el aspecto plomizo de la piel facial asociado a cefaleas, astenia y parámetros de laboratorio alterados, sospecho posible Insuficiencia adrenal Primaria asociado a Hipotiroidismo.*Enfoque familiar y comunitario:* Se trata de un síndrome que en más del 70% de los casos se debe a una adrenalitis autoinmunitaria asociado a otras endocrinopatías.**Palabras clave***Juicio clínico:* Síndrome Autoinmune Poliglandular tipo 2 (Síndrome de Schmidt): Hipotiroidismo + Insuficiencia Suprarrenal Primaria.

Recurrent Headache, Hyperpigmentation Skin, Schmidt Syndrome.

CASOS CLÍNICOS TIPO ORALES

NeurocisticercosisGómiz Márquez C¹, Rodríguez Ruciero Á², Azagra Calero A³¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Moguer. Huelva² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Valverde. Huelva³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Sardinero. Cantabria**Ámbito del caso**

Atención hospitalaria (urgencias).

Motivo de la consulta

Disestesias y temblor.

Historia Clínica*Antecedentes familiares:* padre con Chagas.*Antecedentes personales:* precedente de Bolivia. No alergias medicamentosas conocidas ni hábitos tóxicos. Niega patologías previas, cirugías y tratamiento.*Enfoque individual. Anamnesis:* mujer 36 años con disestesias de 5 meses de evolución asociadas a parestesias en mitad derecha del cuerpo desde hace 1 mes.*Exploración:* buen estado general. Auscultación cardiopulmonar: tonos rítmicos a buena frecuencia sin soplos audibles; buen murmullo vesicular sin ruidos patológicos. Abdomen y miembros inferiores normales. Exploración neurológica: pupilas normales, fuerza conservada y simétrica, marcha normal y pares craneales sin hallazgos.*Pruebas complementarias:* hemograma anodino. Bioquímica: glucosa 116 miligramos (mg)/ decilitro (dL), colesterol total 223 mg/dL, aspartato aminotransferasa 35 unidades (U)/ litro (L), alanina aminotransferasa 59 U/L, gamma glutamil transpeptidasa 35 U/L. Orina: leucocitos 11.1 U/ campo, células epiteliales 12. 4 U/ campo y bacterias 5385 U/ microlitro. Estudio de autoinmunidad y serologías negativos. Coprocultivo: Entamoeba Coli. Radiografía torácica y ecografía abdominal normales. Resonancia craneal: 2 lesiones quísticas intra-axiales en convexidad parietal bilateral sugestivas de neurocisticercosis. Fondo de ojo normal.*Enfoque familiar y comunitario:* La paciente tiene 2 hijos sanos a los que se realizaron estudios que fueron normales.*Juicio clínico:* neurocisticercosis.*Diagnóstico diferencial:* tuberculosis, equinococosis, esparganosis, criptococosis y astrocitoma.*Identificación de problemas:* entorno endémico, contagio intrafamiliar y condiciones sanitarias inadecuadas.*Tratamiento, planes de actuación:* Albendazol 400 mg cada 12 horas, levetiracetam 250 mg cada 12 horas y prednisona 10 mg cada 12 horas. Revisión tras tratamiento.*Evolución:* Tras iniciar el tratamiento remitieron los síntomas, encontrándose asintomática en su siguiente revisión.**Conclusiones**

La cisticercosis es una infección por larvas de *Taenia solium*, que afecta a los hombres y a los cerdos, y puede manifestarse como neurocisticercosis y cisticercosis extraneuronal. Actualmente representa un problema de salud pública ya que existen numerosas zonas endémicas, tanto en países en vías de desarrollo como en desarrollados. Desde el punto de vista de Atención Primaria es importante realizar una buena anamnesis y exploración, así como derivar para estudio cuando evidenciamos una focalidad neurológica. Aquí cobramos un papel fundamental ya que tenemos gran acceso a los pacientes y podemos promover medidas higiénico dietéticas que son cruciales para prevención de numerosas enfermedades.

Palabras claveNeurocysticercosis, *Taenia Solium*, Paresthesia.

CASOS CLÍNICOS TIPO ORALES

Doctora, es llegar la tarde y enfermo

Salmerón Latorre RM

*MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Virgen del Gavellar. Úbeda (Jaén)***Ámbito del caso**

Urgencias y especialidades hospitalarias.

Motivo de la consulta

Dolor abdominal y febrícula desde hace 20 días.

Historia Clínica

Mujer de 53 años, que acude por dolor epigástrico y febrícula todas las tardes, desde hace 20 días.

Enfoque individual. Antecedentes personales: No alergia a medicación conocida, sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés. Tratamiento habitual Lansoprazol 30 mg.

Anamnesis: Acude por febrícula vespertina de hasta 37,7°C desde hace 20 días, que se acompaña de dolor epigástrico de tipo cólico, que mejora tras las comidas y se irradia a flanco izquierdo. Sin náuseas ni vómitos. Hábito estreñido.

Exploración: Buen estado general, eupneica, normotensa, 37°C, bien perfundida y sin adenopatías palpables. Auscultación otorrinolaringológica normal. Auscultación cardiorrespiratoria normal. Abdomen blando y depresible, doloroso a la palpación en epigastrio y flanco izquierdo, no masas ni megalias, no signos de peritonismo, Murphy y Blumberg negativos. Ruidos hidroaéreos presentes. Puñopercusión bilateral negativa.

Pruebas complementarias: *Analítica:* Hemoglobina 10,6 g/dl, Hematocrito 32,2%, Volumen corpuscular medio 83,9 fL. PCR 31. Resto normal. *Uri análisis:* normal. Radiografías tórax y abdomen: normal. Ecografía abdomen: Hallazgos sugestivos de metástasis hepáticas, adenopatías eje portal y paraaórticas, posiblemente secundarias a tumor gástrico. Se decide ingreso de la paciente para estudio. -Hemocultivos negativos. TC tóraco-abdomino-pélvico: Masa en espacio gastrohepático de probable origen gástrico con

probable infiltración hepática. Lesiones ocupantes de espacio (LOES) hepáticas. Adenopatías periportales adyacentes a tronco celiaco y paraaórticas izquierdas. *Gastroscoopia:* Neoformación gástrica pobremente diferenciada de patrón difuso (Clasificación de Lauren)

Enfoque familiar y comunitario: Mujer de 53 años, cocinera en el restaurante. No hábitos tóxicos.

Vive con su marido y su hija de 25 años. Muy buena relación familiar. Hermano fallecido hace 6 meses por cáncer pancreático.

Juicio clínico: Adenocarcinoma gástrico estadio IV (metástasis hepáticas).

Diagnóstico diferencial: úlcera péptica, pólipos gástricos, linfoma gástrico primario, sarcoma gástrico tumores carcinoides o Enfermedad de Menetrier.

Identificación de problemas: comunicación de malas noticias, dificultad para control del dolor.

Tratamiento, planes de actuación: Analgesia en caso de dolor. Seguimiento por Oncología.

Evolución: Cambios frecuentes de quimioterápicos, por mala tolerancia. Algias en aumento, por lo que se pauta parches de fentanilo. Progresión de la enfermedad.

Conclusiones

Se desconoce la etiología del cáncer gástrico pero influyen el tabaco, la dieta, alimentación. La enfermedad en estadio inicial sólo representa del 10 al 20 % de los casos, por lo que es importante su diagnóstico precoz ante síntomas de sospecha.

Palabras clave

Fever, Stomach Neoplasms, Neoplasm Metastasis, (Fiebre, Cáncer gástrico Metástasis)

CASOS CLÍNICOS TIPO ORALES

Sigo teniendo fiebreGutiérrez Reyes E¹, Roldán Montoya A², Labrac Aranda P³¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Andrés-Torcal. Málaga² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Colonia Santa Inés-Teatinos. Málaga³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Puerta Blanca. Málaga**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

Motivo de la consulta

Fiebre sin foco.

Historia Clínica

Paciente mujer de 38 años, embarazada, que acude a consulta por fiebre de 2 días, que se acompaña de urocultivo positivo y cuadro catarral. Acude a consultas sucesivas en Atención Primaria, sin sintomatología clara, con persistencia del malestar general y fiebre de 38°C. Se le indica desde el CS que si persiste la clínica debe acudir a urgencias para valoración.

Enfoque individual. Antecedentes personales:

No alergias medicamentosas conocidas. Reacción a Hierro IV. Enfermedad de Crohn tratada con Adalimumab quincenal y Azatioprina 100 mg cada 24 h desde 2010. Mantoux negativo. IQ: Resección ileal de 70 cm en 2009. Madre de un niño sano de 3 años. 2 abortos de <12 semanas. Trabaja como repartidora. Peso 73 kg. Talla 1,68cm. TA: 127/89. FC: 93. Pulsioximetría: 98% Temperatura 38'6. Aceptable estado general. Leve palidez de piel y mucosas. Consciente y orientada. Auscultación cardiopulmonar: Taquicardico, rítmico, no soplos ni extra tonos. Murmullo vesicular conservado con leves crepitantes en base derecha. Abdomen blando y depresible. No masas ni megalias. No doloroso. Resto de la exploración física sin alteraciones. Electrocardiograma: Ritmo sinusal a 92 lpm, eje 55 °. No signos de isquemia, no alteraciones de la repolarización, no bloqueos. Radiografía de tórax: ICT conservado. Condensación basan derecha. No derrames. Analítica de sangre: HB 7.5 gr/dL; Leucocitos 3.18x10³/μL; Plaquetas

158. 00x10³/μL; Linfocitos 2.58 x10³/μL Neutrófilos 1. 38 x10³/. Glucosa 98. 0 mg/dL; Creatinina 0.79mg/dl; Sodio 141.94 mmol/L; Potasio 4.55 mmol/L; GPT 54.00 UI/L; GGT 46.00UI/L; BT 0.39 mg/dL; PCR <3.10 mg/L; Fosfatasa alcalina 116.00UI/L; Filtrado glomerular >80. Autoinmunidad: ANA negativa y Factor reumatoide <10. Ecocardiografía materna: No endocarditis ni vegetaciones. Broncoaspirado alveolar: Positivo para M. tuberculosis.

Enfoque familiar y comunitario: Apoyo a la paciente y entorno familiar (baja laboral, cuidadora de hijo)

Estudio de contactos de tuberculosis.

Juicio clínico: Tuberculosis. Neumonía. ITU complicada. Gripe. Efectos secundarios tratamiento inmunodepresor.

Tratamiento, planes de actuación: 2 primeros meses: Rifampicina 300 mg/Isoniacida 150 mg + Etambutol 400 mg + Hidroxil. 7 meses restantes: Rifampicina 300 mg/Isoniacida 150 mg. Revisiones en Ginecología, Digestivo e Infecciosas. Tratamiento profiláctico de esposo e hijo

Evolución: La paciente está asintomática. Embarazo sin incidencias.

Conclusiones

Fiebre persistente sin sintomatología: pensar en tuberculosis.

Palabras clave

Fiebre, Inmunosupresión, Embarazo.

CASOS CLÍNICOS TIPO ORALES

Doctora, no me baja el colesterolLabrac Aranda P¹, Gutiérrez Reyes E², Garrido Martínez F³¹ CS Puerta Blanca. Málaga² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Andrés Torcal. Málaga³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Coín. Málaga**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

Motivo de la consulta

Cifras elevadas de colesterol, triglicéridos y transaminasas.

Historia Clínica

Mujer de 51 años de edad que acude a consulta porque en la última visita para revisión por su oncólogo detectaron en la analítica de rutina unos niveles de colesterol, LDH, triglicéridos, GOT y GPT bastante elevados. Su oncólogo recomienda un cambio en los hábitos de alimentación. La paciente acude a consulta preocupada, ya que ella realiza dieta estricta sin conseguir mejoría. Refiere además encontrarse muy cansada; no tiene energía para llevar a cabo las actividades de su día a día y mucho menos para continuar con el nivel de ejercicio físico que realizaba previamente. Se encuentra hinchada, amanece con bolsas en los ojos y ha ganado mucho peso. Tiene pelo y piel más secos que nunca. Ha notado ánimo deprimido con tendencia al llanto y cambios de humor bruscos. Además, presenta disfonía desde hace varias semanas.

Enfoque individual. Antecedentes personales: diabetes mellitus tipo I, dislipemia y bocio multinodular no tóxico. Analíticas sanguíneas: Primera analítica: Colesterol Total 446 mg/dL, LDL 283.8 mg/dL, HDL 101 mg/dL, Triglicéridos 306 mg/dL, LDH 658 U/L, GOT-ASAT, GPTALAT 164. Segunda analítica (aquella que solicitamos tras la primera visita): TSH >100, T4L 0'2, Anti TPO 32.2

Exploración física: En nuestra paciente nos llamó la atención el bocio palpable a nivel cervical anterior. No se palpaban adenopatías laterocervicales, submandibulares ni supraclaviculares. La auscultación cardiopulmonar no presentaba alteraciones.

Enfoque familiar y comunitario: Identificar patología tiroidea y tratar para conseguir cifras de TSH en rango de la normalidad y ausencia de síntomas.

Juicio clínico: hipotiroidismo autoinmune.

Diagnóstico diferencial: proceso hematológico. Síndrome paraneoplásico. Síndrome nefrótico o IR por su DM. Formas secundarias o terciarias de hipotiroidismo.

Tratamiento, planes de actuación: Ecografía tiroidea. Analítica sanguínea.

Evolución: La paciente queda libre de síntomas. Controles periódicos de TSH.

Conclusiones

El hipotiroidismo es una entidad frecuente con incidencia superior en el sexo femenino, que tratamos a diario en las consultas de atención Primaria. Conseguir una remisión de la clínica de manera tan rápida nos motiva a seguir formándonos y a no bajar la guardia ante la patología tiroidea tan frecuente en Atención Primaria. Alteraciones analíticas de estas características deben hacernos pensar en patología tiroidea.

CASOS CLÍNICOS TIPO ORALES

Lo que esconde una analítica

Ballesteros Muñoz E¹, Vázquez Bandera L², Gutiérrez Reyes E³

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Teatinos-Colonia Santa Inés. Málaga

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Delicias. Málaga

³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Torcal. Málaga

Ámbito del caso

Atención Primaria. Urgencias. Consultas externas.

Motivo de la consulta

Molestias gástricas. Aumento en el número de deposiciones diarias. Pérdida de peso. Palpitaciones. Acúfenos. Coluria.

Historia Clínica

Paciente mujer de 62 años que comenzó a sentir molestias gástricas por lo que consulto a su médico de atención primaria que tras estudio de heces pauto tratamiento antibiótico para erradicación de *Helicobacter Pylori*. A pesar conseguir la erradicación de *Helicobacter Pylori*, la paciente continuaba con molestias gástricas y comenzó a notar un aumento en el número de deposiciones diarias a perder peso, con astenia, palpitaciones, coluria y acúfenos. Se solicita analítica de sangre desde el CS pero por su mal estado la paciente consulta en urgencias donde le diagnostican anemia macrocítica a filiar que no se puede transfundir por tener un Coombs positivo en las pruebas cruzadas y se comienza tratamiento con ácido fólico y vitamina B12. A pesar del tratamiento no hay mejoría por se le realiza otra analítica con empeoramiento de los parámetros por lo que se ingresa a cargo del servicio de hematología para estudio.

Enfoque individual. Antecedentes personales: Cáncer de mama izquierda en 2000. Osteopenia.

Antecedentes Familiares: Padre: Cáncer de Colón. Madre: Alzheimer. Hermana mayor: Cáncer de mama bilateral. Hija con enfermedad de Cronh.

Enfoque familiar y comunitario: Segunda de 5 hermanos, Todos los hermanos están sanos y no tienen antecedentes médicos de interés a excepción de su hermana mayor (cáncer de mama). Ambos progenitores de la paciente han fallecido. 2 hijas, de las cuales la mayor padece una enfermedad de Crohn y tiene tres nietos. Está separada de su marido, aunque a pesar de esta separación continuaron viviendo en la misma casa hasta la actualidad.

Juicio clínico: Diagnóstico: anemia autoinmune.

Diagnóstico diferencial: alcoholismo. Hepatopatía crónica. Hipotiroidismo. Hipoxia. Anemia megaloblástica. Síndromes mielodisplásicos. Hemorragia aguda. Anemia Hemolítica. Aplasia medular.

Tratamiento, planes de actuación: Prednisona. Ácido fólico. Omeprazol. Controles analíticos. Control y estudio por Hematología.

Evolución: Con el tratamiento la paciente evoluciona adecuadamente recuperando valores de hemoglobina pero no se identificó la causa de la hemolisis.

Conclusiones

A la hora de diagnosticar una anemia existen parámetros al alcance del Médico de Familia que nos permiten clasificar e identificar los diferentes tipos de anemia.

Palabras clave

Anemia, Autoimmune, Hemolytic.

CASOS CLÍNICOS TIPO ORALES

Doctora, me he notado un bultoGutiérrez Reyes E¹, Ballesteros Muñoz E², Vázquez Bandera L³¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Andrés-Torcal. Málaga² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Colonia Santa Inés-Teatinos. Málaga³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Las Delicias. Málaga**Ámbito del caso**

Adenopatías, procesos infecciosos y procesos tumorales.

Motivo de la consulta

Adenopatía en axila derecha.

Historia Clínica

Paciente varón de 32 años que acude a consulta por notarse un bulto en axila derecha de crecimiento progresivo de 3 semanas. Presenta picos de febrícula intermitentes. No pérdida de peso. No sudoración. No viajes ni infecciones recientes.

Enfoque individual: No alergias medicamentosas. No hábitos tóxicos. Trabaja como mecánico. TA 107/67, FC67. Buen estado general. Eupneico, bien perfundido.

Exploración física: Bultoma de 4 cm de diámetro de consistencia blanda y móvil, discretamente doloroso, no enrojecimiento ni calor en axila derecha. No se palpan adenopatías a otros niveles. Auscultación: tonos rítmicos, sin soplos. MVC, sin ruidos sobreañadidos. No bocio. Radiografía de Tórax: ICT normal. No condensaciones ni infiltrados. No derrames. Abdomen: blando y depresible, no se palpan masas ni megalias. No doloroso a la palpación. No signos de irritación peritoneo. Peristaltismo presente. Analítica de sangre: HB 13'6 g/dl. VCM 97. Leucocitos 5100, con fórmula normal. VSG 34. PCR 0'8 Iones normales. Perfil hepático sin alteraciones. Ecografía axilar derecha: aglutinado de adenopatías de 46×24 mm con vascularización y aumento de la ecogenicidad del tejido celular adyacente sugestivo de proceso linfoproliferativo. No se visualizan otras adenopatías. PAAF adenopatía: frotis negativo para células malignas con presencia de

estructuras granulomatosas no necrotizantes. Microbiología: serología toxoplasma gondii: IgG positivo, IgM negativo. Citomegalovirus: IgG e IgM negativo. Epstein Barr virus: Ig G positivo. Bartonella henselae: Ig G positivo (título 1/640). Ig M positivo.

Enfoque familiar y comunitario: Identificar causa de adenopatías (proceso infeccioso vs proceso linfoproliferativo) a través de buena anamnesis y exploración para evitar pruebas complementarias invasoras.

Juicio clínico: Adenopatía localizada de origen inflamatorio.

Diagnóstico diferencial: Enfermedades infecciosas (bacterias, virus, micobacterias, hongos, parásitos); neoplásicas (procesos hematológicos, metástasis); del tejido conectivo (AR, LES, síndrome de Sjogren, dermatomiositis).

Tratamiento, planes de actuación: No tratamiento. Observación y seguimiento.

Evolución: El paciente se encuentra asintomático. Los episodios febriles y la adenopatía desaparecieron.

Conclusiones

Considerar: edad (en menores de 30 años pensar en un proceso inflamatorio y en mayores de 50 años, en neoplasia); el sexo, y otros antecedentes personales (trabajo, tóxicos, inmunosupresión), epidemiológicos (viajes, animales, ingesta de carne o leche pasteurizada, contactos infecciosos), evolución de la adenopatía y síntomas acompañantes

Palabras clave

Adenopatía, Fiebre, Diagnóstico Diferencial.

CASOS CLÍNICOS TIPO ORALES

Los signos de alarma en las adenopatías. A propósito de un casoMartín Marcuartu P¹, Löw U², Puertas Rodríguez A³¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Ribera del Muelle² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Casines. Puerto Real (Cádiz)³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Pinillo Chico. El Puerto de Santa María (Cádiz)**Ámbito del caso**

Mixto: atención Primaria, urgencias y atención especializada. Caso multidisciplinar.

Motivo de la consulta

La paciente acudió a Urgencias por síntomas miccionales, y como síntoma secundario la sensación de adenopatía cervical inflamada. Las semanas consecutivas acudió a Atención Primaria por mala evolución de la adenopatía a pesar de tratamiento antibiótico, con aumento de tamaño y dolorosa sin otra sintomatología asociada.

Historia Clínica

Antecedentes personales: verruga genital tratada por ginecología con VPH positivo y citología normal, SOP en tratamiento con ACHOs y en seguimiento ginecológico. Duelo por fallecimiento familiar en 2014 que precisó atención psiquiátrica. Dispepsia funcional valorada en digestivo con EDA y test de la ureasa rápida normal. Hiperprolactinemia valorada en endocrino considerada fisiológica, bronquitis en la infancia que precisó ingreso. Intervenciones quirúrgicas: prótesis mamaria bilateral.

Enfoque individual. Anamnesis: mujer de 23 años que acude a consulta de urgencias de Atención Primaria por adenopatía cervical izquierda dolorosa que no mejora tras 10 días con tratamiento antibiótico, sin otra sintomatología asociada.

Exploración: física general y por aparatos y sistemas donde se aprecia adenopatía laterocervical izquierda dolorosa a la palpación, no adherida a planos profundos de unos 3 cm de diámetro.

Pruebas complementarias: analítica completa con leve leucocitosis y serología sanguínea de VEB y CMV sin alteraciones. Análisis de orina con leucocitosis y nitritos negativos.

Enfoque familiar y comunitario. Antecedentes familiares: madre dudoso Ca. gástricotía paterna tumor de SNC. No alergias medicamentosas conocidas, fumadora de 10 cigarros/día. Alcohol ocasional.

Juicio clínico: Impresión diagnóstica: en función de los hallazgos en la exploración y la historia de la paciente, al no responder a tratamiento antibiótico y no presentar sintomatología infecciosa, así como la normalidad de las pruebas complementarias se consideró la posibilidad de malignidad del proceso, sin poder descartar otros procesos.

Tratamiento, planes de actuación: Se derivó al Servicio de Urgencias para valoración. Allí el ORL de guardia realizó ecografía con hallazgo de adenopatías laterocervicales bilaterales, la mayor izquierda con áreas necróticas o abscesificadas en su interior, y es citada para revisión en consulta.

Evolución: Se inició estudio de la adenopatía con BAG y hallazgo de Ca. Indiferenciado de probable origen en cavum, confirmando el diagnóstico. Fue derivada a oncología para tratamiento sistémico así como oncología radioterápica. Durante el tratamiento la paciente acude en numerosas ocasiones a Urgencias aquejando síntomas secundarios al tratamiento y su enfermedad (dolor, disfagia, vómitos, astenia), precisando colocación de SNG para nutrición enteral.

Conclusiones

La importancia del seguimiento y actuación ante una adenopatía inespecífica sin aparentes signos de alarma.

Palabras clave

Lymphadenopathy, Medical Oncology, Nasopharynx.

CASOS CLÍNICOS TIPO ORALES

Transmitiendo malas noticias. A propósito de un casoMoreno Obregón F¹, Herrera Campos EA², Neila López MJ³¹ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Cartaya. Huelva² MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Adoratrices. Huelva³ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Bollullos. Huelva**Ámbito del caso**

Atención hospitalaria.

Motivo de la consulta

Somnolencia, decaimiento y dolor lumbar refractario a tratamiento.

Historia Clínica

Antecedentes personales: Varón de 65 años, autónomo, con hábito tabáquico, etilismo con hepatopatía enólica, HTA, dislipemia y artritis reumatoide en tratamiento con metrotexate y corticoides. Ingresa en planta por episodio de somnolencia en el contexto de tratamiento analgésico por sospecha de ciatalgia derecha. Inicialmente, se sospechó que la somnolencia se debiera a encefalopatía hepática, pero nunca ha cumplido criterios de cirrosis y no existe daño estructural significativo en la ecografía abdominal.

Pruebas complementarias radiológicas: gran masa de partes blandas metastásica que infiltra cuerpo de L4 y múltiples huesos y músculos además de pulmón siendo el origen de las lesiones neoplásicas un carcinoma vesical. Complicaciones durante el ingreso: arritmia por FA, varios episodios de shock hipovolémico por rectorragias en ausencia de metástasis en colon y trombosis de la vena cefálica derecha.

Enfoque individual: Nos sentamos a solas a hablar con el paciente uno de los días que se encontraba con mejor estado de ánimo. Fue en la habitación individual donde había estado durante todo el ingreso dado que no se podía mover por las fracturas que padecía. Al

preguntarle: qué sabía sobre su enfermedad responde: “nadie me ha dicho nada después de tanto tiempo aquí” y además nos indica que quiere saber en cuanto al pronóstico vital. También consensuamos la actitud a seguir dado que el paciente no quería seguir ingresado más tiempo.

Enfoque familiar y comunitario: Buen entorno familiar, vive acompañado por sus hijos. Inicialmente hay una conspiración de silencio familiar, pero dado que el paciente quiere saber sobre su enfermedad le explicamos a la familia nuestra obligación de informar.

Juicio clínico: Neoplasia vesical con metástasis óseas y pulmonares.

Tratamiento, planes de actuación: Estabilización hemodinámica, control de síntomas y actuación, consensuada con el paciente, a seguir: derivación a radioterapia y posterior seguimiento por Cuidados paliativos.

Evolución: Actualmente en domicilio con buen control de síntomas.

Conclusiones

Para los médicos de Atención Primaria es primordial la transmisión de malas noticias dado que cada vez el manejo de los pacientes es más complejo y multidisciplinar: atención Primaria, especializada y cuidados paliativos.

Palabras clave

Interview, Communication, News

CASOS CLÍNICOS TIPO ORALES

Diagnóstico diferencial de enfermedades ampollosas en niñosRodríguez Ruciero Á¹, Gómiz Márquez C², Martín Brioso E¹¹ Médico de Familia. CS Valverde del Camino. Huelva² Médico de Familia. CS Moguer. Huelva**Ámbito del caso**

Atención hospitalaria (urgencias).

Motivo de la consulta

Lesiones ampollosas en MMII y tronco de 2 días de evolución.

Historia Clínica

No reacciones alérgicas medicamentosas. No antecedentes personales de interés. No intervenciones quirúrgicas previas.

Enfoque individual. Anamnesis: Varón de 5 años que es traído al Servicio de Urgencias por sus padres por presentar cuarto episodio en 6 meses de aparición de lesiones pruriginosas y eritematosas que posteriormente se hacen ampollosas afectando a MMII (miembros inferiores) y tronco sin afectar a mucosas. No se acompañan de fiebre ni otra sintomatología. No se asocia con el consumo de determinados alimentos ni coincide con el cambio de detergente, geles o champú.

Exploración: auscultación cardíaca normal. Auscultación pulmonar normal. Abdomen sin hallazgos. Orofaringe normal. Otoscopia normal. En cara interna de miembro inferior izquierdo presenta lesión ampollosa a tensión sobre base eritematosa. En cara externa de dicho miembro presenta 3 lesiones eritematosas sobre elevadas de unos 5mm de diámetro con escoriaciones por rascado, su madre refiere que anteriormente existían ampollas. En región lumbar presenta lesión eritematosa plana de 3mm de diámetro, según su madre se trata de estadio anterior a la aparición de ampolla. En rodilla izquierda presenta lesiones cicatriciales hipo pigmentadas de episodios anteriores.

Pruebas complementarias: no se realizan en urgencias.

Enfoque familiar y comunitario: Padre con vitíligo. Resto sin interés.

Juicio clínico: Diagnóstico: impétigo bulloso.

Diagnóstico diferencial: reacción a picadura de insecto, dermatitis herpetiforme, dermatosis IgA lineal, epidermólisis ampollosa simple, penfigoide ampollosa, pénfigo vulgar.

Identificación de problemas: en urgencias no disponemos de pruebas diagnósticas para este tipo de lesiones. El paciente tardará mucho tiempo en ser valorado por especialista.

Tratamiento: antihistamínicos vía oral y antibiótico tópico.

Plan de actuación: derivación a consultas externas de dermatología a través de su médico de Atención Primaria.

Evolución: Desaparición de las lesiones tras tratamiento pautado.

Conclusiones

En urgencias hospitalarias lo importante es descartar que se trate de patología que ponga en riesgo la vida del paciente. La aportación para el médico de familia es que debe conocer los criterios de derivación a dermatología en caso de lesiones ampollosas de repetición en niños.

Palabras clave

Childhood Blistering, Erythema, Bullous Dermatosis

CASOS CLÍNICOS TIPO ORALES

A propósito de una marcha equina

Ramírez Sánchez D¹, Gil Cañete A², Carmona González PB³¹ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Molino de la Vega. Huelva² Médico de Familia. CS Molino de la Vega. Huelva³ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Molino de la Vega. Huelva**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

Motivo de la consulta

Incapacidad para la flexión dorsal del pie derecho desde hace 5 años.

Historia Clínica*Antecedentes personales:* Varón de 40 años. Síndrome depresivo. No intervenciones quirúrgicas previas.*Enfoque individual. Anamnesis:* Paciente refiere rigidez en pie derecho e incapacidad para la flexión dorsal de dicho pie desde hace 5 años. Ha ido en aumento, dificultando su vida laboral.*Exploración:* Buen estado general. Miembros inferiores: Marcha con estepaje marcado, pie equino derecho. Pie cavo izquierdo y dedos en garra.*Pruebas complementarias:* Electromiograma: Signos neurofisiológicos compatibles con radiculopatía lumbar L5-S1 derecha por pérdida axonal de crónica evolución y muy severa intensidad, en estadio de secuela. Resonancia magnética nuclear de columna lumbosacra: Lesión intra-axial intradural y aparentemente extra medular de naturaleza mixta (sólida y quística) en el cono medular (D12-L1), de medidas y características referidas. Discopatía degenerativa leve L4-L5. Diagnóstico anatomopatológico (19-8-2016): Neurilemoma (Schwannoma).*Enfoque familiar y comunitario:* Remarcar al paciente la importancia de hacer conocer la enfermedad que presenta, los riesgos que conlleva un mal control terapéutico y el hecho de ignorar enfermedades de este tipo, que

pueden poner en riesgo su vida laboral o dejar secuelas como alguna discapacidad.

Juicio clínico: Lesión ocupante de espacio intradural vertebral compatible con neurilemoma.*Diagnóstico diferencial:* Meningioma del cono medular a nivel lumbosacro. Ependimoma del cono medular (D12-L1). Neurinoma del cono medular (D12-L1). Lesión yatrogénica secundaria a cirugía de la rodilla. Discopatía degenerativa leve L4-L5. Paciente encamado o durante largo tiempo en coma. Traumatismo de rodilla previo.*Tratamiento, planes de actuación:* Laminectomía D12-L1. Con técnicas microquirúrgicas se procede a la extirpación de la lesión en bloque.*Evolución:* Tras acudir al CS por clínica de dificultad en la marcha (marcha en estepaje) e incapacidad para la flexión dorsal del pie derecho se deriva al servicio de Rehabilitación para valoración. Se realiza electromiograma y resonancia magnética nuclear de columna llegándose al posible diagnóstico de discopatía degenerativa a nivel L4-L5 con lesión intra-axial intradural a nivel D12-L1, por lo que se deriva a Neurocirugía. Se lleva a cabo *Intervención:* laminectomía y exéresis. Estudio anatomopatológico y al alta con analgesia y corticoides. Buena evolución posterior.**Conclusiones**

La importancia de la correcta derivación desde atención Primaria. Correcta exploración de la marcha y miembros inferiores.

Palabras clave

Equinus Deformity, Neurilemmoma, Intervertebral Disc Displacement

CASOS CLÍNICOS TIPO ORALES

Imágenes cavitadas bilaterales: ¿tuberculosis o lesiones ocupantes de espacio?Pérez Gamero ML¹, Pavón Gómez MJ¹, Burgos Rodríguez M²¹ Médico de Familia. CS Montequinto. Sevilla² MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Montequinto. Sevilla**Ámbito del caso**

Atención Primaria y atención especializada.

Motivo de la consulta

Tos y mucosidad.

Historia Clínica

Antecedentes personales: Fumador de 20 cigarrillos/día. Bebedor moderado. Esteatosis hepática. En 2012 se visualizó en TAC, lesión ocupante de espacio en cola pancreática. Hipotiroidismo.

Anamnesis: Varón de 51 años que acude a consulta por cuadro de tos de dos semanas de evolución, expectoración marronácea maloliente y fiebre de 38°C.

Exploración: Fetor purulento. ACR: Tonos rítmicos a buena frecuencia. No soplos. Buen murmullo vesicular. Mínimos roncus en base izquierda. Faringe: Hiperémica y edematosa. No exudado.

Pruebas complementarias: Sat O₂ 96%.

Análítica: PCR 158 mg/l, hematíes 4.09 y hemoglobina 130 g/L, resto normal. Rx tórax: Imagen cavitada con nivel hidroaéreo en lóbulo inferior izquierdo y lesiones nodulares en lóbulos superior e inferior derechos. Mantoux y baciloscopia de esputo negativos.

Enfoque familiar y comunitario:

Familia nuclear en fase de extensión. Único miembro del núcleo familiar que trabaja de forma remunerada. Intensa preocupación por ausentarse de su puesto de trabajo, lo que provoca que inicie tratamiento sin consultar con su médico y de forma tardía.

Juicio clínico: Imagen cavitada e imágenes nodulares bilaterales a filiar.

Diagnóstico diferencial: Absceso pulmonar. Neoplasia de pulmón. Tuberculosis pulmonar. Vasculitis.

Identificación de problemas: Tabaquismo. Enfermedad periodontal. Bebedor de riesgo. Fiebre y lesiones cavitadas descartada enfermedad tuberculosa pulmonar.

Tratamiento, planes de actuación: Se deriva a consulta de Neumología, donde se decide ingreso hospitalario para antibioterapia intravenosa y continuar estudio.

Evolución: En TAC tóraco abdominal, se observan lesiones cavitadas en lóbulo inferior izquierdo y superior derecho, y opacidades tipo masa en lóbulo inferior derecho e izquierdo. No se visualiza lesión en cola de páncreas. En la broncoscopia se descarta neoplasia y vasculitis. Tras la buena respuesta a antibioterapia IV se llega al diagnóstico de abscesos pulmonares, en relación con enfermedad periodontal, hábito etílico y tabáquico.

Conclusiones

La figura del Médico de Familia en la prevención de hábitos tóxicos y la correcta higiene bucal son fundamentales para ciertas patologías. La accesibilidad en la comunicación entre niveles asistenciales, facilita el trabajo diario del Médico de Familia y le permite priorizar patologías que necesitan un diagnóstico precoz y un tratamiento hospitalario.

Palabras clave

Lung Abscess, Tuberculosis Radiology Imaging, Periodontal Disease

*Se ha solicitado autorización explícita del paciente para su publicación.

CASOS CLÍNICOS TIPO ORALES

Disfunción familiar grave en adolescente: Importancia del abordaje familiarPérez Gamero ML¹, Miranda Flores MR², Lira Liñán A³¹ Médico de Familia. CS Montequinto. Sevilla² MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Montequinto. Sevilla³ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Montequinto. Sevilla**Ámbito del caso**

Atención Primaria y especializada.

Motivo de la consulta

Diarrea.

Historia Clínica*Antecedentes personales:* Dermatitis atópica. Cirugía apendicitis. Fisura anal resuelta.*Anamnesis:* Mujer de 14 años con diarrea de 15 días de evolución, con moco y sangre, sin fiebre ni artritis, ni afectación ocular. Ha perdido 3kg. Viene acompañada por su madre que lo atribuye a desmotivación para la organización académica por cambio al instituto.**Exploración:**

Pálida. IMC 15, sin alteración de la imagen corporal. Abdomen sin masas. Tacto rectal e inspección anal: no fisura, dedil con heces con moco y sangre. PPCC: PCR 27. VSG 27. Hemograma normal con microcitosis. RDW 15.5. Sideremia, transferrina y capacidad de fijación, disminuidas, con IST 8% y Ferritina normal. Cultivo de heces y parásitos negativos.

Enfoque familiar y comunitario: Familia monoparental por separación, desde que la niña tenía 6 meses. La madre tiene la custodia y el padre, régimen de visitas. No acude a punto de encuentro con el padre por voluntad propia, por ello el padre mantiene proceso judicial. Además, por no asistir al régimen estipulado, la madre ha sido condenada a pena de cárcel en dos ocasiones, la primera fue indultada, y próximamente debe ingresar en prisión 6 meses.*Juicio clínico:* Diarrea prolongada con productos patológicos.*Diagnóstico diferencial:* Intolerancia alimentaria, enfermedad inflamatoria intestinal (EII), diarrea infecciosa, colon irritable.*Identificación de problemas:* Disfunción familiar. Acontecimiento vital estresante. Diarrea de perfil orgánico.*Tratamiento, planes de actuación:* Se realiza abordaje familiar para intentar solventar la ausencia de relación con el padre, sin éxito. Se deriva a Digestivo con alta sospecha de EII.*Evolución: Colonoscopia:* Transverso proximal y colon ascendente con úlceras extensas con aspecto de empedrado. Entero RMN: Enfermedad de Crohn, con signos de actividad en íleon terminal, válvula íleocecal y ciego. Se inicia tratamiento con mesalazina y azatioprina con mejoría parcial. Tras la resolución de la pena de la que nuevamente la madre fue indultada, desaparece la sintomatología intestinal.**Conclusiones**

El abordaje psicosocial es fundamental en nuestra labor diaria y como herramientas debemos utilizar nuestros conocimientos en atención familiar y entrevista clínica y tener siempre presente la influencia del entorno familiar.

Palabras clave

Crohn Disease, Intestinal Disease, Adolescence Health.

*Se ha solicitado la autorización de la paciente.

CASOS CLÍNICOS TIPO ORALES

Ictus aterotrombótico en paciente joven con factores de riesgo: Importancia de la prevención y el diagnóstico precozPérez Gamero ML¹, Miranda Flores MR², Pavón Gómez MJ¹¹ Médico de Familia. CS Montequinto. Sevilla² MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Montequinto. Sevilla**Ámbito del caso**

Atención Primaria, atención especializada.

Motivo de la consulta

Mujer de 58 años, atendida en la vía pública por disminución de fuerza miembro superior izquierdo y paresia facial izquierda, activándose código ictus.

Historia Clínica*Antecedentes personales:* HTA. Fibrilación auricular (FA) paroxística no anticoagulada detectada 2 meses antes. Fumadora. Bebedora moderada.*Anamnesis:* La tarde previa al ingreso presentó debilidad y acorchamiento en brazo izquierdo. La semana previa había tenido varios episodios transitorios similares.*Exploración:* TA. 150/80. Afebril. Glucemia 90. ACR: rítmica sin soplos. Buen nivel de conciencia. Hemianopsia izquierda. Desviación de la mirada a la derecha. Disartria. Paresia facial supranuclear izquierda. Hemiplejía izquierda y hemianestesia izquierda. Asomatoagnosia izquierda. PPCC: Anemia normo con hemoglobina de 95. Estudio de lípidos, glucemia e iones normales. TAC craneal s/c: Hipodensidad en la cabeza del núcleo caudado derecho. Angio TAC de TSA: Oclusión total de la arteria cerebral media derecha (ACM). Estenosis de la bifurcación carotídea derecha. Trombosis mural de aorta torácica descendente. TAC de control: Estabilización de la lesión isquémica sin extensión ni transformación hemorrágica. Ecocardiografía: HVI ligera.*Enfoque familiar y comunitario:* Familia nuclear con parientes próximos en etapa de nido vacío. Adecuado apoyo social y familiar.*Juicio clínico:* Ictus aterotrombótico por oclusión de ACM derecha.*Diagnóstico diferencial:* HSA, Ictus hemorrágico, LOE cerebral.*Identificación de problemas:* EPOC. HTA. Dilatación aneurismática del cayado y aorta descendente. FA no valvular CHA2DS2VASC 3. Enfermedad cerebrovascular.*Tratamiento, planes de actuación:* Se descartó fibrinólisis, realizándose trombectomía y angioplastia con colocación de stent en ACM derecha. Ha dejado de fumar. Se siguen estrictos controles tensionales y está tratada con tres fármacos antihipertensivos. Realiza tratamiento anticoagulante y antiagregante.*Evolución:* Al alta hospitalaria: Cuadrantanopsia homónima inferior izquierda. Facial supranuclear izquierdo. Marcha con claudicación de miembro inferior izquierdo en rehabilitación.**Conclusiones**

La utilización de la escala Cincinnatti para la valoración extrahospitalaria del ictus ha mejorado las secuelas de la enfermedad cerebrovascular. La atención longitudinal, permite seguir al paciente desde el inicio de su proceso agudo hasta su resolución y facilita la relación entre niveles, importante en el abordaje de procesos complejos.

Palabras clave

Cerebrovascular Stroke Surgery Therapy, Risk Factors of Cerebrovascular Diseases, Rehabilitation of Acute Cerebrovascular Accidents

*Solicitada autorización de la paciente.

CASOS CLÍNICOS TIPO ORALES

Cuando activar un código IctusMiranda Flores MR¹, Pérez Gamero ML¹, Burgos Rodríguez M²¹ Médico de Familia. CS Montequinto. Sevilla² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Montequinto. Sevilla**Ámbito del caso**

Atención Primaria y hospitalaria.

Motivo de la consulta

Incoordinación y debilidad en miembros inferiores (MMII) y miembro superior izquierdo (MSI).

Historia Clínica

Paciente de 35 años que acude a urgencias extrahospitalarias por pérdida brusca de fuerza en MMII con imposibilidad para la deambulación, así como sensación de incoordinación de MSI y cortejo vegetativo asociado.

Enfoque individual. Antecedentes personales: No alergias medicamentosas conocidas, narcolepsia con cataplejía e HTA sin tratamiento.*Exploración física:* Tensión arterial 190/110 mm Hg. Glucemia 112mg/dl. Sudoroso. Pálido. Consciente y orientado en 3 esferas. Nomina, comprende y repite. Pupilas isocóricas y normorreactivas. No paresia facial con resto de pares craneales conservados. No déficit campimétrico. Claudicación de miembros izquierdos con fuerza disminuida en MMII. Dismetría con MSI. Reflejo cutáneo plantar extensor izquierdo. No alteración sensitiva. Marcha atáxica.*Pruebas complementarias:* ECG con ritmo sinusal. Analítica con coagulación normal. TAC craneal. Arteriografía cerebral. RMN cerebral.*Enfoque familiar y comunitario:* Buen apoyo familiar. Entorno social favorable. Pareja estable. Trabaja como locutor de radio.*Juicio clínico:* Posible código Ictus.*Diagnóstico diferencial:* Episodio de narcolepsia, ataxia, accidente vasculo cerebral isquémico o hemorrágico.*Identificación de problemas:* Hematoma talámico derecho abierto a ventrículos de probable origen hipertensivo. Hipertensión arterial no tratada.*Tratamiento, planes de actuación:* Administración de furosemina, urapidilo y labetalol en bolos en las primeras horas para continuar con perfusión de estos últimos hasta retirada de los mismos para comenzar con tratamiento vía oral.*Evolución:* Desde su llegada a urgencias extrahospitalarias la recuperación del déficit motor y la alteración de la marcha fue progresiva. Una vez en el área hospitalaria, se realiza TAC craneal donde se observa hematoma talámico derecho, por lo que ingresa en Unidad de Ictus. Se descartó malformación arteriovenosa. Durante el ingreso mejoría de la clínica neurológica, aunque mal control de las cifras tensionales, derivándose al alta con cinco fármacos antihipertensivos. Continúa en rehabilitación neurológica con buena evolución y en estudio en consultas de hipertensión.**Conclusiones**

Importancia de realizar una exploración neurológica detallada así como de conocer el nuevo protocolo de actuación ante un posible código Ictus desde Atención Primaria. Destacar la coordinación entre niveles. Ante la duda, recordar siempre que “el tiempo es cerebro” y debemos actuar con la mayor brevedad posible.

Palabras clave

Brain Vascular Accident, Deficit Neurology, Arterial Hypertension

CASOS CLÍNICOS TIPO ORALES

Miastenia Gravis como manifestación atípica tras sufrir un ictusGonzález García J¹, González Vargas JM²¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Bormujos. Bormujos (Sevilla)² Médico de Familia. CS Bormujos. Bormujos (Sevilla)**Ámbito del caso**

Urgencias.

Motivo de la consulta

Borramiento del surco nasogeniano izquierdo con sensación de claudicación mandibular, habla gangosa y pérdida de fuerza en brazo izquierdo de 6 días de evolución.

Historia Clínica

Varón de 56 años que consulta por los motivos anteriormente citados, que ingresa por probable ictus isquémico y al que acabamos diagnosticando de Miastenia Gravis Autoinmune Generalizada.

Enfoque individual. Urgencias: Neurológico normal, salvo borramiento del surco nasogeniano izquierdo y caída del brazo izquierdo con maniobra de Barré en unos 30 segundos. Piensan en Ictus subagudo de perfil aterotrombótico y el paciente ingresa en planta Médica. Planta Médica: Aparece voz bitonal, ptosis palpebral, dificultad para tragar, y fatigabilidad en miembros superiores (MMSS) al mantenerlos alzados. Tras la unión de clínica y **Resultados** en pruebas complementarias se diagnostica de probable Miastenia Gravis Generalizada.

Enfoque familiar y comunitario: No procede, pues al ser una enfermedad de origen autoinmune, no existen medidas preventivas para evitarla.

Diagnóstico diferencial: Botulismo; Síndrome miasténico de Eaton- Lambert; Neuroastenia; Timoma; Hipertiroidismo; Enfermedad de Graves; Debilidad muscular inducida por aminoglucósidos; Miopatía mitocondrial; Parálisis periódica hipopotasémica; Distrofia

muscular oculocefálica. *Diagnóstico final:* Miastenia Gravis Generalizada Autoinmune.

Tratamiento, planes de actuación: Se inicia Prednisona 30 mg al día y se deriva a Neurología (Unidad de Neuromuscular). Hospital de referencia: Se realizan: 1) Determinación de Ac anti-R de ACh. 2) Test de estimulación repetitiva. 3) TC de cráneo. Pautan Prednisona a 45 mg/ día y añaden un comprimido al día de Piridostigmina 30 mg.

Evolución: Considerable mejoría clínica.

Conclusiones

La miastenia gravis es una enfermedad autoinmune caracterizada por debilidad muscular fluctuante y fatiga muscular. Afecta a todas las edades, con una predilección por mujeres entre los 20-40 años. Los primeros síntomas pueden sobrevenir después de un estrés emocional u orgánico, una infección, intervención quirúrgica, trauma, menstruación, embarazo, vacunaciones, etc. Los músculos oculares, faciales y bulbares son los más afectados. Los pacientes manifiestan empeoramiento de la debilidad muscular, con infecciones intercurrentes, fiebre y agotamiento físico o emocional. La presencia de anticuerpos contra receptores de acetilcolina en un paciente con manifestaciones clínicas compatibles confirma el diagnóstico. El tratamiento es controvertido y debe ser individualizado. Destacan los fármacos anticolinesterásicos, los corticosteroides, la plasmaféresis, la inmunoglobulina, los inmunosupresores y la timentomía.

Palabras clave

Ictus, Miastenia Gravis, Anticuerpos Antirreceptores de Acetilcolina (Ac Anti-R Ach).

CASOS CLÍNICOS TIPO ORALES

Isquemia arterial aguda en paciente anticoaguladoCampos Domínguez JM¹, López Fernández B², Ortiz Romero J¹¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Tomares. Tomares (Sevilla)² Médico de Familia. CS Tomares. Tomares (Sevilla)**Ámbito del caso**

Urgencias.

Motivo de la consulta

Dolor súbito en miembro inferior derecho.

Historia Clínica

Varón de 67 años, sin alergias medicamentosas, obeso, hipertenso, EPOC. Exfumador. Fibrilación auricular anticoagulada con sintrom. HBP, colangitis de repetición, cardiopatía isquémico-hipertensiva. Intervenido de cataratas y de carcinoma renal. Acude a urgencias por dolor de inicio súbito e intenso, de 2 horas de evolución, en miembro inferior derecho, que se acompaña de frialdad, palidez, sensación de parestesias e impotencia funcional.

En la exploración física presenta un aceptable estado general, aunque muy afectado por el dolor, constantes normales, auscultación cardiopulmonar y exploración abdominal sin hallazgos relevantes. En la exploración del miembro destaca palidez, frialdad e hipoestesia. No se palpan pulsos pedio, tibial ni poplíteo. Exploración del otro miembro normal. Se realiza de forma urgente analítica con resultado normal e INR en rango. ECO/TAC de MID con obstrucción completa de la arteria femoral común, con repermeabilización parcial de la arteria femoral superficial distal y poplíteo a través de las colaterales. Obstrucción completa de arteria poplíteo sin objetivar flujo en territorios distales.

Enfoque individual: Paciente pluripatológico, con regular control metabólico. Anticoagulado con dabigatran.

Enfoque familiar y comunitario: El paciente acude regularmente a consulta. Escaso soporte familiar.

Diagnóstico diferencial: trombosis venosa profunda, lumbociatalgia, isquemia arterial aguda, lesión musculotendinosa, rotura quiste Baker.

Juicio clínico: Isquemia arterial aguda por trombosis de la arteria femoral común y arteria poplíteo.

Tratamiento, planes de actuación: Se realizó de forma urgente embolectomía transfemoral derecha con reperusión posterior.

Evolución: Se cambió dabigatran por sintrom. Días después de la resolución del cuadro presentó hematomas extensos sin más repercusión con desaparición posterior. Actualmente asintomático.

Conclusiones

La isquemia arterial aguda es una emergencia vascular, en la que el tiempo de diagnóstico y actuación es fundamental. A pesar de estar anticoagulado, nuestro paciente presentó este cuadro, por lo que debemos siempre estar alertas y realizar un correcto diagnóstico diferencial.

Palabras clave

Trombosis, Anticoagulación, Urgencia.

CASOS CLÍNICOS TIPO ORALES

Síndrome emético agudo intermitente de años de evoluciónGalindo Román I¹, Vílchez Jaimez M², Mostazo Torres J³¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Velada. Cádiz² Médico de Familia. CS Tarifa. Cádiz³ Aparato Digestivo. Hospital La Línea de la Concepción. Cádiz**Ámbito del caso**

Mixto.

Motivo de la consulta

Síndrome emético de repetición.

Historia Clínica

Antecedentes personales: NAMC. No ha presentado cirugías previas. Ni tiene antecedentes familiares ni personales de interés. Fuma 2-3 "porros" por las noches.

Anamnesis: paciente de 17 años con varias consultas en los últimos 2 años por vómitos persistentes de unos 5-10 días de evolución que ha precisado unos 6 ingresos en los últimos 2 años. Todos los ingresos presentan un patrón similar, acude por dolor abdominal agudo y vómitos hasta 10-12/hora que requieren varias consultas a urgencias, mediación intravenosa sin mejoría por lo que se cursa ingreso. Se realizó estudio endoscópico y baritado, TC abdomen, RMN cráneo sin objetivar alteraciones. Estudio analítico completo y celiacúa negativa, no reactantes de fase aguda, endocrinología realizó estudio hormonal completamente normal. Se descartó porfiria con el test rápido en orina. A partir del 6º día de ingreso el paciente comenzó a tolerar dieta y pudo ser dado de alta al décimo día.

Enfoque individual: no estudia ni trabaja.

Enfoque familiar y comunitario: Vive con su madre divorciada. Tiene novia.

Juicio clínico: Síndrome de vómitos cíclicos. Pancreatitis aguda. Páncreas divisum. Patología gástrica. Patología biliar.

Tratamiento, planes de actuación: El tratamiento se desconoce y dado los largos periodos asintomáticos tampoco tiene sentido pautar una medicación profiláctica crónica. Se ha planteado medicación profiláctica si los episodios son muy frecuentes con propranolol, amitriptilina. En caso de episodio agudo tratamiento con Ondansetrón, lorazepam, clorpromazina, reposición de electrolitos en caso necesario. En caso de estar relacionado con la toma de marihuana suspender inmediatamente el consumo.

Evolución: Dada la relación que existe con la marihuana y los vómitos de repetición se recomiendo dejar el hábito y lleva unos 7 meses sin nuevos episodios.

Conclusiones

El síndrome de vómitos cíclicos, es un trastorno gastrointestinal funcional caracterizado por episodios estereotipados de vómitos recurrentes, explosivos e inexplicables, separados por intervalos de completa normalidad en los que tras una adecuada valoración, no se encuentra una causa que los justifique. Se estima que puede afectar hasta un 2% de los niños en edad preescolar y escolar. En adolescentes se ha relacionado con la toma crónica de marihuana por lo que desde atención Primaria podríamos incidir sobre este hábito e intentar ayudar a eliminarlo.

Palabras clave

Síndrome de Vómitos Cíclicos, Marihuana, Síndrome Emético

CASOS CLÍNICOS TIPO ORALES

Toda la patología pasa por nuestra consultaCastelló Losada MJ¹, Tormo Molina J², Granados Contreras MA³¹ Médica de Familia. CS Gran Capitán. Granada² Médico de Familia. CS Gran Capitán. Granada³ Enfermera de Familia. CS Alfácar. Granada**Ámbito del caso**

Atención Primaria. Atención especializada.

Motivo de la consulta

Fiebre más deterioro general y neurológico brusco.

Historia Clínica

Varón de 84 años con problemas crónicos estables y buena calidad de vida previa (trabajo a diario en su huerto). De forma brusca, comienza con decaimiento, bradipsiquia, deja de hablar.

Enfoque individual: Diabético, Hipertenso, FA crónica (sintrom). Dos días antes, la familia lo nota raro, decaído, lento, habla menos y no quiere hacer nada. Parece presentar fiebre. Acudimos al domicilio: Consciente, afásico, no responde a órdenes, bradipsiquia marcada. Constantes normales excepto temperatura (38,5°C). Rigidez nuchal. Resto de exploración general y neurológica, anodina.

Se remite al hospital para estudio: Análisis sanguíneo y urinario: normal (excepto leucocitosis moderada desviación izquierda y PCR elevada. Rx de tórax, TAC craneal, Proteinograma e Inmunoelectroforesis, Hemocultivo: todo normal.

Enfoque familiar y comunitario: Se efectuó encuesta epidemiológica a la familia para indagar otros posibles afectados y conductas de riesgo: ingesta de verduras insuficientemente lavadas de huerto propio. Se adiestró a la familia para evitar prácticas de riesgo.

Juicio clínico: Diagnóstico de sospecha previo al estudio: 1. Meningoencefalitis: Infecciosa (vímica, bacteriana, protozoaria, fúngica). No infecciosa (post vacunales, paraneoplásica,

sustancias químicas). 2. Sepsis. 3. Causas vasculares cerebrales. La punción lumbar posterior: líquido turbio con aumento de presión, pleomorfismo e hipoglucoorraquia. Cultivo positivo: *Listeria Monocytogenes*.

Tratamiento, planes de actuación: El paciente fue tratado con cuidados generales, analgesia y sueroterapia. Se infundió ampicilina, gentamicina y corticoides a altas dosis durante seis semanas.

Evolución: La evolución hospitalaria durante un mes fue tórpida, con deterioro físico y mental importante, alteraciones deglutorias e incontinencia urinaria. En domicilio la situación del paciente sigue muy mermada respecto a la basal previa: Dependiente para toda actividad (test de Barthel 0 puntos). Deterioro cognitivo (test de Pfeiffer 2 puntos). Úlceras por presión y alto riesgo de caídas. Se programa atención global al paciente en domicilio: dieta, higiene, cuidados de salud, ejercicios progresivos de fortalecimiento y movilidad con supervisión del equipo de atención Primaria.

Conclusiones

Listeriosis: zoonosis rara en humanos, que se adquiere por la ingesta de alimentos contaminados poco cocidos o poco limpios. Aparecen casos aislados o pequeños brotes en niños y ancianos. Enfermedad grave y tórpida con alta morbimortalidad. Siempre debemos considerarla en casos de meningitis en la comunidad (niños-ancianos). Requiere diagnóstico derivación-tratamiento precoz.

Atención estrecha a las secuelas.

Palabras clave

Listeriosis, Diagnóstico, Prevención

CASOS CLÍNICOS TIPO ORALES

Mientras tanto las matan

Bastida Piné I, Mora Quintero A, Llimona Perea I

*Médico de Familia. CS Ronda Histórica. Sevilla***Ámbito del caso**

Atención Primaria.

Motivo de la consulta

Múltiples quejas, malos controles de tensión arterial.

Historia Clínica

Paciente acude a consulta en numerosas ocasiones por quejas múltiples e inespecíficas y malos controles de tensión arterial de carácter emocional durante unos ocho años según registros historia digital de salud.

Enfoque individual: Mujer de 67 años, con antecedentes de hipertensión arterial (HTA) mal controlada, Sd. Ansioso Depresivo en tratamiento con benzodiazepinas y antidepresivos. Ca. Ductal infiltrante, papilar intraquístico mama izquierda, intervenido en 2010, en seguimiento por Oncología. Ca. basocelular dorsal intervenido y lesiones de similares características en tratamiento con imiquimod tópico.

Anamnesis: Paciente acude a consulta de urgencias por agresión física por parte de la expareja de su hija, y padre de su nieta. Refiere historia de larga evolución de maltrato físico y psicológico hacia todo el núcleo familiar.

Exploración: ligero eritema y dolor en antebrazo derecho, estado emocional lábil, tendencia al llanto, nerviosa, con temor a represalias ante posible denuncia.

Enfoque familiar y comunitario: Paciente independiente para actividades de la vida diaria (IAVD), vive con su hija y su nieta. Su hija es víctima de violencia machista de años de evolución con historia de separación y traslado a vivienda de la paciente hace dos años. Desde

entonces numerosos encuentros violentos con la expareja.

Juicio clínico: Víctima de violencia machista. Problemática social. Disfunción familiar secundaria, Sobrecarga emocional, falta de recursos y apoyo judicial para solución del problema.

Diagnóstico diferencial: Sd. Ansioso Depresivo, fibromialgia, HTA emocional mal controlada.

Problemas: falta de formación de los profesionales Sanitarios falta de recursos materiales y humanos para correcto abordaje de problemática de violencia machista.

Tratamiento, planes de actuación: Se abordó problema de violencia de género, se dio apoyo. Elaboración de parte a juzgado de guardia. Derivación a la trabajadora social. Seguimiento en atención Primaria.

Evolución: Pendiente de abordaje social y judicial.

Conclusiones

Es frecuente la falta de competencia por parte del sistema sanitario para el correcto abordaje de problemática de violencia de género. Se precisa fomentar la búsqueda activa de casos de violencia de género por parte del primer nivel de salud. Para ello es fundamental la formación de los profesionales y la revisión y mejora de protocolos.

Palabras clave

Violencia Contra la Mujer, Violencia Doméstica, Violencia Familiar

CASOS CLÍNICOS TIPO ORALES

Plan: no olvidar la iatrogeniaMuñoz Bolívar CL¹, Mateo Cárdenas A², Díaz Sánchez MM³¹ Médico de Familia. CS Ntra S^a Nieves. Los Palacios (Sevilla)² Médico de Familia. CS San Hilario. Los Palacios (Sevilla)³ Médico de Familia. CS Ntra S^a Oliva. Alcalá De Guadaira (Sevilla)**Ámbito del caso**

Atención Primaria, oncología, cardiología.

Motivo de la consulta

Disnea aguda.

Historia Clínica

Mujer joven, sana salvo por neoplasia mamaria en tratamiento de mantenimiento, actualmente controlado, que acude por cuadro de disnea aguda de horas de evolución.

Enfoque individual: Mujer de 48 años. No reacciones adversas medicamentosas. No hábitos tóxicos. Asma extrínseco leve. Histerectomía por prolapso uterino. G3, P2, A1. En 2014, Ca de mama: carcinoma infiltrante de tipo no especial, con receptores hormonales positivos, HER2 positivo. En tratamiento desde entonces (quimioterapia, cirugía, radioterapia). Actualmente mantenimiento con DOCETAXEL Y TRASTUZUMAB. Acude por cuadro de disnea aguda de horas de evolución. A la auscultación, rítmica a 88 latidos por minuto. Disminución del murmullo vesicular en base izquierda. No roncus, sibilancias ni crepitantes. No edemas en miembros inferiores. Saturación de Oxígeno 92%. Ante antecedentes de asma conocidos, se pauta oxigenoterapia y aerosoles broncodilatadores sin obtener respuesta. En anamnesis dirigida la paciente identifica disnea de esfuerzos progresiva de aproximadamente 1 mes y medio de evolución, que se acentúa en los últimos días apareciendo también cierto componente ortopneico. Administramos entonces furosemida intravenosa y se resuelve el cuadro.

Enfoque familiar y comunitario: Ciclo vital familiar IV según Duval. Segunda hija de fratria de 5. Enfermedad personal grave.

Juicio clínico: Disnea que impresiona de origen cardíaco, en paciente sana salvo carcinoma de mama en tratamiento con quimioterápico: posible iatrogenia.

Tratamiento, planes de actuación: Revisión de posibles efectos cardio tóxicos de su tratamiento oncológico actual. Revisar ecocardiogramas previos. Contactar con oncólogo de referencia. Tratamiento para Insuficiencia Cardíaca.

Evolución: Se sustituyó docetaxel y trastuzumab por tamoxifeno. A los 2 meses, recuperación de FEVI hasta 57%. Asintomática.

Conclusiones

Si bien la iatrogenia no supone una etiología principal de insuficiencia cardíaca, es importante sospecharla ante pacientes en tratamiento con posibles agentes tóxicos, ya que muchas veces se trata de problemas reversibles. Debemos integrar las comunicaciones con los distintos especialistas hospitalarios en nuestra práctica diaria en pro de una mejor y más eficaz atención a nuestros pacientes.

Palabras clave

Iatrogenic Disease, Heart Failure

CASOS CLÍNICOS TIPO ORALES

Enfermedad tromboembólica. Importancia de antecedentes personalesYañez Bermejo V¹, Bejarano Jurado C², Granados Gutiérrez S³¹ Médico de Familia. CS Portada Alta² Médico de Familia. CS Delicias. Málaga³ Médico de Familia. CS Tiro Pichón. Málaga**Ámbito del caso**

Urgencias hospitalarias.

Motivo de la consulta

Tromboflebitis dolorosa que no mejora con tratamiento.

Historia Clínica

Mujer de 61 años diagnosticada clínicamente hace 15 días de tromboflebitis de miembro inferior derecho (MID) con dímero D (DD) negativo. Acude por no mejoría a pesar de tratamiento con clexane 40 mg cada 12 horas. Varidasa y medidas físico posturales. Refiere disnea progresiva a moderados esfuerzos y mareos desde el inicio. No fiebre, vómitos ni diarrea.

Enfoque individual. Antecedentes personales: trombofilia por déficit del factor V de Leiden homocigoto, bocio micronodular e hipotiroidismo, fibromialgia y depresión.

Antecedentes familiares: 8 hermanos trombofilia citada y tromboempolismos pulmonares (TEP). Uno de ellos fallecido por dicha causa. Tratamiento habitual: eutirox, citalopram, tanxilium y paracetamol.

Exploración clínica: saturación de oxígeno: 98%, tensión arterial: 107/67 mmHg. Afebril, consciente, orientada y colaboradora, eupneica en reposo y normoperfundida. Tonos cardíacos rítmicos. Murmullo vesicular conservado sin ruidos patológicos. Abdomen anodino. MID empastado hasta rodilla, aumento de temperatura, pulsos pedios conservados, Homans + y cordón varicoso en hueco poplíteo doloroso a la palpación.

Pruebas complementarias:

Electrocardiograma: normal. Radiografía de tórax: normal. Analítica de sangre: anodina. Destaca DD: 4025 (previo 91). Ecografía doppler venoso de MID: trombosis venosa profunda (TVP) en vena femoral superficial distal y vena poplíteo. Angio-TC de arteria pulmonar: TEP en arteria segmentaria del lóbulo inferior derecho.

Enfoque familiar y comunitario: Acompañada de su marido. Madre de dos hijos sanos. Madre, padre y dos hermanos fallecidos. Buena relación con el resto de hermanos. Independiente para las actividades básicas de la vida diaria. Jubilada. Buena cumplidora de su tratamiento.

Juicio clínico: TEP y TVP. TVP asociada a trombosis venosa superficial y TEP acompañante. Ansiedad anticipatoria marcada por mala evolución.

Tratamiento, planes de actuación: Anticoagulación con enoxaparina 1'5mg/ kg/24 horas e ingreso en Medicina Interna.

Evolución: Buena evolución tras 6 días de ingreso sin incidencias. Alta con tratamiento anticoagulante elegido por la paciente: rivaroxabán 15mg/12 horas durante 17 días. Continuar con 20 mg/24 horas.

Conclusiones

Importancia de: seguimiento por médico de familia para identificación precoz de posibles complicaciones asociadas a trombofilias. Ofrecer alternativas terapéuticas.

Palabras clave

Thrombosis, Embolism, Thrombophilia

CASOS CLÍNICOS TIPO ORALES

Dermatoscopia a domicilio en incapacitadoPérez Sánchez S¹, Benítez Jiménez L², Fons Cañizares S³¹ MIR 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Ronda Norte² MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Ronda Norte³ Médico de Familia. CS Ronda Norte**Ámbito del caso**

Atención Primaria, módulo de consulta domiciliaria programada.

Motivo de la consulta

Valoración de lesión en abdomen de 2.5 centímetros a requerimiento de familiar.

Historia Clínica

Lleva años con la lesión en abdomen pero quiere que la valoremos, ya que ha crecido, ha cambiado nos dice la esposa, cuidadora principal. Decidimos ir con dermatoscopia (hemos hecho dos cursos en años sucesivos), hacemos foto, y después en el CS la enseñamos para ver de qué zona tomar biopsia con punch. Realizamos posteriormente la biopsia que en Anatomía Patológica describen como melanoma in situ y recomiendan quitar lesión completa.

Enfoque individual: Paciente con demencia senil avanzada, más de 10 años de evolución. No habla, camina con ayuda, baja y sube escaleras. Dependiente para todas las actividades de la vida diaria.

Enfoque familiar y comunitario: Vive solo con esposa, en un 2º piso sin ascensor. En barriada humilde, bien cuidado. Una Auxiliar lo asea, viste y saca a la calle a diario. Tiene 3 hijos que ayudan esporádicamente por trabajos, hijos que cuidan. Lo traen en vehículo para cirugía menor.

Juicio clínico: Nevus melanocítico displásico aunque cabía posibilidad de que fuera un melanoma.

Tratamiento, planes de actuación: CS a los 10 días, en cirugía menor se quita elipse de 3 cm, y esta vez la anatomía patológica nos indica que es "un nevus melanocítico displásico que no alcanza márgenes de resección y foco de fibrosis residual. Ausencia de melanoma residual".

Evolución: Cicatriz valorada por enfermería y Médico de Familia. Valoramos 5 lesiones pigmentadas en espalda con dermatoscopia, y no cumplían criterios de malignidad para lesiones pigmentadas. Se decide seguimiento a domicilio semestral con dermatoscopia.

Conclusiones

Importante adquirir competencias nuevas como el uso de la dermatoscopia, y la realización de biopsias con punch. Ampliar nuestro campo de trabajo hasta el domicilio en caso de incapacitados es mejorar la accesibilidad de estas técnicas a ellos, mejorando su calidad de vida y la satisfacción de la familia.

Palabras clave

Dermatoscopy, Primary Health Care, Displastyc Nevus Syndrome

CASOS CLÍNICOS TIPO ORALES

Ictus infantil. ¿Ficción o realidad?López Ramón I¹, Reyes Requena M²*Médico de Familia. DDCU Granada***Ámbito del caso**

Urgencias extrahospitalaria. Atención Primaria.

Motivo de la consulta

Sincope en niña de 10 años sobre las ocho de la mañana, prioridad 2.

Historia Clínica

A nuestra llegada al domicilio la niña se encuentra consciente, desorientada con una hemiparesia en el lado izquierdo de su cuerpo, afasia, ligera desviación de comisura bucal. Según nos cuentan la cuidadora y sus padres la niña se disponía a ir a su primer día de colegio en el mes de septiembre, se ha desvanecido en la cocina con pérdida de conocimiento de unos 2 minutos. La niña el día anterior vida normal, sin antecedentes de interés, no alergias medicamentosas no toma en la actualidad medicación alguna. Las constantes son normales tensión arterial 110-60, glucemia 89mg/dl, temperatura 36°C, saturación oxígeno 98 %, frecuencia cardíaca 82 lpm. Electrocardiograma ritmo sinusal a 80lpm, resto exploración normal.

Enfoque individual: Es un caso muy interesante y en nuestra labor asistencial diaria debemos de entender que la edad no excluye ninguna patología.

Enfoque familiar y comunitario: Es importante el diagnóstico precoz de las patologías tiempo-dependiente por la repercusión en la vida familiar y en la sociedad, debemos estar muy

pendientes a la hora de nuestras valoraciones y diagnósticos.

Juicio clínico: crisis epiléptica focal, meningoencefalitis, encefalitis, infección del sistema nervioso central, migraña hemipléjica.

Tratamiento, planes de actuación: A la llegada al hospital materno infantil la pediatra de puerta la cataloga como crisis de ausencia la dejan en observación, tras horas de evolución y no mejoraría deciden TAC y resonancia y se confirma ictus isquémico.

Evolución: Por la edad el tiempo pasado y la duda del diagnóstico, la paciente se recuperó pero con secuelas, dificultad en el habla, en la marcha. En la actualidad se encuentra con la ayuda de rehabilitación específica, va mejorando lentamente y continúa en estudio por neurología, hematología y rehabilitación.

Conclusiones

Desde un primer momento y ante la mínima sospecha, «se tomen medidas generales de neuroprotección» -como controlar la tensión arterial o los niveles de glucosa en sangre- porque «así estaremos cuidando ese cerebro sin provocar perjuicios si finalmente no es un ictus». Después, un especialista valorará la necesidad de efectuar una trombolisis o terapias endovasculares.

Palabras clave

Children, Stroke, Primary Health Care

CASOS CLÍNICOS TIPO ORALES

Abusos sexuales en adolescentes. ¿Qué estamos haciendo mal?Reyes Requena M¹, López Torres G², López Ramón I¹¹ Médico de Familia. DDCU Granada² Médico de Familia. CS Doctores. Granada**Ámbito del caso**

Urgencias extrahospitalarias. Atención Primaria.

Enfoque familiar y comunitario: Es importante la educación sexual en el seno familiar y en los centros de enseñanza.**Motivo de la consulta**

Chica que parece que esta de parto en una pizzería, forma parte de un viaje de estudios francés y van con una tutora.

Juicio clínico: gestación múltiple de 21 semanas.**Historia Clínica**

Adolescente de 14 años que desde hace 24 horas elimina agua por la vagina, la exploración presenta dificultad por el temor de la paciente y por problemas de comunicación, sin antecedentes de importancia ni alergias conocidas, embarazo que según nos dice es de 20 semanas debido a los abusos sexuales reiterados por su padastro. El equipo medicalizado hace traslado a hospital.

Tratamiento, planes de actuación: Tras exploración ginecológica se queda en hospital para valoración obstétrica y psicológica, se decide con autorización de la paciente y de la familia interrupción del embarazo por riesgo de la madre, tras la recuperación se procede al traslado a su país.*Evolución:* Buena.*Enfoque individual:* Sería importante apoyar desde atención Primaria los programas de prevención de embarazo y conseguir programas de reducción de relaciones sexuales bajo coacción.**Conclusiones**

El embarazo en la adolescencia se considera de alto riesgo y conlleva a más complicaciones. Las adolescentes no están preparadas ni física ni mentalmente para asumir la responsabilidad de la maternidad y más en los casos de abusos sexuales.

Palabras clave

Pregnancy, Adolescence, Emergencies

CASOS CLÍNICOS TIPO ORALES

Manejo actual de un paciente séptico en urgencias a propósito de un caso

Hurtado Soriano R, Jara Abril M, Andrés Vera J

*MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Olivillo. Cádiz***Ámbito del caso**

Urgencias hospitalarias.

Motivo de la consulta

Sepsis.

Historia Clínica

Paciente de 14 años que acude por fiebre de 40°C de horas de evolución, tiritona, sudoración, molestias abdominales difusas tipo retortijón, deposiciones diarreicas patológicas de color verdosas y un vómito aislado sin contenido patológico. Mantiene diuresis. No lo asocia con alimento ingerido y ningún contacto presenta síntomas similares.

Enfoque individual: A pie de camilla: COC, REG, Febril, TA78/50 (PAS<100), FR25, FC105, Temperatura 39°C, SatO₂>92%; qSOFA: 2/3 criterios (PAS<100, >22rpm, estado mental preservado). En observación: HCx2/C/U y se canalizan 2 vías para administrar 1000cc SSF en 30 minutos. Se pauta paracetamol IV, omeprazol IV, metoclopramida IV y ceftriaxona2gramosIV. Sondaje vesical para medir diuresis. En la EF por aparatos destaca: molestias abdominales generalizadas a la palpación. ACP normal y neurológicamente sin foco. Sin adenopatías palpables. Analítica1: leucocitos7058 con 91%NT, Plaquetas124000, ph7.38, HCO₃ 23.8, Lactato27.5 mg/dL (>18), PCR170.8, procalcitonina24, BT2. 19 con conjugada 0.9, INR2. 19, Act protrombina41, TPTA40. Rx abdomen normal. Eco abdomen: esplenomegalia uniforme 14 cm. ECG: normal a 140 lpm. SOFA: desviación 3 puntos (PAM<65, Bilirrubina1.2-1.9, Plaquetas100-150.000).

Enfoque familiar y comunitario: Convive con padre, madre y hermano de 18 años. Ninguno de ellos presenta sintomatología relacionada. Alimentación: La ha realizado en domicilio con sus familiares. Ninguno reconoce haber ingerido alimentos el mal estado (huevos crudos, carne cruda.). Relaciones fuera del domicilio: En su colegio ningún compañero presenta síntomas relacionados. El almuerzo lo lleva desde casa y el agua también. Acude a natación y ocurre lo mismo.

No reconoce aguas en mal estado o haber ingerido agua de la piscina, sino la propia.

Juicio clínico: sepsis de origen digestivo.

Diagnóstico diferencial: sepsis: 1. Sepsis: en especial de aparato digestivo. 2. Shock cardiogénico. 3. Shock Neurogénico. 4. Seudosepsis. 5. Shock Anafiláctico. 6. Síndrome de shock tóxico.

Tratamiento, planes de actuación: Tras primeros 1000ccSSF TAM<65mmHG. Con lactato de 29.4 mmol/L, cumple criterios de shock séptico. Se continúa con infusión rápida (1000mL/hora). Analítica2: LC 11057, plaquetas 157000, PCR202.3, lactato 29.4, BT 1.25 con conjugada0.47, Procalcitonina20.54. Mantiene diuresis. SOFA: desviación 3 puntos (PAM<65 mmHg, Lactato >18 mg/dL). Persiste con criterios de shock séptico y se mantiene misma actitud. Analítica3: LC7053, plaquetas167000, PCR112.3, lactato9.3, BT0.54, Procalcitonina17.21. Mantiene diuresis. TAM>65mmHg. SOFA desviación 0 puntos. No cumple criterios de shock séptico.

Evolución: A su ingreso se procede a reposición hidroelectrolítica (30 ml/kg) y antibioterapia con ceftriaxona. En el coprocultivo se aísla Salmonella Enterica, siendo hemocultivos, urocultivo y toxina de clostridium negativos. Evoluciona satisfactoriamente normalizando valores analíticos y desapareciendo la fiebre y las alteraciones GI, llegando a tolerar la ingesta al alta. Se recomienda que en el plazo de 1 mes se realice un coprocultivo por su médico de AP.

Conclusiones

Incidir en la importancia de los nuevos criterios de actuación de sepsis y shock séptico, pues la detección precoz de los mismos permite un inicio rápido e intensivo de las medidas terapéuticas, siendo de vital importancia el inicio de la antibioterapia en la primera hora. Así conseguimos bloquear los mecanismos de respuesta inflamatoria y fracaso orgánico

Palabras clave

Sepsis, Sofa, Qsofa

CASOS CLÍNICOS TIPO ORALES

Causalidad circular como base de trastornos de ansiedad en una familiaLeyva Alarcón A¹, Molina Hurtado E¹, Pérez Milena A²¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Valle. Jaén² Médico de Familia. CS El Valle. Jaén**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

Motivo de la consulta

Acude a consulta una mujer de 41 años con síntomas de ansiedad, tristeza e insomnio. Ha comenzado a trabajar y tiene dificultad para compatibilizarlo con las tareas del hogar.

Historia Clínica

Hipotiroidismo bien controlado con episodios previos leves de ansiedad con toma ocasional de ansiolíticos.

Enfoque individual: Se inicia tratamiento con citalopram 20 mg/24horas ante escasa mejoría con lorazepam. Al mes consulta su hija (universitaria de 21 años con antecedentes de asma extrínseca) con crisis de ansiedad e insomnio que atribuye a las exigencias del estudio, precisando tratamiento con paroxetina y alprazolam. Ambas consultan por separado, aunque hace referencia una a la otra pero sin acudir juntas. Se programa una atención individualizada basada en el registro de pensamientos negativos y la terapia familiar breve.

Enfoque familiar y comunitario: El genograma muestra una familia nuclear con parientes cercanos, en estadio III (final de la extensión). Buena relación con el padre y entre ellas, mala relación con el hijo mayor de 24 años quien ha tenido que abandonar sus estudios universitarios en otra ciudad por falta de recursos económicos familiares y volver al

hogar. Consume cannabis y tiene una actitud agresiva con la hermana y exigente con la madre. Ambas reconocen que su vuelta a casa provoca cambios que hacen que se encuentren mal de ánimo.

Juicio clínico: Trastorno mixto ansioso-depresivo (F41.1) en la madre y ansiedad paroxística episódica (F41.0) en la hija. Disfunción familiar.

Tratamiento, planes de actuación: ISRS para las dos pacientes durante 6-8 meses, ansiolíticos los dos primeros meses, junto a terapia cognitivo conductual.

Evolución: Tras cinco meses de seguimiento, las dos pacientes mejoran y abandonan la medicación antidepressiva, al tiempo que se capta al hijo con motivo de la realización de una analítica de sangre y se le realiza un seguimiento programado durante 4 meses, en el que se ofertan técnicas de control de impulsos.

Conclusiones

Los cambios en la estructura familiar provocan una crisis que genera cambios de salud en el hijo y, por causalidad circular, hace enfermar a las dos mujeres. El estudio e intervención familiar son necesarios para la resolución de estos problemas.

Palabras clave

Anxiety Disorders, Family Relations, Adjustment Disorders

CASOS CLÍNICOS TIPO ORALES

Código Sepsis. Siempre presenteUreña Arjonilla ME¹, Ruiz García E², Ortega García G³¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Mancha Real. Jaén² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Valle. Jaén³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Felipe. Jaén**Ámbito del caso**

Consulta de atención Primaria. Urgencias. UCI.

Motivo de la consulta

Fiebre de 39°C con muy malestar general.

Historia Clínica

Varón de 55 años con antecedentes de Insuficiencia renal crónica Grado III, dislipemia, hepatopatía crónica alcohólica hemacromatosis secundaria alcohólica, hipertenso y fumador.

Exploración: Consciente, ligera alteración de la consciencia (se encuentra algo desorientado y obnubilado), eritema generalizado (eritrodermia). Impresiona enfermedad. Taquipneico (50 resp/min) y taquicárdico (135 lat/min). ORL: hiperemia con abundantes secreciones mucosas claras y espesas no se palpan adenopatías laterocervicales. Auscultación Pulmonar y cardiaca anodinas. Abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpación. TA: 75/50 Sat. O₂ 98% Glucemia 120 Orina: proteínas++, leucos+, cuerpos cetónicos++. Electrocardiograma: Ritmo Sinusal, Frecuencia cardiaca 130', Eje +30°, no alteraciones de la repolarización. No se encuentra foco claro de la fiebre. Al volver a observar al paciente se aprecia pequeña herida en mano con escara necrótica, posible foco de la infección.

Enfoque individual: Actualmente convive con sus dos hijos y su mujer (la cual le acompaña a consulta). De profesión jardinero.

Enfoque familiar y comunitario: Buena relación con su familia y con buen tejido y apoyo social. Es bastante conocido en el pueblo.

Juicio clínico: Shock Séptico.

Tratamiento, planes de actuación: Se aplica escala qSOFA: Cumple 2 criterios más alteración de la consciencia. Se decide traslado asistido a Hospital cogiendo 2 vías periféricas administrando volumen para remontar tensiones. En analítica de Urgencias: Leucocitos 10.780 (N 93.3, L 1.9) Hemoglobina 16.1 VCM 100.1. Glucosa 120 Urea 60 Creatinina 3.34 GGT 221 GOT 171 GPT 115 BT 2.30 PCR 119.2 Dímero D 3868 (>500) Ácido Láctico 21.4. También cumple criterios de escala SOFA, se traslada al paciente a la UCI donde es tratado con diferentes antibióticos y drogas para mantener un estado hemodinámico.

Evolución: Fue dado de alta a los 10 días con diagnóstico de Shock Séptico.

Conclusiones

El Shock Séptico es una entidad que siempre tenemos que tener en cuenta ya que cada 4 segundos se produce 1 muerte por sepsis en el mundo. Debemos tener presente siempre que la exploración física del paciente es esencial y que con ella podemos descubrir la causa de la dolencia del enfermo.

Palabras clave

Sepsis, Choque Séptico, Urgencia Médica

CASOS CLÍNICOS TIPO ORALES

“Enfermedad de Verneuil”

Aguado de Montes MC¹, González Hernández FJ², Ortega Calvo M¹

¹ Médico de Familia. CS Las Palmeritas. Sevilla

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

Ámbito del caso

Atención Primaria (CS urbano y docente), medicina interna y dermatología (hospital de tercer nivel).

Motivo de la consulta

Lesiones quísticas exudativas crónicas en pared abdominal, región inguinal y en región glútea.

Historia Clínica

Antecedentes personales: diabetes mellitus tipo 2 tratada con Metformina cada 8 horas. Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. Hábito tabáquico activo. Fibrilación auricular en tratamiento con anticoagulantes orales convencionales.

Anamnesis: varón de 49 años consulta por lesiones en pared abdominal y región perianal, las cuales son dolorosas, pruriginosas y drenan un líquido seroso.

Exploración física: se evidencia una lesión en pared abdominal y en región inguinal derecha, se trata de un quiste alargado transversalmente y eritematoso.

Pruebas complementarias: serología luética y VIH negativos. Hemoglobina glicada elevada.

Enfoque familiar y comunitario: Vive en pareja con una mujer inmigrante con la que mantiene una relación estable.

Juicio clínico: Hidrosadenitis Supurativa (acné inverso).

Diagnóstico diferencial: Absceso encapsulado de causa estafilocócica o mixta, goma luético de

pared abdominal, actinomicosis, esporotricosis, linfogranuloma venéreo, granuloma inguinal, tuberculosis cutánea, manifestación cutánea de enfermedad de Crohn (Meixner, D et al: Acne Inversa. JDDG; 2008: 189-196).

Identificación de problemas: Se trataba de un varón de mediana edad con factores de riesgo vascular y prácticas sexuales de riesgo en algún momento de su vida que presentaba unas lesiones tórpidas en pared abdominal y regiones glútea e inguinal.

Tratamiento, planes de actuación: El tratamiento es antibiótico y lavado con jabones de pH bajo y lociones antisépticas. En ocasiones son necesarias técnicas de cirugía plástica y reparadora. De los varios esquemas terapéuticos, el más favorable en nuestro caso, ha sido Lincomicina 200 mgr cada 12 h por vía oral.

Evolución: Al principio se trató con Amoxicilina Clavulánico 500/125 mg cada 8 horas durante 10 días. Dada la falta de mejoría se cursó interconsulta con Medicina Interna.

Conclusiones

La hidrosadenitis supurativa muestra una prevalencia del 1% en la población general. Este caso es expresión de la capacidad diagnóstica y de manejo que posee el médico de familia ante las enfermedades raras (Atención Primaria. 2012; 44: 43-50).

Palabras clave

Enfermedades Raras, Hidrosadenitis Supurativa

CASOS CLÍNICOS TIPO ORALES

Dispepsia en paciente oncológico: la importancia de los signos cardinalesFrutos Hidalgo E¹, Andrés Vera J², Fierro Alario MJ¹¹ Médico de Familia. CS Olivillo² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Olivillo**Ámbito del caso**

Consulta de atención Primaria. Servicio de cuidados críticos y urgencias.

Motivo de la consulta

Dispepsia.

Historia clínica

Mujer de 65 años sin reacciones alérgicas a medicamentos ni factores de riesgo cardiovasculares. Intervenida de cáncer de mama ductal infiltrante izquierdo en 2011 y posteriormente de cáncer de mama lobulillar infiltrante derecho con tratamiento quimioterápico. Actualmente sin tratamiento. Acude a la consulta de atención Primaria por dispepsia postprandial en las dos últimas semanas. Dado que la exploración es anodina, se pauta tratamiento con procinéticos e inhibidores de la bomba de protones. Tres días de después de la pauta de tratamiento, la paciente comienza con vómitos nocturnos incoercibles, por los que se dirige al servicio de urgencias hospitalarias. Se realiza radiografía de abdomen sin hallazgos y se deriva al alta con el juicio clínico de reflujo gastroesofágico. A las 24 horas del alta hospitalaria, la paciente acude nuevamente al CS, con vómitos oscuros y dolor abdominal generalizado. se deriva al servicio de urgencias hospitalarias con sospecha diagnóstica de obstrucción intestinal.

A la exploración: la paciente se encuentra estable hemodinámicamente. Abdomen: blando y depresible con timpanismo en epigastrio.

Analítica: Hg: HB 15gr/dl, leucocitos 9550 con fórmula normal, plaquetas 282000. Bq: creatinina 1,4. Cg: normal. Radiografía de abdomen: niveles hidroaéreos en varios segmentos de asas intestinales. Se coloca sondaje nasogástrico. TAC abdominal: hallazgos sugestivos de estenosis pilórica

secundaria a proceso inflamatorio como primera posibilidad a valorar mediante endoscopia. Se realiza endoscopia oral: estenosis pilobulbar de aspecto neoplásico. Se realiza biopsia.

Enfoque individual: Paciente con vida laboral activa. Nivel socio-económico medio alto.

Enfoque familiar y comunitario: Apoyo familiar. Tiene una hija sana que es la cuidadora principal.

Juicio clínico: Carcinoma pobremente diferenciado con características inmunohistoquímicas compatibles con metástasis de carcinoma lobulillar de mama.

Tratamiento, planes de actuación: sondaje nasogástrico. Colocación de dilatador en región pilórica estenótica.

Evolución: La paciente se encuentra en ingreso hospitalario durante tres semanas, ante la dificultad del diagnóstico anatomopatológico (metástasis de cáncer lobulillar de mama vs cáncer gástrico de celular en anillo de sello). Tras la colocación del dilatador realiza una pancreatitis, actualmente en resolución. Pendiente de valoración quirúrgica.

Conclusiones

La dispepsia es un signo inespecífico al que el Médico de Familia se enfrenta de forma reiterada en la práctica diaria. los pacientes con antecedentes personales de procesos oncológicos deben ser evaluados de manera exhaustiva, sin descartar nuevas recidivas o procesos metastásicos.

Palabras clave

Dispepsia, Metástasis, Cáncer de Mama

CASOS CLÍNICOS TIPO ORALES

Doctora no mejoroOrtega García G¹, Ureña Arjonilla ME², Ruiz Garcia E³¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Felipe. Jaén² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Mancha Real. Jaén³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Valle. Jaén**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

Motivo de la consulta

Dolor abdominal.

Historia Clínica*Antecedentes personales:* HTA, HBP, hipercolesterolemia, insuficiencia aortica, varicocele izquierdo.*Anamnesis:* varón de 75 años que con dolor en hipogastrio que de 2-3 meses de evolución que no cede con analgesia habitual. Acude porque en el las últimas semanas el dolor es más intenso, le impide el descanso nocturno, y se acompaña de tendencia al estreñimiento y pérdida de peso no cuantificada.*Exploración:* Tonos rítmicos, sin soplos, roces ni extra tonos. Murmullo vesicular conservado sin ruidos añadidos. Abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación superficial y profunda en hipogastrio y a nivel periumbilical, dudosa masa a nivel periumbilical izquierda dolorosa a la palpación, no megalias, defensa voluntaria a la palpación, Blumberg y Murphy negativos, no signos de irritación peritoneal, ruidos hidroaéreos presentes. No se palpan hernias inguinales. Tacto rectal negativo, sin heces.*Pruebas complementarias:* analítica con hemograma, coagulación y bioquímica dentro de la normalidad. Radiografía abdominal reciente realizada en urgencias sin alteración patológica. TAC *abdominal:* gran masa mesentérica centro abdominal que contacta con asas de intestino delgado. Varias adenopatías periféricas de pequeño tamaño. Los hallazgos descritos sugieren tumor maligno del estroma digestivo (GIST). Lesión hipodensa redondeada en cúpula hepática sugestiva de lesión metastásica. TAC torácico y abdominopélvico:

sin alteración. PET-TAC: presencia de tres nódulos sólidos e híper metabólicos a nivel peritoneal compatibles con implantes tumorales.

Enfoque individual: Paciente poco demandante, acude poco a consulta.*Enfoque familiar y comunitario:* Casado, vive con su mujer. No tienen hijos.*Juicio clínico:* GIST de intestino delgado de alto riesgo avanzado.*Diagnóstico diferencial:* Diverticulosis. Hernias. Estreñimiento funcional. Meteorismo. Síndrome intestino irritable. Neoplasias.*Tratamiento, planes de actuación:* Se comenzó con analgesia habitual tipo paracetamol y metamizol no siendo efectivas, al agravarse los síntomas y con la exploración antes detallada se decidió derivación preferente a digestivo.*Evolución:* Se completó el estudio del paciente con TAC abdominal por parte de digestivo y ante la sospecha fue intervenido realizando disección de la masa y resección de implante hepático. Actualmente continúa en seguimiento por oncología.**Conclusiones**

La accesibilidad al médico de Atención Primaria hace posible que podamos seguir la evolución de los síntomas y patologías de nuestros pacientes haciendo posible una valoración preferente por parte de otras especialidades ante cualquier síntoma de alarma.

Palabras clave

Abdominal Pain, Gastrointestinal Stromal Tumors, Constipation

CASOS CLÍNICOS TIPO ORALES

Importancia exploración neurológicaYañez Bermejo V¹, Bejarano Jurado C², Granados Gutiérrez S³¹ Médico de Familia. CS Portada Alta. Málaga² Médico de Familia. CS Delicias. Málaga³ Médico de Familia. CS Tiro Pichón. Málaga**Ámbito del caso**

Urgencias hospitalarias.

Motivo de la consulta

Vómitos y mareos.

Historia Clínica

Hombre de 40 años traído por los servicios de urgencias por vómitos y mareos con giro de objetos de inició súbito y 24 horas de evolución que no ceden con tratamiento.

Enfoque individual. Antecedentes personales: sano, no fumador, sin factores de riesgo cardiovascular.

Anamnesis: desde hace 24 horas presenta vómitos y mareos súbitos con giro de objetos que no ceden con sulpirida intramuscular. No otra sintomatología acompañante.

Exploración: tensión arterial 110/65mmHg, frecuencia cardíaca 90 latidos por minuto, saturación de oxígeno 97%, fiebre 38'7°C. Regular estado general, vomitando en consulta, imposibilidad para la sedestación ni deambulación. Auscultación cardiopulmonar: ritmo sinusal sin soplos con roncus en campos medios de pulmón izquierdo. Abdomen anodino. Neurológicamente: Glasgow 14 puntos, habla coherente, orientado aunque con tendencia al sueño. Nistagmo oblicuo que impresiona de origen central. Fuerza 3/5 en brazos y piernas. Sensibilidad conservada y simétrica. No dismetría ni diadococinesia. Marcha imposible de explorar.

Pruebas complementarias:

Electrocardiograma sin alteraciones. Radiografía de tórax: ligera condensación peribronquial izquierda con infiltrado sucio sin derrame asociado. TAC craneal: lesiones hiperintensas dispersas en sustancia blanca que

impresionan de proceso infeccioso sin poder descartar proceso neurodegenerativo. Punción lumbar: líquido claro, linfocitos 10%, glucosa 80, proteínas 90. Reacción en cadena polimerasa (PCR) del virus herpes simple (VHS): positivo.

Enfoque familiar y comunitario: Acompañado de su mujer con la que convive junto a sus dos hijos. Todos sanos. Viven en un pueblo. No animales en domicilio.

Juicio clínico: meningitis vírica y neumonía adquirida en la comunidad.

Diagnóstico diferencial: vértigo periférico vs de origen central en el contexto de enfermedad infecciosa tipo meningitis vírica o brote de enfermedad neurodegenerativa como esclerosis múltiple con menor probabilidad.

Tratamiento, planes de actuación: Tras fracaso del tratamiento intravenoso para vértigo periférico y los resultados de las pruebas complementarias se ingresa al paciente en área de observación para realizar punción lumbar y continuar estudio.

Evolución: Una vez controlada la sintomatología del paciente fue ingresado en servicio de Medicina Interna para tratamiento y espera de resultados. Tras 10 días de ingreso con buena evolución es dado de alta.

Conclusiones

Importancia del manejo y conocimiento de la exploración neurológica para identificar patología urgente de origen central.

Palabras clave

Nystagmus, Vertigo, Infection

CASOS CLÍNICOS TIPO ORALES

Acidosis láctica en paciente diabético

Andrés Vera J¹, Naranjo Muñoz J², Martín Jiménez A³

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Olivillo. Cádiz

² MIR de Nefrología. Hospital Puerta del Mar. Cádiz

³ Médico de Familia. Urgencias Hospital San Carlos. San Fernando (Cádiz)

Ámbito del caso

Atención Primaria, servicios urgencias.

Motivo de la consulta

Mal estado general, diarreas y vómitos.

Historia Clínica

Anamnesis: Varón de 66 años que acude a nuestra consulta de atención Primaria por diarrea, vómitos cuantiosos y baja ingesta de nueve días de evolución presentando deterioro del estado general y disminución de la diuresis. En los días del cuadro digestivo el paciente continuó con su tratamiento con metformina e IECA. Debido al estado en el que se encuentra el paciente se decide traslado al Servicio de Urgencias.

Exploración: TA (90/60), taquipneico, tendencia a la somnolencia y signos de deshidratación.

Pruebas complementarias; Analítica: Glucemia 190, urea 404, creatinina 9.8, potasio 7. Gasometría Venosa: pH 6.70, bicarbonato 3. Lactato sanguíneo 129.9.

Enfoque individual. Antecedentes personales: DM tipo 2 con nefropatía diabética e HTA en tratamiento.

Enfoque familiar y comunitario: Familia nuclear en etapa IV del ciclo vital familiar con buen apoyo familiar.

Juicio clínico: Insuficiencia renal aguda de origen prerrenal. Acidosis láctica secundaria a metformina.

Tratamiento, planes de actuación: Debido al estado del paciente a su llegada a urgencias y sus **Resultados** analíticos se decide traslado a la unidad de cuidados intensivos e inicio de hemofiltración continua.

Evolución: A las 48 horas paciente evoluciona favorablemente, recuperando diuresis y corrigiendo acidosis metabólica, dejando de necesitar hemofiltración sanguínea.

Conclusiones

Actualmente existe un uso más extendido de la metformina en la población anciana, lo que hace necesario la estimación del filtrado glomerular en los controles de su diabetes mellitus tipo 2. Aunque en nuestro caso estaba indicado la metformina porque el paciente presentaba un FG 48ml/min/1.73m², convendría advertir a los pacientes sobre efectos adversos y cuando consultar y dejar de tomar metformina ya que la mayoría de pacientes a pesar de presentar síntomas la siguen tomando.

Palabras clave

Diabetes mellitus, Acidosis láctica

CASOS CLÍNICOS TIPO ORALES

No toda alteración visual es del oftalmólogoOrtega García G¹, Sánchez Torres E², Ureña Arjonilla ME³¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Felipe. Jaén² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS José Barneo. Torredonjimeno (Jaén)³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Macha Real. Mancha Real. (Jaén)**Ámbito del caso**

Atención Primaria, atención hospitalaria.

Motivo de la consulta

Pérdida de visión.

Historia Clínica*Antecedentes personales:* vejiga hiperactiva, vértigo posicional, ansiedad.*Anamnesis:* mujer de 56 años que acude con informe de urgencias de hace 10 días, fue valorada por oftalmólogo por presentar pérdida de visión aguda de campo inferior de ojo derecho, descartándose patología urgente. La paciente refiere continuar algo sintomática, reinterrogándola destaca que acompañando a la alteración de la visión también presentaba dolor retroocular y sensación de destellos. En antecedentes presenta episodio vertiginoso tras un parto hace 15 años de un par de meses de duración.*Exploración:* Cardiológico y respiratorio normal. Pupilas isocóricas y normorreactivas, pares craneales nomales y agudeza visual levemente disminuida en ojo derecho. Tándem inestable. Reflejos osteotendinosos normales.*Pruebas complementarias:* Potencial evocado visual: resultados sugestivos de posible neuropatía óptica de tipo mixto y predominio desmielinizante en grado leve. RM de cráneo: lesiones que por su localización y características de la imagen sugieren patología desmielinizante. Analítica general con serología LUES, brucella y borrelia, vit B12 y ácido fólico dentro de la normalidad.*Enfoque individual:* Paciente con tendencia a la preocupación excesiva, frecuente en la consulta a pesar de no tener patología crónica.*Enfoque familiar y comunitario:* Buena relación con su familia y con buen tejido y apoyo social*Juicio clínico:* Neuritis óptica. Esclerosis múltiples R-R.*Tratamiento, planes de actuación:* No fue necesario pues cuando la paciente acudió a la consulta ya había mejorado su sintomatología.*Evolución:* A pesar de que los síntomas habían disminuido ante de la duración del episodio, los antecedentes descritos y la preocupación de la paciente se decidió derivación a neurología que tras pruebas complementarias y seguimiento realizó el diagnóstico de esclerosis múltiple.**Conclusiones**

La neuritis óptica es una de las enfermedades más frecuentes que afectan el nervio óptico y presenta una clara relación con algunas entidades específicas, entre ellas la esclerosis múltiple. Ante una afectación neurológica en un paciente joven es importante pensar como diagnóstico diferencial en la esclerosis múltiples y en particular la pérdida monocular de la función visual se encuentra entre la tríada de síntomas más comunes.

Palabras clave

Optic Neuritis, Multiple Sclerosis, Magnetic Resonance Imaging

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Sorprendentes hallazgos radiológicos tras prótesis valvularCorrea Gómez V¹, Pantoja De la Rosa L², Rodríguez Pardo AM³¹ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Úbeda. Jaén² Médico de Familia. DS Jaén Nordeste. Jaén³ Enfermera. Hospital de Poniente. El Ejido (Almería)**Ámbito del caso**

Atención Primaria y Cardiología.

Motivo de la consulta

Tengo mucho cansancio.

Historia Clínica

Varón de 79 años, sin alergias medicamentosas conocidas, exfumador desde hace 25 años. Portador de prótesis metálica aórtica, aneurisma de aorta, fibrilación auricular (FA) e hipertensión arterial. En tratamiento con Furosemida, Simvastatina, Eplerenona, Bisoprolol, Enalapril, Digoxina y Acenocumarol.

Enfoque individual: Acude a consulta de Atención Primaria (AP) refiriendo cansancio, de meses de evolución, que le impide realizar sus actividades diarias. Con disnea grado III y edema de piernas, además de ortopnea que ha ido en aumento en los últimos días. En la exploración física la auscultación es arrítmica, sin soplos ni ruidos patológicos sobreañadidos. Hay presencia de edemas generalizados de miembros inferiores. En electrocardiograma: FA a 75 latidos por minuto y bloqueo de rama izquierda. Tensión arterial: 110/70 mmHg. En radiografía de tórax aneurisma gigante de aorta ascendente con calcificación de las paredes (aorta "en porcelana").

Enfoque familiar y comunitario: Agricultor jubilado. Casado y con 2 hijas que viven en distinta localidad, por lo que el matrimonio tiene escasa ayuda por su parte. Han solicitado ayuda en trabajadora social.

Juicio clínico: Aorta en porcelana, complicación de aneurisma aórtico tras prótesis valvular.

Tratamiento, planes de actuación: El Médico de Familia viendo que la próxima revisión en Cardiología es en 5 meses decide derivarlo de forma preferente y le ajusta el tratamiento aumentando dosis de Furosemida a 1 comprimido/12 horas.

Evolución: A los 6 días, en Cardiología le realizan ecocardiograma apreciándose aumento de aneurisma gigante de aorta ascendente, diámetro máximo 15 cm, compresión extrínseca de vasos pulmonares, ventrículo izquierdo hipertrófico y válvula mitral con signos degenerativos; la prótesis aórtica está normofuncionante. En analítica NTproBNP 1661 pg/ml, resto normal. Continúa con edemas y se recomienda continuar con dosis de Furosemida prescrita por el Médico de Familia. Se realiza interconsulta preferente con Cirugía Cardiovascular para valoración quirúrgica. Continuará seguimiento por AP.

Conclusiones

En muy raras ocasiones la prótesis valvular puede dar este tipo de complicaciones, cuyo tratamiento es quirúrgico. En general los enfermos cardiopatas necesitan un seguimiento muy estricto, que suele ser solo ambulatorio, salvo complicaciones. Desde AP hay que insistir en evitar y controlar los factores de riesgo cardiovascular, además del cumplimiento terapéutico, que la mayoría de las veces es lo que produce descompensaciones clínicas.

Palabras clave

Fatigue, Edema, Aortic Prosthesis

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Doña Rocío, ¿qué son estas lesiones de mi hija?Yera Cano R¹, Rivas De la Torre M², Salmerón Latorre RM²¹ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Úbeda. Jaén² MIR 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Úbeda. Jaén**Ámbito del caso**

Mixto, Atención Primaria y Hospital.

Motivo de la consulta

Acude a la consulta de pediatría de Atención Primaria, una paciente de 20 meses por la manifestación de unas lesiones en cara y piernas.

Historia Clínica

Refiere su madre que el día anterior observó en su hija unas lesiones en cara y piernas. Además presentaba varios hematomas generalizados que la madre los achacaba a la inquietud de su hija.

Enfoque individual. Antecedentes personales: No alergias medicamentosas. Correctamente vacunada.*Anamnesis:* Lesiones puntiformes en cara, dorso y miembros inferiores además de varios hematomas en cara, antebrazo derecho y miembros inferiores de diferente tamaño. Cuadro de tos y mucosidad en los días previos. Afebril. No sangrado activo. La madre no comentó ningún síntoma más añadido.*Exploración:* Buen estado general y bien hidratada. Varios hematomas de diferente tamaño y lesiones puntiformes, purpúricas petequiales, palpables y con vitropresión negativa a la palpación. Resto de la exploración sin ningún hallazgo patológico.*Pruebas complementarias:* No se realizó en ese momento ninguna prueba complementaria.*Enfoque familiar y comunitario:* La paciente vive con sus padres, de 35 y 32 años, y con su hermana mayor de 2 años. Ninguna

antecedente de interés. Todos viven juntos y mantienen una perfecta relación. La madre se encuentra muy preocupada por la manifestación de las nuevas lesiones, ya que no puede creer que todo se deba al nerviosismo de su hija. Algo más tenía que pasar.

Juicio clínico: Púrpura trombocitopénica idiopática (PTI).*Diagnóstico diferencial:* Púrpura Schölein Henoch, sepsis. Problemas: escasez de pruebas complementarias en Atención Primaria para confirmación diagnóstica.*Tratamiento, planes de actuación:* Derivación al Servicio de Urgencias hospitalarias para valoración pediátrica.*Evolución:* Se realizó analítica de urgencia en la cual se observó una leve linfocitosis con un recuento de plaquetas inferior a 10.000/ μ l. Se confirmó PTI mediante citología periférica y se pautó corticoterapia. La paciente evolucionó satisfactoriamente.**Conclusiones**

Ante la existencia de petequias en un niño hay que descartar principalmente dos patologías muy frecuentes: Púrpura Schölein Henoch (petequias en miembros inferiores) y PTI (petequias generalizadas de forma brusca). Destacar la importancia de una anamnesis muy detallada y una exploración física completa para realizar un correcto diagnóstico. La PTI responde muy favorablemente a los corticoides.

Palabras clave

Plaquetas, Purpura, Trombocitopenia

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

"Doctor esta situación no remonta"Yera Cano R¹, Rivas de la Torre M², Salmerón Latorre RM²¹ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Úbeda. Jaén² MIR 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Úbeda. Jaén**Ámbito del caso**

Mixto, Atención Primaria y Hospital.

Motivo de la consulta

Disnea de un mes de evolución que ha aumentado progresivamente y heces de color negro en los últimos 4 días.

Historia Clínica

Paciente de 70 años que refiere encontrarse más cansada y con mayor dificultad respiratoria desde hace un mes, sin tos ni expectoración. Además comenta que presenta estreñimiento crónico y que está pendiente de una esfinterotomía, pero que en los últimos 4 días ha observado las heces de color negro y que está muy preocupada.

Enfoque individual. Antecedentes personales: No alergias medicamentosas. Hipertensa, hipercolesterolemia, intervenida de cáncer de mama mediante tumorectomía y en seguimiento por Oncología. Intervenida de miomas uterinos y quiste ovárico derecho.*Anamnesis:* Disnea de moderados esfuerzos sin tos ni expectoración asociado. No ortopnea ni DPN. No dolor abdominal. Dolor perianal irradiado a miembros inferiores. Heces oscuras de color negro. No náuseas ni vómitos. Afebril. Estreñimiento crónico.*Exploración:* Buen estado general, palidez mucocutánea y eupneica. Auscultación y abdomen sin hallazgos patológicos. Tacto rectal: hipertonía de esfínter, dedil con heces de dudoso aspecto melánico.*Pruebas complementarias:* Se realizó analítica de Urgencias: anemia macrocítica, leucocitosis de predominio linfocitario, recuento plaquetario de 37.00/µl. Resto de analítica sin

interés. Radiografía tórax y abdomen sin hallazgos patológicos.

Enfoque familiar y comunitario: La paciente, desde su antecedente de cáncer, vive con su hija. Ambas están muy preocupadas por dicho motivo, pensando que se haya podido reactivar el cáncer o la posibilidad de aparición de metástasis.*Juicio clínico:* Leucemia Aguda.*Diagnóstico diferencial:* Síndrome mielodisplásico. Hemorragia. Linfoma. Problemas: Dificultad a la hora de explicarles los resultados obtenidos por su estrés emocional y alta preocupación.*Tratamiento, planes de actuación:* Se ingresó en Hematología confirmándose el diagnóstico de Leucemia Monocítica Aguda. Se transfundieron unidades de concentrado de hematíes y se inició tratamiento con Quimioterapia.*Evolución:* Obtuvo buena respuesta al tratamiento y se encuentra en seguimiento estrecho por Hematología.**Conclusiones**

Ante la sintomatología de cansancio, debilidad y hemorragias en un adulto mayor de 65 años, debemos tener presente la sospecha de esta patología, ya que su incidencia está aumentando progresivamente. Es importante la realización de una anamnesis muy detallada además de un estudio analítico completo y una tipificación correcta para posterior tratamiento quimioterápico.

Palabras clave

Disnea, Cáncer, Leucemia

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Síncope en gestación ectópica no sospechadaRodríguez Vázquez A¹, Pareja-Obregón Prieto A², Sánchez Moreno M³¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Candelaria. Sevilla² Médico de Urgencias. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla³ Médico de Familia. Hospital Universitario Virgen Del Rocío. Sevilla**Ámbito del caso**

Urgencias.

Motivo de la consulta

Síncope.

Historia Clínica

Mujer de 37 años sin alergias medicamentosas conocidas ni hábitos tóxicos. No factores de riesgo cardiovascular. Antecedentes de hipotiroidismo y síndrome depresivo.

Acude por síncope precedido de pródromos con pérdida de conciencia de unos 20 segundos, coincidiendo con dolor abdominal. Se acompaña de relajación de esfínteres. No movimientos tónico-clónicos. Recuperación espontánea ad integrum.

Exploración: buen estado general, consciente y orientada, colaboradora. Bien hidratada y perfundida. Presión arterial 140/85 mmHg, frecuencia cardíaca 80 lpm, frecuencia respiratoria 24 resp/min. Oxihemoglobina 99%. Afebril. *Exploración neurológica:* PINLA, no nistagmus ni focalidad neurológica. Auscultación cardio respiratoria: tonos rítmicos, no soplos. Buena entrada de aire bilateral sin ruidos sobreañadidos. Abdomen: globuloso, blando y depresible. Dolor a la palpación de ambas fosas ilíacas. No masas palpables ni visceromegalias. Murphy y Blumberg negativos, no signos de irritación peritoneal. RHA conservados. Puño-percusión renal bilateral negativa. MMII: sin edemas ni signos de TVP.

Enfoque individual: Mayor estrés laboral. Inicio de dieta.

Enfoque familiar y comunitario: Familia funcional: buen nivel económico y cultural. Vive con su marido e hija. Un aborto.

Pruebas complementarias: Electrocardiograma: RS a 80 lpm. Eje 30. PR 120 ms. RR constantes. QRS estrecho. Sin alteraciones en la repolarización ni datos de isquemia aguda. Hemograma: leucocitosis 15.57. Resto normal. Bioquímica: HCG 106.3 u/l. Resto normal.

Juicio clínico inicial: síncope vasovagal. Gestación.

Diagnóstico diferencial. Síncope ortostático, cardiogénico. Drops attacks. Crisis comicial. Pseudosíncope psicógeno. Metabólico-tóxica.

Tratamiento, planes de actuación: Observación domiciliaria. Acudir a urgencias si aparece dolor o sangrado intenso. Control por su Médico de Familia y matrona.

Evolución:

Al alta, nuevo síncope. Se realiza ecografía abdominal: líquido libre anecogénico intraabdominal. Imagen compatible con quiste en anejo izquierdo. Eco STV: útero en anteversión, endometrio lineal, anejo derecho normal, ovario izquierdo con formación anecoica sin ecos en su interior de aspecto funcional. Imagen tubular alternante en ecos compatible con coágulo. Diagnóstico de gestación ectópica con posterior metrorragia a consecuencia de aborto tubárico.

Conclusiones

Ante paciente en edad fértil, que presenta síncope vasovagal debemos sospechar posibilidad de gestación, gestación ectópica y aborto. Estratificamos el riesgo del síncope basándonos en la historia clínica, exploración física y ECG. La cardiopatía estructural es el principal factor pronóstico. Pacientes de bajo riesgo pueden ser dados de alta para estudio ambulatorio.

Palabras clave

Síncope, Gestación, Embarazo ectópico

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Doctor, ¿hoy no me toma la tensión?Correa Gómez V¹, Pantoja de la Rosa L², Rodríguez Pardo AM³¹ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Úbeda. Jaén² Médico de Familia. DS Nordeste de Jaén. Jaén³ Enfermera. Hospital de Poniente. El Ejido (Almería)**Ámbito del caso**

Atención Primaria y Nefrología.

Motivo de la consulta

Edema palpebral.

Historia Clínica

Mujer de 49 años, asidua habitual de la consulta. Hoy acude tras haberse levantado con los párpados hinchados. Indica que no es porque haya llorado, pese al sentimiento permanente de soledad, y últimamente estar con “sus nervios” regular.

Enfoque individual: Sin alergias medicamentosas conocidas. Fumadora de 15 cigarrillos/día, con trastorno bipolar. En tratamiento con Bupropión 100 mg/12h y Alprazolam 0.25 mg/8h. A la exploración se aprecia edema palpebral, junto a edema distal de miembros inferiores. Resto de exploración sin hallazgos. El médico de familia decide pautarle furosemida 40 mg durante unos días. Cuando da por terminada la visita, la paciente solicita, como es habitual, una toma de tensión arterial (TA), presentando cifras de 190/110 mmHg. Dado los resultados se administra Captopril 50 mg, consiguiendo valores de TA 160/90 mmHg.

Enfoque familiar y comunitario: Soltera. Temporera agraria. Vive sola, desde que falleció su padre hace 6 meses, desde entonces presenta distimia y estado de desesperanza. Tiene una hermana mayor, que vive en el mismo pueblo, y con la que tiene excelente relación.

Juicio clínico: El hallazgo casual de hipertensión arterial (HTA) con esas cifras tensionales recomienda realizar estudio e iniciar tratamiento farmacológico. Habrá que

determinar la presencia de afectación visceral y/o factores de riesgo cardiovascular asociado, además de buscar causas de HTA secundaria (enfermedad renal, alteraciones hormonas suprarrenales o vasculares).

Tratamiento, planes de actuación: Se solicita analítica sanguínea y de orina con revisión en 3 días. Acude de nuevo con cifras tensionales elevadas. En analítica creatinina 2.1 mg/dl, urea 98 mg/dl, proteinuria 4+ y hematuria 2+, resto normal. Se pauta tratamiento con Enalapril 10 mg y continuará con Furosemida. Se decide derivar a Nefrología para continuar estudio.

Evolución: Cuando acude a Nefrología es ingresada, realizándosele numerosas pruebas, entre ellas una biopsia renal, con diagnóstico anatomopatológico de Glomerulonefritis Membranosa. Desde Atención Primaria el tratamiento será el control de la TA (actualmente en tratamiento con Enalapril 20 mg/Hidroclorotiacida 12.5 mg) y la indicación de la restricción de sal y proteínas en la dieta. Seguirá revisiones periódicas por parte de Nefrología.

Conclusiones

La Glomerulonefritis cursa con clínica de orina espumosa y oscura, edema de ojos, cara y piernas. El tratamiento fundamental es el control de la hipertensión arterial y la restricción de proteínas y sal. Con el tiempo puede ser necesaria la diálisis e incluso el trasplante renal.

Palabras clave

Eyelid Edema, Arterial Hypertension, Glomerulonephritis

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Mujer joven con astenia, fiebre y pérdida ponderalCorrea Gómez V¹, Ortiz Viana MC², Oualy Ayach Hadra G¹¹ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Úbeda. Jaén² MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Úbeda. Jaén**Ámbito del caso**

Atención Primaria, Medicina Interna y Oncología.

Motivo de la consulta

Astenia, fiebre y pérdida de peso de unos 5 meses de evolución.

Historia Clínica

Mujer de 21 años acude a consulta refiriendo fiebre de hasta 38,5°C y sensación disneica. Es la 3ª vez que acude en los últimos meses, prescribiéndosele tratamiento antibiótico en las otras ocasiones, sin mejoría clínica.

Enfoque individual: Con antecedentes personales de trastornos de conducta, sin alergias medicamentosas conocidas ni uso de fármacos de forma habitual. Fumadora de 5-6 cigarrillos/día. Lleva 5 meses con astenia, sensación disneica que se incrementa al decúbito, pérdida de peso involuntaria y fiebre de predominio vespertino. En la exploración por aparatos y sistemas únicamente se aprecia el bajo peso y palidez mucocutánea, junto a palpación de una adenopatía cervical derecha de 1 cm, indurada y no adherida. Se solicita analítica básica con valores dentro de la normalidad y en radiografía de tórax se aprecia masa mediastínica que comprime y desplaza la tráquea.

Enfoque familiar y comunitario: Estudiante de administración, vive en piso de estudiantes. Tiene novio. Con escasa relación familiar, sus padres están separados. Sin hermanos.

Juicio clínico: Dado a la clínica inespecífica se puede hacer un diagnóstico diferencial muy

amplio con síndrome mononucleósido, hepatitis, hipertiroidismo, linfomas...Se decide derivar preferentemente a Medicina Interna.

Pruebas complementarias: analítica y serologías sin hallazgos destacables. En body TAC hay adenopatías cervicales y supraclaviculares, masa mediastínica superior y anterior con múltiples adenopatías mediastínicas. En biopsia de la adenopatía cervical el resultado es linfoma de Hodgkin tipo esclerosis nodular con celularidad mixta.

Tratamiento, planes de actuación: Con la confirmación diagnóstica se deriva a oncología para comienzo de tratamiento quimioterápico.

Evolución: Actualmente continúa con ciclos de quimioterapia y la enfermedad presenta buen pronóstico.

Conclusiones

La Enfermedad de Hodgkin tipo esclerosis nodular es el tipo más común (60- 80% casos). Es más común en adolescentes y adultos jóvenes, y entre ellos en mujeres. Es más habitual que se origine en los ganglios linfáticos de la parte superior del cuerpo. Los pacientes sintomáticos pueden presentar: fiebre de predominio nocturno, sudoración profusa, y pérdida injustificada de peso (síntomas B). Sin factores adversos y correctamente tratados, el pronóstico de curación es superior al 80%.

Palabras clave

Astenia, Constitutional Síndrome, Hodgkin's Lymphoma

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

A veces el ejercicio físico no es tan bueno como dicenCorrea Gómez V¹, Tribaldos Garrido JJ², García Martín MJ²¹ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Úbeda. Jaén² DDCU Úbeda (Jaén)**Ámbito del caso**

Atención Primaria, Urgencias y Nefrología.

Motivo de la consulta

Cefalea de 4 días de evolución acompañado de náuseas y vómitos.

Historia Clínica

Varón de 37 años que acude a consulta refiriendo malestar general con cefalea, náuseas y vómitos, junto a oliguria colúrica. No otra sintomatología acompañante.

Enfoque individual: Sin alergias medicamentosas conocidas, antecedentes personales ni tratamiento de interés. No hábitos tóxicos. La sintomatología que describe tiene relación con cuadro de mialgias tras una clase de spinning hace 4 días y escasa ingesta de líquidos desde entonces. En la exploración por aparatos y sistemas no se aprecian hallazgos significativos.

Enfoque familiar y comunitario: Casado, con una hija, dependiente de tienda informática. Vida sedentaria.

Juicio clínico: Dado al sobreesfuerzo importante, debido a la falta de entrenamiento previo, y clínica; se deriva a Urgencias por sospecha de rhabdmiolisis para realizar pruebas complementarias.

Tratamiento, planes de actuación: Los resultados de la analítica son: creatinina 11.05 mg/dl, urea 284 mg/dl y creatinina (CPK) 9200 U/ml. En ecografía abdominal: riñones de tamaño y morfología normal, incremento de

diferenciación corticomedular, sin dilatación de vías excretoras. Se diagnostica de fracaso renal agudo en contexto a cuadro de rhabdmiolisis y depleción hidrosalina, y se ingresa en Nefrología.

Evolución: Durante el ingreso el paciente presenta mejoría lenta y progresiva de la función renal tras tratamiento con sueroterapia. Se da alta, presentado cifras de creatinina de 3.2 mg/dl con iones controlados y CPK normalizada, con consejo de medidas higiénico- dietéticas y control analítico de función renal en 2-3 semanas por el Médico de Familia.

Conclusiones

A veces, la realización de ejercicio físico puede producir rhabdmiolisis, difícil de distinguir de las famosas agujetas, salvo por el oscurecimiento de la orina. El conocimiento y la sospecha de este síndrome por parte del Médico de Familia es fundamental para hacer un diagnóstico precoz, recordando que incluso el ejercicio físico de baja intensidad puede desencadenar este cuadro. La complicación más frecuente es la insuficiencia renal aguda. En el caso de este paciente esto se potenció debido a la depleción hidrosalina asociada. Por ello, se recomienda beber mucho líquido antes, durante y después de hacer ejercicio físico, para mantener la hidratación y evitar el daño muscular.

Palabras clave

Physical Exercise, Rhabdomyolysis, Acute Renal Failure

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

"Este ahogo va a acabar conmigo"Yera Cano R¹, Salmerón Latorre RM², Rivas De la Torre M²¹ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Úbeda. Jaén² MIR 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Úbeda. Jaén**Ámbito del caso**

Mixto, Atención Primaria y Hospital.

Motivo de la consulta

Paciente de 68 años que acude a la consulta por episodio de disnea brusca y sudoración al acostarse.

Historia Clínica

Refiere que al acostarse notó que le faltaba el aire y tenía mucha sudoración. Intolerancia al decúbito.

Enfoque individual. Antecedentes personales: No alergias medicamentosas. Hipertensión arterial, traumatismo torácico que precisó toracocentesis y tubo de drenaje.*Anamnesis:* Paciente que presenta cuadro brusco de disnea al acostarse con intolerancia al decúbito. Sudoración profusa. Disnea a moderados esfuerzos. No dolor torácico ni palpitaciones. No presentaba tos ni expectoración. Afebril. No recorte de diuresis ni edemas de miembros inferiores.*Exploración:* Mal estado general, palidez cutánea y taquipneico. Normotenso, afebril y saturación de Oxígeno: 97%. No ingurgitación yugular. A la auscultación cardiorrespiratoria: tonos rítmicos sin soplos ni roces, crepitantes bibasales hasta campos medios. Resto de la exploración normal.*Pruebas complementarias:* Radiografía de tórax: edema intersticial y alveolar bilateral con mayor afectación en base pulmonar derecha con líneas de Kerley C. *Analítica:* dentro parámetros normales. Electrocardiograma: ritmo sinusal, extrasístoles ventriculares.*Enfoque familiar y comunitario:* Paciente que vive en su casa con su mujer, ambos con un bajo nivel sociocultural.*Juicio clínico:* Edema agudo de pulmón.*Diagnóstico diferencial:* Tromboembolismo pulmonar, asma, neumotórax, EPOC. Problemas para explicar su situación clínica de forma que lo entendiera correctamente.*Tratamiento, planes de actuación:* Se pautó una perfusión de solinitrina además de oxigenoterapia, aerosoles y furosemida cada 6 horas. Se ingresó al paciente en Medicina Interna. Se realizó ecocardiograma: miocardiopatía hipertrófica-hipertensiva.*Evolución:* Durante el ingreso el paciente evolucionó favorablemente.**Conclusiones**

El edema agudo de pulmón es una patología de emergencia que necesita ser diagnosticada lo más breve posible así como su tratamiento precoz, ya que puede tener severas complicaciones. Se observará un paciente con: tos, taquipnea, cianosis, sudoración profusa, aumento esfuerzo respiratorio y necesidades de oxígeno. En la radiografía: patrón típico algodonoso en alas de mariposa con edema intersticial y signos de redistribución vascular. Es importante detectar lo más breve posible las causas desencadenantes que requieran un tratamiento urgente.

Palabras clave

Disnea, Edema, Pulmón

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Todos los días se aprende algo, hoy el Síndrome de la Bella Durmiente

Correa Gómez V¹, Rodríguez Pardo AM², Pantoja De la Rosa L³

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

² Enfermera. Hospital de Poniente. El Ejido (Almería)

³ Médico de Familia. DS Jaén Nordeste. Jaén

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivo de la consulta

Esta enfermedad está incapacitando mi vida.

Historia Clínica

Varón de 25 años, acude a consulta, el médico no lo conoce, no es asiduo. Refiere que en el último mes ha presentado una crisis de hipersomnia durante 15 días, en la que tenía periodos de hasta 18 horas continuadas de sueño y en los periodos de vigilia se mostraba con sentimiento de desrealización.

Enfoque individual: Diagnosticado de síndrome de Kleine-Levin a los 16 años. Sin alergias medicamentosas conocidas ni hábitos tóxicos. Actualmente no toma fármacos. Comenta que desde que comenzó a manifestarse su enfermedad, la cual tardó mucho en diagnosticarse, ésta ha condicionado de forma negativa su vida. Está molesto y apático, ya que cuando tiene esas crisis (que no puede predecir) se produce un paro en su vida. Reconoce que lleva aproximadamente un año sin tomar la medicación prescrita por Neurología “de motu proprio” (Litio 800 mg/12h), porque piensa que no le ayuda.

Enfoque familiar y comunitario: Soltero. Vive con sus padres. Trabaja de mecánico y entrena un equipo de fútbol infantil.

Juicio clínico: El síndrome Kleine-Levin es una enfermedad rara. El médico reconoce no tener

conocimientos de ésta, pero va a estudiar sobre ella.

Tratamiento, planes de actuación: Se anima a retomar el tratamiento con litio, ya que mientras estaba tomando éste las crisis estaban más controladas.

Evolución: A los meses acude de nuevo a consulta refiriendo que sigue con episodios de hipersomnia, aunque en menor cuantía, por lo que está animado. Continúa con el tratamiento.

Conclusiones

Con este caso lo que se pretende es demostrar que un médico no puede tener conocimiento de todo y que debe estar formándose continuamente. El síndrome de Kleine-Levin, también denominado síndrome de la Bella Durmiente. Es una enfermedad neurológica poco frecuente, de etiología desconocida. Se presenta en jóvenes varones. Caracterizada por episodios de somnolencia excesiva y periodos de sueño prolongado de como mínimo 18 horas diarias. Otras manifestaciones son la sobrealimentación compulsiva, hipersexualidad o trastornos de la conducta. Después de las crisis vuelven a la normalidad, aunque a veces existe amnesia. El tratamiento es con fármacos estabilizadores del ánimo (litio y valproato) que tienen una eficacia modesta.

Palabras clave

Kleine-Levin Síndrome, Hipersomnia, Mental Disorders

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Golpes con consecuencias fatales, pero a la vez llenos de esperanzaCorrea Gómez V¹, Pantoja De la Rosa L², Rodríguez Pardo AM³¹ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Úbeda. Jaén² Médico de Familia. DS Nordeste de Jaén. Jaén³ Enfermera. Hospital de Poniente. El Ejido (Almería)**Ámbito del caso**

Urgencias y Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

Motivo de la consulta

Traumatismo craneoencefálico (TCE) tras convulsión tónico-clónica.

Historia Clínica

Varón de 46 años, derivado a urgencias por TCE frontal izquierdo tras sufrir convulsión tónico-clónica mientras estaba sentado viendo la televisión.

Enfoque individual: Como antecedentes presenta hipertensión arterial, epilepsia parcial con generalización secundaria y trastorno del comportamiento. En tratamiento con Lisinopril y Oxcarbazepina. No hábitos tóxicos. Intolerancia a Metamizol. Está inconsciente, con pupilas midriáticas arreactivas y movimientos de extensión a estímulos dolorosos. Glasgow 4/15. Mantiene respiración espontánea, reflejo oculocefálico, nauseoso y tusígeno. Con estabilidad hemodinámica. Temperatura 37,8°C.

Enfoque familiar y comunitario: Agricultor, soltero, vive con sus padres. Tiene 3 hermanos varones que viven en su propio domicilio con sus familias.

Juicio clínico: En caso de alteración de consciencia hay que valorar posibles causas metabólicas, estructurales o intoxicaciones. Así habría que descartar: hipoglucemia, intoxicación etílica, por benzodiazepinas, por monóxido de carbono, crisis convulsivas, TCE, hipo/hipertermia...En este caso la causa fue un TCE, presenciado por su madre.

Tratamiento, planes de actuación: Se realiza TAC craneal de urgencia que muestra cefalohematoma, extenso, fractura frontotemporoparietal izquierda, neumoencefalo, hematoma subdural

izquierdo, herniación subfalcina y uncal, hidrocefalia derecha, hemorragia subaracnoidea y contusiones hemorrágicas parenquimatosas. Se ingresa en UCI y se procede a intubación y conexión a ventilación mecánica, con necesidad de poco soporte ventilatorio. Se mantiene hemodinámica apoyada con Noradrenalina 1 mg/h.

Evolución: Según estado de paciente y espera de mal pronóstico se comenta con familiares la posibilidad de donación de órganos. La familia consiente y se comienza con protocolo de selección y mantenimiento de potencial donante hepato-renal-pulmón-corazón-páncreas. Finalmente, tras la persistencia de varios días sin evolución neurológica se solicita electroencefalograma (EEG) con resultado de ausencia de actividad bioeléctrica cerebral (muerte encefálica).

Conclusiones

Se considera muerte encefálica cuando hay fracaso completo e irreversible de las funciones del sistema nervioso. En España, para realizar una donación de órganos, en el contexto de una muerte encefálica, es obligatorio la participación tres médicos, uno de los cuales será un neurólogo o neurocirujano. El mejor modo de hacer el diagnóstico es mediante la exploración clínica, pero también se dispone de fenómenos intracraneales como: parada circulatoria cerebral, ausencia de actividad bioeléctrica en EEG y disminución del consumo cerebral de oxígeno. Será imprescindible que se conozca la causa de la lesión cerebral (más frecuentes TCE, accidentes cerebrovasculares y encefalopatías anóxicas). En este paciente se cumplieron todos los requisitos que permitieron la donación.

Palabras clave

Brain Death, Organ Donation

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Fracturas con “mala pata”Correa Gómez V¹, Pantoja De la Rosa L², Rodríguez Pardo AM³¹ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Úbeda. Jaén² Médico de Familia. DS Nordeste de Jaén³ Enfermera. Hospital de Poniente. El Ejido (Almería)**Ámbito del caso**

Urgencias y Traumatología.

Motivo de la consulta

Traumatismo de rodilla izquierda.

Historia Clínica

Mujer de 31 años, acude a Servicio de Urgencias tras caída traumática al realizar salto para bajarse de un muro. Refiere fuerte contusión directa de rodilla izquierda con intenso dolor e inflamación de cara anterior.

Enfoque individual: Sin alergias medicamentosas conocidas, no antecedentes personales de interés ni toma de fármacos habitual. Fumadora de 1/2 paquete cigarrillos al día desde hace 15 años (7,5 paquetes/año). Bebedora social de fines de semana. En la exploración se aprecia deformidad con importante edema en cara anterior de rodilla izquierda e impotencia funcional a la movilidad e imposibilidad a la marcha. No alteraciones vasculonerviosas.

Enfoque familiar y comunitario: Dependiente de supermercado, vive con su pareja, sin hijos.

Juicio clínico: Sospechamos fractura debido a la gran impotencia funcional e intenso dolor. Se realiza radiografía donde se ve fractura transversa de rótula izquierda con polo inferior conminuta y desinserción del tendón rotuliano.

Tratamiento, planes de actuación: Se interviene quirúrgicamente con reducción y osteosíntesis con aguja de Kirschner y cerclaje en 8. ; y se moviliza con férula inguinomaleolar. Se da de alta con indicaciones de realizar reposo con pie en alto y ejercicio de dedos.

Evolución: Durante el tiempo de inmovilización se administrará heparina subcutánea a dosis profilácticas. Se debe mantener la rodilla en extensión al menos 3 semanas. Se comenzará a hacer rehabilitación para que la recuperación sea más fácil y la atrofia muscular menor.

Conclusiones

En la fractura de rótula lo más importante es la rehabilitación. Al principio, aun con el yeso, se hará movilización activa de pie y cadera. Cuando se retire el yeso se empezará con las movilizaciones pasivas de la rodilla y rótula, contracciones isométricas y se empezará con movilizaciones activas asistidas. En una fase final potenciaremos la musculatura de cuádriceps e isquiotibiales, insistiremos en la movilidad total de la rodilla, comenzaremos con una reeducación de la marcha y de la carga total sobre la rodilla. A todo esto hay que añadir el masaje de las cicatrices para evitar posibles adherencias.

Palabras clave

Fracture, Rehabilitation

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Signos clínicos que se adelantan al diagnósticoCorrea Gómez V¹, Ortiz Viana MC², García Martín MJ³¹ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Úbeda. Jaén² MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Úbeda. Jaén³ Médico de Familia. DCCU Úbeda (Jaén)**Ámbito del caso**

Atención Primaria (AP) y Medicina Interna.

Motivo de la consulta

Edema facial.

Historia Clínica

Varón de 71 años, acude a consulta de AP por edema facial de predominio nocturno y una semana de evolución.

Enfoque individual. Antecedentes personales: hipertensión arterial, quiste hidatídico pulmonar y depresión mayor. No alérgico a medicamentos. Fumador de 10 cigarrillos/día. Tratamiento con Telmisartan/Hidroclorotiacida, Duloxetina, Trazodona, Lorazepam, Lormetazepam y Olanzapina. Refiere llevar varios meses con astenia y malestar que el paciente asocia con cuadro de depresión. Acude porque desde que el psiquiatra le introdujo una nueva medicación (Olanzapina) presenta plétora facial de predominio nocturno y con el decúbito; asociado a ortopnea y sensación disneica. No presenta pérdida ponderal. No fiebre. No otros síntomas de interés. En la exploración por aparatos y sistemas solo se aprecia cianosis labial.

Enfoque familiar y comunitario: Fontanero jubilado. Casado y con 4 hijos. Hace un año falleció una hermana por adenocarcinoma gástrico desde entonces presenta cuadros de ansiedad y empeoramiento de su estado depresivo, asociado a hipocondría.

Juicio clínico: Ante un edema localizado debemos pensar en una obstrucción venosa o

linfática. En caso de edema facial que aumenta con el decúbito se pensará como causa la compresión extrínseca de vena cava superior por adenopatías o tumor.

Tratamiento, planes de actuación: El médico de familia indica suspender Olanzapina para ver evolución. También le solicita una radiografía torácica y analítica.

Evolución: El paciente acude a consulta 2 semanas después, refiriendo que continua con edema facial tras la retirada de la medicación. En analítica básica no hay hallazgos destacables. Y en radiografía de tórax presencia de quiste hidatídico calcificado en lóbulo medio (ya conocido). Se indica que comience a tomar Olanzapina de nuevo. Se decide derivar a Medicina Interna realizándosele numerosas pruebas complementarias. Destacan marcadores tumorales Ca125 y Ca15.3 elevados; en TAC tórax se aprecia masa mediastínica anterior (8X12X9 cm) que produce compresión de vena cava superior con desarrollo de circulación colateral; y en biopsia pulmonar se confirma carcinoma epidermoide mediastínico.

Conclusiones

Es frecuente que el síndrome de la vena cava superior sea el signo de presentación de neoplasias sin diagnosticar. El 2º en incidencia es el carcinoma no microcítico tipo escamoso. Fue el caso de este paciente.

Palabras clave

Facial Edema, Superior Vena Cava Síndrome, Pulmonary Neoplasia

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Ictus en paciente joven

Noguerras Trujillo M¹, Valverde Morillas C², García García R¹

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Zubia. Granada

² Médico de Familia. CS La Zubia. Granada

Ámbito del caso

Atención Primaria y hospitalaria.

Motivo de la consulta

Paciente de 49 años con cefalea intensa en zona parietal desde hace dos días y, desde hace unas horas, desorientación, disartria y habla incoherente.

Historia Clínica

Paciente que consulta por cefalea persistente desde hace dos días y focalidad neurológica.

Enfoque individual: Paciente con antecedentes de tratamiento para deshabituación al consumo de tóxicos y septoplastia, con recaída en el consumo de cocaína en el último año. Fumador. Niega consumo de tóxicos en días previos. En exploración presenta disartria, anosognosia y somnolencia, siendo el resto del examen, la analítica y el electrocardiograma normales. Sí se confirma cocaína en orina. En pruebas de imagen se detecta infarto isquémico agudo en territorio de arteria cerebral media (ACM) izquierda, oclusión de arteria carótida interna izquierda de polígono de Willis y disección carotídea izquierda. Buena evolución durante su ingreso. Al alta hospitalaria queda disartria leve y afectación de la lecto-escritura.

Enfoque familiar y comunitario: El paciente consiguió superar su adicción gracias a que constituyó una familia, contando con gran apoyo por su parte. Su trabajo como comercial supone un riesgo para el consumo de tóxicos. Es importante el apoyo psicoterápico no reglado que realizó en la primera y segunda deshabituación el médico de familia.

Juicio clínico: Ictus isquémico parietal temporal izquierdo y en territorio frontera entre ACM y arteria cerebral anterior izquierdas por oclusión carotídea en probable relación con disección arterial.

Diagnóstico diferencial: con hemorragia subaracnoidea, proceso expansivo intracraneal, migraña con aura.

Tratamiento, planes de actuación: Abandono de tóxicos. Tratamiento antiagregante e hipolipemiente. Logopedia. Psicoterapia no reglada por parte del médico de familia con refuerzo de la actitud de no consumo.

Evolución: Tras rehabilitación con logopeda, queda leve dificultad de lecto-escritura, con algún bloqueo esporádico de memoria y cálculo. Actualmente ha abandonado consumo de cocaína, aunque no de tabaco

Conclusiones

El consumo de tóxicos produce una gran dependencia física y psíquica, los pacientes que la han superado pueden recaer. El médico de familia debe reforzar la actitud de abandono y estar atento a las recaídas para tratarlas antes de que originen enfermedades y grandes secuelas. Una buena relación con la familia puede ser fundamental para este objetivo.

Palabras clave

Drug Addiction, Brain Ischemia, Middle Cerebral Artery Stroke

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

¿Sólo un dolor de muelas?

Nogueras Trujillo M¹, Valverde Morillas C², García García R¹

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Zubia. Granada

² Médico de Familia. CS La Zubia. Granada

Ámbito del caso

Atención Primaria y hospitalaria.

Motivo de la consulta

Tumoraciones en hemicuello izquierdo, zona submaxilar izquierda, parótida derecha y submaxilar derecha de reciente aparición.

Historia Clínica

Paciente de 73 años, con antecedentes de hipertensión arterial e hipercolesterolemia, que consulta en urgencias de Atención Primaria por tumoraciones en el cuello.

Enfoque individual: El paciente que estaba en tratamiento con amoxicilina y dexketoprofeno por una infección dentaria, sin mejoría. En la exploración presenta buen estado general y estable hemodinámicamente. Ante la sospecha de abscesificación se deriva a urgencias hospitalarias. Se palpan tumefacciones en regiones parotidea y submaxilar derechas, y en zona submaxilar y hemicuello izquierdos, eritematosas, induradas, dolorosas, que se extienden a zona escapular y torácica. Exploración orofaríngea con hallazgo de varias muelas cariadas y material purulento en el suelo de la boca. Se realiza tomografía computerizada (TAC) de cuello y tórax y se objetiva absceso cervical y parafaríngeo y mediastinitis necrosante descendente. Es intervenido de forma emergente para desbridamiento, realizándose en días posteriores varias intervenciones para drenaje de los abscesos. Presenta buena evolución y se realiza TAC de control, detectándose casualmente tromboembolismo pulmonar agudo (TEPA) bilateral. Tras tratamiento adecuado, el paciente evoluciona

favorablemente, siendo dado de alta hospitalaria con revisiones

Enfoque familiar y comunitario: Familia amplia con agregados, con buen apoyo familiar.

Juicio clínico: Absceso odontogénico complicado con mediastinitis descendente. TEPA bilateral.

Diagnóstico diferencial: con tumoraciones cervicales de origen neoplásico.

Tratamiento, planes de actuación: Fisioterapia respiratoria. Rehabilitación por pérdida de masa muscular debida a encamamiento de larga estancia. Revisiones sucesivas de forma ambulatoria hasta resolución del caso.

Evolución: Dos meses después del alta consulta en atención Primaria por nueva sensación de inflamación cervical, con diagnóstico de celulitis cervical que se ha resuelto satisfactoriamente con tratamiento antibiótico. Actualmente, el paciente no presenta secuelas

Conclusiones

Infecciones aparentemente banales como una caries dental puede tener complicaciones muy graves. El paciente debe recibir instrucciones para que consulte si cambian los síntomas y el Médico de Familia debe vigilar y detectar las posibles complicaciones de estos cuadros y actuar en consecuencia.

Palabras clave

Mediastinitis, Dental Infection, Pulmonary Thromboembolism

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Vacuna frente al neumococo. ¿Sí o no?Valverde Morillas C¹, Nogueras Trujillo M², García García R²¹ Médico de Familia. CS La Zubia. Granada² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Zubia. Granada**Ámbito del caso**

Atención Primaria y hospitalaria.

Motivo de la consulta

Acude a consulta sin cita por vómito, fiebre alta y dolor en hipocondrio derecho tras la comida el día anterior.

Historia Clínica

Paciente de 59 años que consulta por fiebre elevada y mal estado general.

Enfoque individual: Antecedentes personales de otosclerosis, septectomía previa, enfermedad por reflujo gastroesofágico y migraña, vacunado de gripe y vacunas propias de la infancia. El paciente había sido intervenido hace dos meses con estapedectomía y miringoplastia, con mal resultado. Refiere dolor en hipocondrio derecho y en hemitórax que aumenta con el movimiento; en la exploración se aprecia hipoventilación y disminución del murmullo vesicular, la tensión arterial es imperceptible, la temperatura de 40° y la saturación de oxígeno de 89%. Se solicita radiografía de tórax urgente que muestra condensación en lóbulo inferior y medio de pulmón derecho. Ya en hospital, analítica con elevación de reactantes de fase aguda, leucocitosis con neutrofilia, insuficiencia renal prerrenal, hemocultivos positivos para Gram positivos y antígeno antineumococo positivo; tras tratamiento el enfermo se recupera satisfactoriamente.

Enfoque familiar y comunitario: La familia está en fase de nido vacío, los hijos se han ido del hogar familiar, aunque tienen mucho apoyo por su parte y del resto de familiares. Las infecciones en la comunidad son de presentación en ocasiones muy grave, la vacunación es importante pues disminuye su incidencia y transmisión.

Juicio clínico: Neumonía grave de la comunidad, sepsis de origen respiratorio. En un principio habría que valorar la posibilidad de una neoplasia pulmonar oculta y de su problema auditivo como causas de esta complicación.

Tratamiento, planes de actuación: Al ingreso el tratamiento antibiótico se instaura con levofloxacino 500 IV cada 12h y Ceftriaxona, tras cultivo y antibiograma sensible a levofloxacino se retira Ceftriaxona y se completa con levofloxacino 500 1/12h oral 10 días, este tratamiento ha sido adecuado para la resolución del cuadro. Se debe plantear el despistaje de hipogammaglobulinemia, hiperesplenismo y serología VIH, dicho despistaje fue negativo y se debe valorar la vacunación antineumocócica.

Evolución: Buena, a la semana el paciente fue dado de alta.

Conclusiones

La adecuada actuación de su médico, haciendo una correcta anamnesis, exploración y pruebas complementarias llevó a la identificación del problema. El rápido traslado al hospital por el equipo de atención Primaria, monitorizando y asistiendo al paciente consiguieron evitar un desenlace fatal. Se debe vacunar frente a neumococo a los pacientes con implante coclear. En nuestro caso, con los antecedentes comentados, se podría haber beneficiado de la vacuna, especialmente por la mala evolución quirúrgica.

Palabras clave

Pneumococcal Pneumonia, Pneumococcal Vaccines, Risk Factors

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Y el premio a la mejor actriz secundaria es para...Correa Gómez V¹, Rodríguez Pardo AM², Pantoja De la Rosa L³¹ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Úbeda. Jaén² Enfermera. Hospital de Poniente. El Ejido (Almería)³ Médico de Familia. DS Nordeste de Jaén. Jaén**Ámbito del caso**

Urgencias.

Motivo de la consulta

Sospecha de ictus.

Historia Clínica

Mujer de 77 años traída a urgencias por desconexión del medio y pérdida de fuerza de hemicuerpo izquierdo de una hora de evolución.

Enfoque individual: Alérgica a amoxicilina.

Antecedentes personales: diabetes, demencia frontotemporal y Parkinson. En tratamiento con Glibenclamida, Levodopa/Carbidopa y Rivastigmina. La mujer no colabora en la anamnesis, una de las cuidadoras de la residencia informa que hace menos de 1 hora (02: 30) le han notado desconexión del medio junto a mirada fija y pérdida de fuerza de hemicuerpo izquierdo. En exploración neurológica se aprecia mirada fija y pérdida total de fuerza de miembro superior y parcial de miembro inferior izquierdo. No desviación de comisura bucal. Resto de exploración sin hallazgos de interés.

Enfoque familiar y comunitario: Viuda, sin hijos. Dependiente para actividades básicas diarias y vida cama- cama. Hasta hace 2 años se ocupaba de ella una sobrina, desde entonces permanece en residencia, donde ingresó para respiro familiar.

Juicio clínico: Se solicita analítica general y dado a la sospecha de ictus y corta evolución del proceso se piensa en activar el código ictus, aunque se desestima por los antecedentes de demencia y dependencia de la paciente.

Tratamiento, planes de actuación: Mientras tanto llegan los resultados analíticos, descubriéndose cifras glucémicas de 35 mg/dl, resto de valores en la normalidad. Rápidamente se comienza a tratar con suero glucosado al 10%.

Evolución: Tras la administración presenta cifras de glucemia de 182 mg/dl, moviliza las 4 extremidades y la exploración de los pares craneales es normal. Se investiga sobre la toma de antidiabéticos orales; la última toma de Glibenclamida fue a las 9 de la noche, se mantiene en el Servicio de Urgencias durante 24 horas con controles glucémicos periódicos, y finalmente es dada de alta con indicación de ajustar tratamiento antidiabético.

Conclusiones

Es importante conocer que a todo paciente diabético que muestra clínica neurológica lo primero a descartar es una hipoglucemia; tan sencillo con la simple realización de una glucemia capilar. En éste caso no se realizó, ni en residencia ni a la llegada hospitalaria; ello condicionó que la actuación terapéutica no fuera tan precoz como debiera haber sido. El tratamiento depende del nivel de consciencia y la tolerancia oral. En el caso de esta paciente se debía haber empezado por administrar 10 g de glucosa en bolo intravenoso, seguido de perfusión de suero glucosado al 10%. Y si se hubieran descubierto esas cifras hipoglucémicas en el domicilio se administraría glucagón i. m. al no disponer de vía venosa, evitando el traslado hospitalario.

Palabras clave

Hypoglycemia, Oral Antidiabetic Agents, Suspected Cerebral Stroke

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

La elevación de la Fosfatasa Alcalina no siempre indica enfermedad: Hiperfosfatemia transitoria benigna de la infancia

Moreno Fontiveros MA¹, Tejada García EJ², Tejada García MD³

¹ Médico de Familia. CS Estepa. Sevilla

² Enfermero de Familia. CS Estepa. Sevilla

³ Enfermera de Familia. CS Estepa. Sevilla

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivo de la consulta

Dolor abdominal intermitente 4 semanas de evolución.

Historia Clínica

Mujer 15 años con dolor abdominal intermitente, sin otra clínica acompañante.

Enfoque individual: Exploración sin hallazgos patológicos. Se decide realizar analítica donde no se observa niveles fuera de la normalidad salvo hiperfosfatemia (1500 U/L). En el momento de recoger los resultados el paciente esta asintomática.

Enfoque familiar y comunitario: Entorno familiar y social adecuado.

Juicio clínico: Hiperfosfatemia transitoria benigna de la infancia (HTBI). La hiperfosfatemia puede ser originada por múltiples enfermedades óseas, hepáticas, intestinales, y algunas neoplasias por eso es imprescindible una correcta historia clínica y exploración para el diagnóstico de HTI.

Tratamiento, planes de actuación: Se explica a la paciente y su familia la benignidad del cuadro, aconsejando controles analíticos.

Evolución: Control analítico a los 15 días donde se observa disminución de los niveles. A los 4 meses, la fosfatemia se normaliza (280U/L).

Durante el seguimiento se mantiene asintomática.

Conclusiones

La HTBI se caracteriza por una elevación importante de los niveles séricos de fosfatasa alcalina (3-20 veces por encima valores normales para su edad) durante unos meses en ausencia de signos y síntomas de patología ósea, hepática o endocrina. Es la causa más frecuente de aumento de FA en la infancia, con una incidencia de aproximadamente 1/2000 pacientes/año en el ámbito hospitalario aunque probablemente esta estimación sea menor a la real. No parecen existir diferencias entre sexos, predomina en los meses fríos y en los primeros años de vida. Se ha asociado a un gran número de entidades, especialmente infecciones virales de vías aéreas y gastrointestinales, aunque también ocurre en pacientes sanos. Si un paciente tiene elevación de fosfatasa alcalina, con exploración física, calcio, fosfatos y perfil hepático normales, se le debe controlar clínicamente y continuar midiendo los niveles de fosfatasa alcalina hasta la normalización. Si persiste elevada tras tres meses, debería investigarse el origen de las isoenzimas y estudiar a familia. La HTBI es una entidad frecuente, conocer la benignidad de esta entidad es importante para evitar exploraciones complementarias y preocupaciones innecesarias al paciente.

Palabras clave

Alkaline Phosphatase, Hyperphosphatemia

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Expresión de la ansiedad en el adolescente: somatizacionesMoreno Fontiveros MA¹, González Igeño V¹, Martínez Vera MJ²¹ Médico de Familia. CS Estepa. Sevilla² Médico de Familia. CS Gilena, Sevilla**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

Motivo de la consulta

Paciente 14 años con insomnio y crisis de vértigo autolimitadas que van aumentando en frecuencia.

Historia Clínica

Varón 14 años con crisis de vértigo y cuadros presincoales desde hace 5 meses, van aumentando de frecuencia (actualmente cada 3-4 días). Ayer cuadro sincopal de minutos de duración con traumatismo craneoencefálico mientras daba un paseo. Insomnio y astenia. Ha acudido a Urgencias en varias ocasiones.

Enfoque individual: No antecedentes personales ni familiares de interés. Se realiza analítica y pruebas de imagen (TAC craneal, Ecocardiografía) no detectando patología, por lo que se descarta causa orgánica. Se acuerdan varias citas programadas con la paciente y su familia, donde se detectan niveles muy altos de ansiedad como rasgo de personalidad así como ansiedad de carácter transitorio. De igual forma, niveles depresivos son elevados, con síntomas somáticos, pérdida de disfrute de la cotidianidad, astenia e ideación suicida. Disminución de la vitalidad ante esfuerzos mínimos, atención, memoria y concentración. Marcada pérdida de confianza en sí misma y baja autoestima, lo que provoca tendencia al pesimismo, repercutiendo negativamente en sus relaciones con iguales y familiares.

Enfoque familiar y comunitario: Dinámica familiar adecuada, no factores vitales

estresogenos. Cuestionario MOS de apoyo social y Test Apgar familiar normal. Problemas en la relación con iguales, “prefiero estar en mi cuarto”. No acoso escolar. Buenos resultados académicos.

Juicio clínico: Síndrome ansioso depresivo.

Tratamiento, planes de actuación: Derivo a Salud Mental para terapia cognitivo-conductual.

Evolución: adecuada sin tratamiento farmacológico. Tras meses de tratamiento y seguimiento por Salud Mental y Atención Primaria han desaparecido las somatizaciones, aún tiene dificultades para manejar situaciones de estrés.

Conclusiones

En el adolescente con ansiedad es frecuente la aparición de irritabilidad, exigencias y accesos de cólera. También se pueden encontrar quejas somáticas repetidas y cambiantes (mareos, prurito, cefalea, palpitaciones, insomnio...), rituales y manías absurdas, preocupaciones excesivas o injustificadas y evitación reiterada de determinadas situaciones (escuela, relaciones sociales,...). Cuestionarios como el Inventario de ansiedad de Beck enfocado al adolescente, pueden ayudarnos al diagnóstico. El tratamiento recomendado es la terapia cognitivo-conductual (grado de evidencia A), en ocasiones combinada con antidepresivos, de elección los ISRS.

Palabras clave

Anxiety, Somatoform Disorders, Teenager

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Delirio de ParasitosisPinazo Martínez IL¹, Pérez Pérez AB²¹ Hospital La Línea de la Concepción. AGS Campo de Gibraltar. Cádiz² Médico de Familia. CS San Roque. San Roque (Cádiz)**Ámbito del caso**

Atención Hospitalaria.

Motivo de la consulta

Sospecha de colonización parasitaria, prurito.

Historia Clínica

Mujer de 45 años sin antecedentes de interés. Acude a Urgencias al evidenciar en ojo derecho "un gusano". Refiere que su marido también lo ha visto. Asocia molestias inespecíficas, y prurito de predominio en abdomen y extremidades. Ha consultado previamente a varios especialistas al igual que a su médico de Atención Primaria por dicho motivo. Igualmente ha acudido en varias ocasiones a Naturopatas con diagnóstico de colonización por candidas. Ante su sospecha y por recomendación de una compañera ha tomado Lomper en días previos. Propietaria de 2 perros (vacunas al día, recientemente desparasitados).

Enfoque individual: En la exploración la paciente está estable, con constantes sin alteraciones, orientada y colaboradora. Bien hidratada y perfundida, normocoloreada. Se realiza exploración de ambos ojos, sin evidencia de cuerpo extraño, ni ulceraciones en cámara de hendidura. Revisamos análisis realizados desde hace unos 6 meses (inicio de estudio de parasitosis desde CS) donde HB se mantiene en cifras cercanas a 12.5, formula dentro de la normalidad, con sin evidencia de eosinofilia. Parasitosx3 en 2 ocasiones negativos. Coprocultivos y estudio general de heces dentro de la normalidad. BQ con perfil hepático normal. Ecografía sin alteraciones. Pruebas de aliento para intolerancias a fructosa y lactosa

(negativas), y sobrecrecimiento bacteriano levemente elevado que se trató con ciclo de rifaximina y probióticos.

Enfoque familiar y comunitario: Buen soporte familiar.

Juicio clínico: Síndrome de Ekbom.

Tratamiento, planes de actuación: En urgencias se repite análisis completo con perfil hepático y orina (BQ y tóxicos). Análisis de sangre y orina sin alteraciones, similar a los previos. Positivo a benzodiazepinas leve.

Evolución: Se decide alta y derivación a Psiquiatría con apoyo desde Atención Primaria.

Conclusiones

El síndrome de Ekbom (o delirio de parasitosis) es un subtipo de trastorno delirante incluido dentro del tipo somático. Puede presentarse de forma aislada o formando parte de otras enfermedades, tanto físicas (consumo de tóxicos, déficits vitamínicos y patología renal o hepática), como psíquicas (esquizofrenia y otras psicosis, trastornos afectivos y trastornos ansiosos). De predominio en mujer de edad media. Requiere valoración por Psiquiatría, aunque la primera consulta debe realizarse de forma consensuada con el especialista que tuvo la sospecha para favorecer la adherencia al tratamiento y seguimiento.

Palabras clave

Síndrome Ekbom, Trastorno Delirante, Parasitos

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

¿Quién sospechó de hipertensión arterial maligna?Rodríguez Vázquez A¹, Álvaro Calero A², Gómez Torrado RM²¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Candelaria. Sevilla² Médico de Familia. CS La Candelaria. Sevilla**Ámbito del caso**

Atención Primaria y Urgencias.

Motivo de la consulta

Hipertensión arterial y astenia.

Historia Clínica

Varón de 28 años que acude a urgencias por hipertensión arterial, y astenia.

Exploración: Consciente y orientado. Eupneico. Tensión arterial (TA) 188/117 mmHg. No lesiones cutáneas. Corazón rítmico sin soplos. Murmullo vesicular conservado bilateral sin ruidos patológicos. Abdomen no doloroso sin masas ni visceromegalias. No edemas en miembros. Pulsos femorales conservados.

Pruebas complementarias: Analítica: glucosa 93 mg/dl, Urea 124 mg/dl, Creat 9.6 mg/dl, Na 136 meq/l, K 4.3 meq/l, BT 0.43, Prot T 7.8 g/dl, Amilasa 149 me/l. Hemoglobina 11.7, plaquetas 220.000. Elemental de orina: sin glucosuria. Sangre 150. Proteínas 100. Leucocitos negativo. ECG: ritmo sinusal. Sin alteraciones. Radiografía de tórax: normal. Ecografía de riñones: ambos riñones disminuidos de tamaño, con mala diferenciación corticomedular. Signos de nefropatía crónica. Ecografía transesofágica: disfunción diastólica tipo I. Insuficiencia mitral ligera. Fondo de ojo: hipertensión maligna con edema de papila. Biopsia renal: expansión mesangial global con depósitos hialinos perihiliar con colapso en capilares. No aumento de celularidad. Tejido intersticial con fibrosis del 60% e infiltrado inflamatorio mononuclear y Atrofia tubular 70%. Glomerulosclerosis con hialinosis segmentaria y focal (GESyF). Importantes lesiones tubulointersticiales crónicas y vasculares compatible con nefroangioesclerosis avanzada.

Enfoque individual: Sin hábitos tóxicos ni factores de riesgo cardiovascular conocidos. Migraña tratada con ibuprofeno. Alteraciones en la función renal desde 2012 con creatinina de 1.28 mg/dl.

Enfoque familiar y comunitario: Vive solo en España. Es marroquí. En paro.

Juicio clínico: hipertensión arterial maligna secundaria a enfermedad renal crónica avanzada en estadio 5 en paciente recientemente diagnosticado de GESyF.

Diagnóstico diferencial: HTA emocional. HTA secundaria a anemia, hipertiroidismo, consumo de tóxicos. HTA por feocromocitoma, vasculorrenal.

Tratamiento, planes de actuación: Dieta sin sal. Losartán 50 mg 1 comprimido al día. Revisiones en consultas de ERCA. .

Evolución: Candidato a trasplante renal sustitutivo.

Conclusiones

Ante paciente joven, sin FRCV conocidos y con cifras de creatinina alteradas, a pesar de estar asintomático, debemos completar estudio, sospechando de HTA secundaria. La HTA es una condición muy frecuente cuya prevalencia es del 33% en adultos y alcanza el 65% en mayores de 60 años. A pesar de que se diagnostica y trata de forma habitual en atención Primaria, a veces su control es escaso.

Palabras clave

Hipertensión Maligna, Nefropatía, Astenia

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Dolor, distensión abdominal y vómitos persistentes en paciente jovenPérez Pérez AB¹, Vilchez Jaimez M², Mostazo Torres J³¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Roque. Cádiz² Médico de Familia. CS Tarifa. Cádiz³ Aparato Digestivo. Hospital La Línea de la Concepción. Cádiz**Ámbito del caso**

Urgencias Hospitalarias.

Motivo de la consulta

Distensión abdominal y vómitos persistentes.

Historia Clínica

Paciente de 43 años consulta por cuarta vez en urgencias por cuadro de dolor abdominal, vómitos y pérdida de peso de varias semanas de duración.

Exploración física: caquexia, distensión abdominal difusa. Los datos de laboratorio fueron anodinos. TC: gran distensión gástrica con obstrucción de tercera porción duodenal en relación a una disminución del espacio entre las arterias aorta y mesentérica superior con un ángulo de salida de menos de 25° en aorta mesentérica. Se inició tratamiento con sonda nasogástrica y suplemento nutricional mixta sin mejoría por lo que finalmente se procedió a la realización de una gastroyeyunostomía.

Enfoque individual: Ama de casa.

Enfoque familiar y comunitario: Casada 1 hija.

Juicio clínico: Síndrome de la pinza aortomesentérica. No debemos olvidar la posibilidad de que coexista un trastorno del comportamiento alimentario, situación que complica mucho el adecuado manejo de los pacientes.

Tratamiento, planes de actuación: El tratamiento del SAMS es generalmente conservador. Se deben de corregir alteraciones

hidroelectrolíticas, descompresión mediante SNG y finalmente recuperar el estado nutricional. En los casos agudos suelen mejorar con tratamiento conservador, sin embargo aquellos con cuadros crónicos suelen requerir intervención quirúrgica tras un período de realimentación mediante gastroyeyunostomía que suele tener hasta un 90% de éxito.

Evolución: Tras pasar un preoperatorio sin complicaciones presento mejoría, cediendo los vómitos y ganando peso unos 7 kg en 4 primeros meses, y 12 kg en el primer año. Sigue revisiones estando asintomática.

Conclusiones

Síndrome pinza aortomesentérica es una causa poco frecuente de obstrucción intestinal alta, resultante de la compresión de la tercera porción duodenal entre la aorta abdominal y la arteria mesentérica superior. Es más frecuente en mujeres y adultos jóvenes y la mayoría de los casos se presentan después de una pérdida ponderal importante. Los síntomas son inespecíficos: intolerancia a la alimentación con náuseas y vómitos, pérdida de peso, saciedad precoz, distensión abdominal y dolor epigástrico. El dolor alivia en decúbito prono, decúbito lateral izquierdo o en posición genupectoral, maniobras que relajan la presión de la arteria mesentérica sobre el duodeno. Los pacientes pueden quejarse de reflujo, con demostración en el estudio endoscópico de esofagitis y/o gastritis asociada a estasis.

Palabras clave

Wilkie, Pinza Aortomesentérica, Vómitos

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Fallo hepático agudo en paciente de 64 sin antecedentes previosPérez Pérez AB¹, Vilchez Jaimez M², Mostazo Torres J³¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Roque. Cádiz² Médico de Familia. CS Tarifa. Cádiz³ Aparato Digestivo. Hospital La Línea de la Concepción. Cádiz**Ámbito del caso**

Atención Primaria y Urgencias Hospitalarias.

Motivo de la consulta

Dolor abdominal, náuseas, de semanas de evolución.

Historia Clínica

Paciente de 64 años. NAMC. Dislipemia. Cesárea. Sin tratamiento habitual. Acude a consulta refiriendo dolor abdominal, náuseas y vómitos desde hace un mes con restos alimenticios y biliosos. No fiebre. Coluria sin acolia. Pérdida no cuantificada que achaca a la baja ingesta. No prurito. Se solicitó analítica donde se objetiva alteración del perfil hepático. Tras ver la analítica y al objetivar que la paciente sigue mal se deriva a la paciente para ingreso. En urgencias se repitió analítica con valores más alterados.

Exploración buen estado general solo destacando leve ictericia conjuntival sin alteraciones en la exploración abdominal. AS: HB 15,7, leucos 11300 (73%), INR 1.43, Bioquímica Glu 106, urea 44, creati 0.74. BT 4.3 (BD1.7), GOT 441, GPT 192, GGT 2349, fa 992. Ecografía abdomen: hígado y vía biliar sin alteraciones. Líquido ascítico abundante. Cultivo ascitis negativo. AP negativo. RMN y colangio RMN sin alteraciones. Dado el empeoramiento clínico y analítico se decide realizar biopsia hepática. AS a los 7 días presenta BT 18,9 (BD 9,8), GOT 172, GPT 63, GGT 890, FA 2664. INR 1.9. La paciente sigue empeorando clínicamente con signos de fallo hepático agudo fulminante pasa a uci. Biopsia hepática presenta tinción con rojo Congo y bajo el microscopio de luz polarizada se aprecia una birrefringencia verde manzana característica compatible con amiloidosis Primaria.

Enfoque individual: Administrativa jubilada.*Enfoque familiar y comunitario:* casada con 3 hijas.*Juicio clínico:* Fallo hepático subagudo secundario a amiloidosis.*Diagnóstico diferencial:* Fallo hepático por tóxicos.*Identificación de problemas:* patología sin tratamiento.*Tratamiento, planes de actuación:* Mantenimiento hemodinámico. No tratamiento específico.*Evolución:* La paciente pese a los cuidados intensivos fallece a las 48 horas.**Conclusiones**

En la amiloidosis la afectación hepática es frecuente; sin embargo, las alteraciones de la función hepática suelen ser escasas y aparecen en las fases tardías de la enfermedad. Comienza con sintomatología inespecífica, hepatomegalia y ligera elevación de las enzimas de colestasis. No obstante, se han registrado casos de colestasis intrahepático intensa en aproximadamente un 5% de pacientes con amiloidosis Primaria. La hipertensión portal y la insuficiencia hepática aguda grave son excepcionales, aunque pueden producirse ocasionalmente con un pronóstico sombrío.

Palabras clave

Amiloidosis, Fallo Hepático, Colestasis

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Dolor abdominal agudo de repetición en paciente jovenPérez Pérez AB¹, Vílchez Jaimez M², Mostazo Torres J³¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Roque. Cádiz² Médico de Familia. CS Tarifa. Cádiz³ Aparato Digestivo. Hospital La Línea de la Concepción. Cádiz**Ámbito del caso**

Mixto.

Motivo de la consulta

Dolor abdominal agudo.

Historia Clínica

Varón de 19 años. Sin alergia a medicamentos conocidos. Sin antecedente de interés, salvo más de 8 episodios de pancreatitis agudas con inicio a los 9 años. Estudiado en su centro de referencia con estudio de imagen que sugieren una alteración anatómica pancreática sin aclarar tipo. Se realizan varias CPREs fallidas en diferentes centros.

Ingresa de nuevo por urgencias por dolor abdominal agudo irradiado en cinturón y trasfixiante hacia la espalda. Se comenta de nuevo a centro de referencia esta vez de Málaga donde tienen experiencia descrita en estos casos. Realizan CPRE donde observan esfinterotomía previa. Se consigue canalizar Wirsung pasando la guía que progresa pocos cm, no más de 3-4. No se objetiva papila menor. Dado los múltiples episodios de pancreatitis se plantea resección quirúrgica, previa a realizarla se decide un último intento con sedación en quirófano. En esta ocasión se consigue identificar papila menor logrando su canalización, esfinterotomía y colocación de prótesis pancreática de 5 F x 5 cm.

Enfoque individual: Estudiante.

Enfoque familiar y comunitario: 2 hermanos. Vive con los padres.

Juicio clínico: Pancreatitis aguda de repetición secundaria a Páncreas Divisum. Otros orígenes de pancreatitis aguda, o dolor abdominal agudo. Problema fue que pese a múltiples estudios no se consiguió el diagnóstico hasta pasados años. Hasta que finalmente se derivó a un centro con experiencia.

Tratamiento, planes de actuación: CPRE para conseguir corregir estenosis de papila menor y hacer que no vuelvan a producir episodios de pancreatitis.

Evolución: Tras la exploración endoscópica sigue más de 3 años de seguimiento trimestral, manteniéndose asintomático sin nuevos episodios de pancreatitis. Mantiene la prótesis inicial.

Conclusiones

La CPRE es la prueba que nos permite confirmar el diagnóstico de PD. Dada la dificultad para canalizar la papila menor, es de suma importancia que estas exploraciones se realicen bajo sedación profunda. En los casos de pancreatitis aguda recurrente secundaria a PD no debemos desistir en intentar manejo endoscópico mediante CPRE, aunque suele existir gran dificultad para lograr canalizar la papila menor, en los casos que se logra conseguimos resolver definitivamente el problema en un alto porcentaje de los casos. Evitando complicaciones futuras por los numerosos episodios de pancreatitis aguda.

Palabras clave

Páncreas Divisum, Pancreatitis de Repetición, CPRE

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Disfagia de varios días de evolución tras la toma de pescado al hornoPérez Pérez AB¹, Vilchez Jaimez M², Mostazo Torres J³¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Roque. Cádiz² Médico de Familia. CS Tarifa. Cádiz³ Aparato Digestivo. Hospital La Línea de la Concepción. Cádiz**Ámbito del caso**

Atención Primaria y Urgencias hospitalarias.

Motivo de la consulta

Disfagia no completa de varios días de evolución.

Historia Clínica

Hombre de 71 años de edad, sin antecedentes relevantes, quien una semana refirió la ingesta de pescado que al comer noto molestias pero que tras beber no tuvo problemas para terminar de comer. En la siguiente comida presento dolor retroesternal alto por lo que tomo dieta blanda y tras 72 horas persiste las molestias así que decide acudir a su médico de Atención Primaria. A su llegada se encontró estable, con abundante sialorrea y facies dolorosa por lo que derivamos a urgencias para estudio.

Rx tórax: fue normal. *Gastroscopia*: a 22 cm de la arcada dentaria se observa área de mucosa esofágica engrosada, sobre elevada, con una laceración final sin estigmas de sangrado reciente. No se objetiva cuerpo extraño. TAC tórax donde se observó cuerpo extraño hiperecogénico fino de unos 3 cm compatible con espina de pescado enclavada en la pared esofágica más profunda y alta que se va acercando a la superficie a la vez que baja. Se consultó con cirugía y se intentó extracción endoscópica en quirófano, tras varios intentos intentando localizar la espina en el área más baja se consiguió su extracción con pinzas y posteriormente extracción por canal de trabajo. Se mantuvo al paciente ingresado con antibioterapia sin incidencias siendo dado de alta a las 72 horas.

Enfoque individual: Jubilado.*Enfoque familiar y comunitario*: Casado con 4 hijos. Acude regularmente a consulta.*Juicio clínico*: Impactación completa espina de pescado en pared esofágica.*Diagnóstico diferencial*: complicaciones tras impactación de espina de pescado.*Identificación de problemas*: El paciente tardo varios días en acudir a urgencias.*Tratamiento, planes de actuación*: Desimpactación endoscópica de espina de pescado.*Evolución*: Tras la extracción buena evolución y fue dado de alta a los 3 días.**Conclusiones**

En el esófago, las espinas de pescado pueden dar lugar a perforación esofágica, que a su vez puede conducir a graves complicaciones como abscesos profundos de cuello, mediastinitis, absceso pulmonar y fistulas aortoentéricas, por lo que el diagnóstico y tratamiento debe de realizarse tan pronto exista la sospecha clínica. Generalmente los pacientes suelen experimentar síntomas relacionados con la impactación en el tercio proximal del esófago, como en este caso.

Palabras clave

Espina Pescado, Cuerpo Extraño, Disfagia

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Importancia del estudio dispepsiaPérez Pérez AB¹, Vílchez Jaimez M², Mostazo Torres J³¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Roque. Cádiz² Médico de Familia. CS Tarifa. Cádiz³ Aparato Digestivo. Hospital La Línea de la Concepción. Cádiz**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

Enfoque familiar y comunitario: Casado y con 2 hijos. No suele acudir a consulta.**Motivo de la consulta**

Dispepsia.

Juicio clínico: Linfoma tipo MALT asociado a la infección de HPylori.**Historia Clínica**

Paciente de 64 años que acude a consulta por molestias abdominales en piso superior, refiere náuseas, distensión abdominal, digestiones lentas, se pauto omeprazol y procinéticos. Tras 4 semanas de tratamiento sin mejoría. Se solicitó ecografía abdomen que resultó normal. Dado que persistían los síntomas se derivó a digestivo para valoración. En consulta de digestivo se solicitó gastroscopia.

Diagnóstico diferencial: estudio general de dispepsia. Trastorno motilidad. Colelitiasis. Gastritis.*Identificación de problemas:* inicio de síntomas de una enfermedad grave como dispepsia, enfermedad muy prevalente.*Tratamiento, planes de actuación:* Tratamiento erradicador.

Gastroscopia: A nivel gástrico adecuada distensibilidad, pliegues gástricos de aspecto normal, mucosa gástrica con discreto punteado petequeal difuso a nivel de cuerpo y antro. En Fundus gástrico área subcardial se observa una lesión deprimida, aspecto irregular, bordes sobre elevado y un diámetro de unos 2 cm. Se toman biopsias.

Evolución: Tras tratamiento mejoría de la lesión y mejoría clínica del paciente. Mantiene revisiones endoscópicas de control.

Antecedentes Personales: denso infiltrado inflamatorio crónico por células linfomonocitarias con linfocitos atípicos que infiltraron difusamente el epitelio glandular y la presencia del Helicobacter Pylori. TAC tóraco abdominal sin observar enfermedad a distancia. Se pauto tratamiento erradicador comprobando posteriormente la erradicación. Revisión endoscópica a los 3 meses con lesión en aparente regresión. Mantienen seguimiento endoscópico. Paciente clínicamente asintomático.

Conclusiones

No todos los linfomas MALT de bajo grado responden a la erradicación de H. pylori. Por tanto, es obligada la comprobación de la regresión tumoral tras la erradicación, así como las revisiones periódicas endoscópicas en busca de lesiones residuales. Si no se confirma la curación del tumor (tanto endoscópicamente como histológicamente) al cabo de un año, se deberá considerar el tratamiento oncológico (quimioterapia o radioterapia) o quirúrgico. Algunos autores consideran que a partir de los 5 años ya no es necesario realizar más gastroscopias de control (prueba del aliento anual), pero la mayoría recomiendan hacer controles endoscópicos anuales de por vida. Recordar que se debe de investigar HP a los familiares de pacientes con cáncer Gástrico.

Enfoque individual: Posee una tienda de alimentación.**Palabras clave**

Linfoma Malta, Pylori, Dispepsia

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Dolor abdominal agudo en Fosa iliaca Derecha de etiología infrecuentePérez Pérez AB¹, Vilchez Jaimez M², Pinazo Martínez IL³¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Roque. Cádiz² Médico de Familia. CS Tarifa. Cádiz³ Aparato Digestivo. Hospital La Línea de la Concepción. Cádiz**Ámbito del caso**

Urgencias hospitalarias.

Motivo de la consulta

Dolor abdominal Agudo.

Historia Clínica

Varón de 16 años. Sin AP. Acude a urgencias por dolor abdominal agudo de horas de evolución localizado a nivel centro abdominal-flanco derecho, asociado a distensión abdominal y nauseas. A la palpación signos de defensa abdominal.

Ecografía: se observa imagen compatible con invaginación intestinal. Se confirma con TAC: a nivel centro abdominal se observa asa de paredes engrosadas presentando en su interior otro de menor calibre acompañado de grasa mesentérica que la rodea, pequeños vasos mesentéricos y en la raíz un grupo de adenopatías de hasta 12mm. Además se observa dilatación de asas proximales en relación con cuadro oclusivo. Se decide realizar colonoscopia para intentar evitar cirugía urgente.

Colonoscopia: se avanza hasta lo que aparentemente es ciego objetivando una lesión esférica, muy friable y de tacto duro de unos 4 cm de diámetro, mediante insuflación y movilización con pinzas se retrae y se introduce a través de lo que parece corresponder con válvula ileocecal. Se observa cómo se recupera el tránsito. Se realiza cirugía programada: hemicolectomía derecha. AP: Infiltrado linfoide transmural tipo centroblastos con patrón en cielo estrellado con positividad a CD20, CD10, BCL6. Índice proliferativo 100%. Compatible con L. Burkitt.

Enfoque individual: Estudiante.*Enfoque familiar y comunitario:* vive con sus padres.*Juicio clínico:* Invaginación intestinal secundario a linfoma de Burkitt.*Tratamiento, planes de actuación:* Resección ileocecal y posterior tratamiento quimioterápico.*Evolución:* Tras resección tras finalizar tratamiento quimioterápico presenta buena evolución.**Conclusiones**

La invaginación intestinal es una causa excepcional de obstrucción mecánica intestinal en el adulto, al contrario de lo que sucede en la infancia. Una lesión en la pared intestinal que produzca una alteración del peristaltismo, provoca que un segmento proximal se introduzca en uno distal. Cuando esto compromete el mesenterio da lugar a una compresión vascular, edema de la pared y necrosis del asa, si no se trata a tiempo. En cuanto al tratamiento, actualmente la resección intestinal es la norma por la alta probabilidad de lesión maligna en la población adulta. No existen actualmente evidencias para abstenerse de la desinvaginación, ya que en cualquier caso facilita la exposición para la resección además de no estar contraindicado nos permite diferir la cirugía y planificarla, permitiendo el abordaje laparoscópico.

Palabras clave

Linfoma Burkitt, Invaginación, Vómitos

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Paciente de 73 años con dolor en fosa iliaca derecha de etiología infrecuentePérez Pérez AB¹, Vilchez Jaimez M², Pinazo Martínez IL³¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Roque. Cádiz² Médico de Familia. CS Tarifa. Cádiz³ Aparato Digestivo. Hospital La Línea de la Concepción. Cádiz**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

Motivo de la consulta

Dolor en fosa iliaca derecha de meses de evolución.

Historia Clínica

Mujer de 73 años sin antecedentes de interés. Acude a la consulta de atención Primaria por dolor abdominal en fosa iliaca derecha de meses de evolución, tendencia al estreñimiento sin síntomas de alarma. Solicitamos ecografía abdominal donde no se observan alteraciones. No líquido libre. Dado que persisten los síntomas se deriva a consulta de Digestivo. Se solicita colonoscopia ante la persistencia del dolor. Colonoscopia: se completa exploración llegando a fondo cecal donde observamos una compresión extrínseca en área central, sin observar adecuadamente orificio apendicular, se realiza ileoscopia sin alteraciones mucosas. Revisión en retirada sin observar alteraciones mucosas. Se completa con TC abdominal para identificar la compresión extrínseca objetivada en endoscopia: imagen en flanco derecho de baja atenuación, morfología tubular de 68 mm, con calcificaciones periféricas y focalmente groseras que contacta ampliamente con colon derecho-ciego, compatible con mucoccele apendicular. Igualmente parece contactar con polo inferior renal derecho, resto de la exploración sin alteraciones. Ante los hallazgos radiológicos y endoscópicos se deriva a la paciente a Cirugía General para intervención. AP: apendicoccele sin datos de malignidad.

Enfoque individual: Jubilada.*Enfoque familiar y comunitario:* Viuda. 3 hijos. Acude a revisiones regularmente a consulta.*Juicio clínico:* Apendicoccele sintomático en mujer de 72 años.*Tratamiento, planes de actuación:* Apendicectomía quirúrgica.*Evolución:* Tras resección la paciente evoluciona correctamente, mejoró con buena tolerancia a dieta, en revisión en consulta sin el dolor por el que consultó inicialmente.**Conclusiones**

El mucoccele apendicular es una entidad poco frecuentes y se caracterizan por un apéndice distendido, lleno de moco. Su incidencia varía entre 0.07 y 0.3% de todas las apendicectomías y su curso y pronóstico depende del subtipos histológicos. Los mucocceles apendiculares son hallazgos casuales durante pruebas de imagen o endoscopias realizadas por otro motivo. Habitualmente asintomáticos, deben ser intervenidos para conocer su naturaleza dado su riesgo de malignidad. Existe la asociación descrita entre el mucoccele y los tumores de colon, mama, ovario y renales, por lo que es recomendable ampliar el estudio para descartarlos previa a la intervención del mismo.

Palabras clave

Apéndice, Apendicoccele, Dolor Abdominal

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Doctor, me duele mucho la cabezaAyala Hernández MJ¹, Flores Montañés MM², Tallón Aguayo MJ³¹ Médico de Familia. CS Trinidad Cautivo. Málaga² Médico de Familia. CS Palma-Palmilla. Málaga³ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Trinidad-Jesus Cautivo. Málaga**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

Motivo de la consulta

Cefalea Intensa.

Historia Clínica

Varón de 50 años que presenta cefalea intensa de 7 días de evolución a nivel occipital irradiada a ojo izquierdo. Le despierta por la noche. Desde hace 4 días se acompaña de visión borrosa. Ha acudido en dos ocasiones a urgencias indicándole que se trataba de cefalea tensional y apenas ha notado mejoría con los analgésicos prescritos. Comenta pérdida de peso de 5 kilos en unas 6 semanas. Refiere que nunca le ha dolido la cabeza como ahora.

A la *Exploración*: TA 140/90 80lpm 36.5°C. Consciente y orientado. Auscultación cardiaca: rítmica y regular, sin soplos. Auscultación pulmonar: murmullo vesicular conservado. Abdomen: blando, sin masas ni puntos dolorosos, no signos de irritación. Neurológicamente: pupilas isocóricas normorreactivas, movimientos oculares conservados, pares craneales y cerebeloso norma, no disimetrías, Romberg negativo, hemianopsia homónima izquierda.

Enfoque individual: Fumador de 30 paq/año. Hipertensión arterial, dislipemia. En tratamiento con: Enalapril 5 mg, Simvastatina 20 mg.

Enfoque familiar y comunitario: Vive en Málaga con su mujer, financiero de profesión.

Juicio clínico: Cefalea a estudio.

Diagnóstico diferencial: entre crisis migrañosa, lesión ocupante de espacio o proceso vascular de aparición aguda.

Tratamiento, planes de actuación: En urgencias se solicita analítica de sangre, electrocardiograma, radiografía de tórax y TAC de cráneo. Pruebas

complementarias anodinas excepto el TAC de cráneo: Área hipodensa que afecta a sustancia blanca y gris en región temporo parieto occipital izquierda en probable relación con edema que desplaza línea media y colapso parcial de VI ipsilateral. Probable LOE a filiar. Ingres a cargo de Medicina interna donde realizan RMN: Glioblastoma multiforme. Intervenido posteriormente por neurocirugía y actualmente en tratamiento radioterápico.

Evolución: A la llegada a urgencias se solicita analítica de sangre, electrocardiograma, radiografía de tórax y TAC de cráneo. El resultado de las pruebas complementarias es anodino excepto el resultado del TAC de cráneo: Área hipodensa que afecta a sustancia blanca y gris en región temporo parieto occipital izquierda en probable relación con edema que desplaza línea media y colapso parcial de VI ipsilateral. Probale LOE a filiar. Ingres a cargo de Medicina interna donde realizan RMN: Glioblastoma multiforme. Intervenido posteriormente por neurocirugía realizando una resección subtotal y actualmente en tratamiento radioterápico.

Conclusiones

Una correcta anamnesis y exploración, además de tener claros los signos y síntomas de alarma de la cefalea, son fundamentales para un correcto diagnóstico y derivación a urgencias en caso de detectarlos. Con nuestro paciente, tanto al entrevistarle, donde nos indicaba: el comienzo súbito del dolor, que nunca le había dolido, las características fijas en la misma región y la escasa mejoría con el tratamiento; como la focalidad neurológica a la exploración, todos ellos signos y síntomas de alarma de la cefalea que indican un estudio urgente.

Palabras clave

Headache, Hemianopsia Homonym, Glioblastoma Multiforme

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Eso lo vemos en la radiografía!

Ayala Hernández MJ¹, Flores Montañés MM², Tallón Aguayo MJ³

¹ Médico de Familia. CS Trinidad Cautivo. Málaga

² Médico de Familia. CS Palma-Palmilla. Málaga

³ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Trinidad-Jesus Cautivo. Málaga

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivo de la consulta

Dolor en pierna derecha en relación al ejercicio.

Historia Clínica

Varón de 19 años, acude a consulta por presentar dolor de tipo osteomuscular a nivel de tibia derecha que empeora con el ejercicio. Casi no siente dolor en reposo. No refiere haberse golpeado, ni haber realizado más ejercicio del habitual. Ninguna otra sintomatología.

A la *Exploración*: presenta bultoma a nivel de espina tibial anterior que le duele a la palpación. Piel íntegra. Resto anodino.

Enfoque individual: No alergias medicamentosas. Ningún antecedente relevante.

Enfoque familiar y comunitario: Vive con sus padres, buen entorno familiar, bueno en los estudios.

Juicio clínico: Lesión osteolíticas tibial en estudio.

Tratamiento, planes de actuación: Se solicita radiografía de pierna derecha.

Evolución: Acude de nuevo a consulta, donde visualizamos la radiografía, y al persistir la clínica nos damos cuenta que no ha captado el lugar del dolor. Volvemos a solicitar una nueva radiografía de la pierna derecha. Una vez realizada vuelve a acudir a consulta, ya si habiendo captado la radiografía la zona del dolor. Se objetiva una lesión osteolítica en región anterior tibial. Derivamos al paciente a consulta de Traumatología donde le realizan TAC de tibia derecha. En dicho TAC se objetiva la misma lesión lítica cortical en la diáfisis de 3.5 cm de un hueso largo, pudiéndose tratar de una lesión de origen condral o fibroso. Actualmente observación y RMN en 6 meses para ver evolución.

Conclusiones

No solo hay que destacar en este caso, la importancia de una exploración física minuciosa, si no que no hay que descuidar las patologías que un principio nos parecen banales. No debemos dejar que la actual forma de trabajo (con prisas e impersonal) hagan que descuidemos detalles, como en este caso, haberse dado cuenta que el lugar exacto del dolor no entraba dentro de la radiografía que aportaba el paciente.

Palabras clave

Osteolytic Injury, Traumatic Pain, Diaphysis

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Lo que puede haber detrás de un código ictus

Sánchez Morales LR¹, Gilabert García-Pelayo ME², Olmedo Fuentes I³¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Pinillo Chico. Cádiz² Médico de Familia. DCCU Puerto Santa María. Cádiz³ Enfermera de Familia. DCCU Puerto de Santa María. Cádiz**Ámbito del caso**

Urgencias y emergencias extrahospitalarias y hospitalarias.

Motivo de la consulta

Disminución de la conciencia.

Historia clínica

Varón de 66 años valorado por su médico por cuadro de disminución de conciencia y desorientación temporo espacial desde hace una hora. No síntomas vegetativos ni relajación de esfínteres. Se activa código ictus y se deriva a hospital.

Enfoque individual. Antecedentes personales: sin alergias ni hábitos tóxicos, hipertenso, dislipemia, infarto de miocardio con 3 Stents en 2008. Tratamiento: simvastatina 40 mg, bisoprolol 5 mg, aspirina 100 mg, clopidogrel 75 mg y enalapril 20 mg.

Exploración física: consciente, orientado, colaborador, hidratado y eupneico en reposo. Glasgow 15/15, auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen normal. Lesión incisa en punta de la lengua. Pupilas isocóricas, reactivas a la luz. Pares craneales conservados. Balance muscular y sensitivo conservado. Reflejo cutáneo plantar flexor. No rigidez nuca, ni meníngeos. No claudicación en barré ni Mingazzini. TA 129/78 FC 77 sto2 98%. Glucemia capilar 99 mg/dl. Temperatura 36,6°C.

Pruebas complementarias: ECG: ritmo sinusal a 70 lpm. Eje normal. No alteraciones en el segmento St. Analítica con hemograma, coagulación, bioquímica y curva de troponinas dentro de la normalidad. Radiografía de tórax sin hallazgos de interés. TAC craneal: lesión ocupante de espacio en fosa craneal anterior con edema perilesional que contacta con

meninges y que desplaza línea media. Compatible en primer lugar con meningioma.

Enfoque familiar y comunitario: Familia nuclear.

Juicio clínico: meningioma.

Diagnóstico diferencial: accidente cerebrovascular agudo, accidente isquémico transitorio, epilepsia, tumor cerebral, absceso cerebral e hipoglucemia.

Identificación de problemas: no se realizó escala Cincinati ni escala de NIHSS ni rankin inicial. A su llegada al hospital el paciente se encontraba asintomático.

Tratamiento, planes de actuación: Ingresó en neurocirugía para intervención quirúrgica y tratamiento con antiepilépticos orales.

Evolución: Evolución favorable y sin secuelas.

Conclusiones

Es importante una correcta anamnesis y exploración física, se obvió la lesión en la lengua y hay que tener en cuenta que tras una crisis generalizada se pueden presentar fenómenos postcríticos con una pérdida transitoria de la función del área cerebral afectada, sugiriéndonos como diagnóstico inicial un accidente cerebrovascular. Los médicos de atención Primaria debemos estar actualizados en los distintos protocolos de actuación en urgencias y saber realizar diagnósticos diferenciales para establecer un diagnóstico de sospecha y derivar de forma precoz.

Palabras clave

Epilepsy, Braind Tumor, Ictus

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Cefalea persistente, la importancia de la continuidad asistencial y abordaje integralLlimona Perea I¹, Espartero Gómez A², Perea Cejudo I³¹ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Ronda Histórica. Sevilla² MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Pino Montano A. Sevilla³ Médico de Familia. CS Pino Montano B. Sevilla**Ámbito del caso**

El caso se desarrolla en el ámbito de las urgencias hospitalarias.

Motivo de la consulta

La paciente consulta hasta en 3 ocasiones la misma semana por cefalea persistente, "la mayor de su vida", que no cede totalmente con tratamiento domiciliario.

Historia Clínica

Mujer de 49 años sin antecedentes particulares de interés. Consulta por tercera vez en una semana a causa de una cefalea de comienzo súbito hace 6 días, constante, holocraneal, opresiva, que no se acompaña de otra sintomatología y que ya no cede con medicación domiciliaria, aunque en un principio cedía parcialmente. Estable, buenas tensiones. Exploración neurológica sin hallazgos.

Pruebas complementarias: realizadas; analítica normal. Rx waters normal. Se pauta medicación analgésica IV sin mejoría.

Enfoque individual: debemos tener en cuenta la recurrencia de la sintomatología y el empeoramiento progresivo hasta no ceder con tratamiento, evolución que le hace consultar hasta en 3 ocasiones; constituyendo éstos signos de alarma. Es por ello que se solicita un TAC de cráneo.

Enfoque familiar y comunitario: en este caso es similar al individual, resaltando la importancia de la continuidad asistencial, aun cuando estemos trabajando en Urgencias, y

abordar a los pacientes de forma íntegra y no como episodio de Urgencias aislado.

Juicio clínico: El TAC demuestra la organicidad de la cefalea, hallándose una lesión hemorrágica con edema perilesional adyacente a cuerpo calloso, estudio que se amplía con la realización de un TAC con contraste IV para valoración de la causa de tal hemorragia: Hemorragia paqrenquimatosa parasagital en relación a una imagen de posible aneurisma del segmento A3 de la arteria cerebral anterior izquierda.

Tratamiento, planes de actuación: Se contactó con servicio de Neurocirugía quienes abordaron a la paciente de forma exitosa realizándole una embolización del aneurisma al día siguiente y evolucionando favorablemente.

Evolución: Favorable, recuperación y alta a domicilio en una semana.

Conclusiones

Con este caso pretendemos destacar la importancia del abordaje íntegro del paciente, de forma que se tengan en cuenta la evolución y la continuidad asistencial del caso. Y así evitar que se aborde en Urgencias como un caso aislado de cefalea y se tengan en cuenta las visitas previas además de la clínica de alarma, como es la no respuesta a tratamiento.

Palabras clave

Cefalea, Aneurisma Intracraneal, Hemorragia Cerebral

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

¡Doctora, me duele! ¿Será de mi enfermedad?García Flores AG¹, Pérez Rivera RA¹, Luciani Huacac LA³¹ Médico de Familia. CS Orcera. Consultorio La Puerta de Segura. Jaén² Médico de Familia. CS Orcera. Jaén**Ámbito del caso**

Atención Primaria y Especializada.

Motivo de la consulta

Paciente de 45 años, antecedentes de cáncer de mama triple negativo tratado con radioterapia y quimioterapia. Hace un mes comienza con dolor en ingle y cadera izquierda que no cede con analgésicos habituales y está provocando limitación para la deambulación y para sus actividades diarias.

Historia Clínica

Se trata de una paciente con antecedentes de cáncer de mama en seguimiento por oncología a la que se la ha sometido a tratamiento con cirugía, quimioterapia y radioterapia hace 6 meses.

Enfoque individual: Hace un año diagnosticada de cáncer de mama, antecedentes de cuadro ansioso-depresivo a raíz de su diagnóstico. Presenta dolor a la exploración de cadera izquierda que aumenta al movilizar la misma. No signos inflamatorios no se palpan adenopatías ni puntos herniarios. Se deriva a la paciente a medicina física y rehabilitación y se le recomienda comentar la clínica con oncología. Solicitan radiografía de cadera sin imagen clara de afectación y analítica con marcadores tumorales que son negativos. Ante la alta sospecha de metástasis se solicita TAC donde se ve imagen lítica con rotura de cortical en rama pubiana izquierda próxima al acetábulo sospechosa de metástasis.

Enfoque familiar y comunitario: Paciente con apoyo familiar, casada, dos hijos, cuidadora de su padre.

Juicio clínico: metástasis óseas.

Diagnóstico diferencial: tumor primario óseo, fracturas patológicas por otras causas como osteoporosis, necrosis ósea avascular, mieloma osteoesclerótico. Problemas: La paciente a raíz del diagnóstico sufre empeoramiento de su cuadro ansioso-depresivo con aislamiento de su familia y negación de la enfermedad.

Tratamiento, planes de actuación: Comienzan con estudio de extensión y derivan a la paciente a radioterapia paliativa para control del dolor y dan nueva tanda de quimioterapia.

Evolución: La paciente continúa con tratamiento, mala evolución de su calidad de vida y enfermedad.

Conclusiones

La alta incidencia de metástasis óseas secundarias a carcinomas y la grave repercusión funcional que provocan, son motivos de constante estudio y avance en los métodos de evaluación, diagnóstico y tratamiento. El dolor es el síntoma más frecuente de presentación, aunque a veces el comienzo es una fractura patológica. Quiero resaltar la importancia de mantener una alta sospecha ante los antecedentes de estos pacientes para poder comenzar con un diagnóstico y tratamiento precoz.

Palabras clave

Cáncer de Mama, Metástasis Óseas, Marcadores Tumorales

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Doctora, me veo amarillo fluorescenteFlores Montañés MM¹, Ayala Hernández MJ², De Juan Roldán JI¹, Rodríguez Escobar J¹¹ Médico de Familia. CS Palma-Palmilla. Málaga² Médico de Familia. CS Trinidad Cautivo. Málaga**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

Motivo de la consulta

Ictericia cutáneo mucosa.

Historia Clínica

Varón de 22 años que acude a la consulta de Atención Primaria por molestias abdominales localizadas en epigastrio desde hace diez días, intermitente, de intensidad variable. No irradiado. No vómitos. Refiere tinte icterico desde hace tres días que ha ido en aumento. Orina y heces de coloración anaranjada. Tras entrevista clínica en profundidad, refiere relaciones sexuales de riesgo hace un mes.

Enfoque individual: No alergias medicamentosas. Sin antecedentes de interés. No hábitos tóxicos.

Exploración: Buen estado general, consciente y orientado, eupneico en reposo. Ictericia conjuntival, de piel y mucosas. A la auscultación: tonos rítmicos sin soplos. Murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. Abdomen blando, depresible, sin masas ni megalias. No dolor a la palpación. Blumberg y Murphy negativos. Derivamos a hospital de referencia para realización de pruebas complementarias.

Pruebas: Analítica de sangre: hemograma y bioquímica normal. Tiempo de protrombina 61%. Perfil hepático: AST 1907, ALT 2772, GGT 89, FA 188, Bilirrubina total 10.74, bilirrubina directa 8.95. PCR 5. Analítica de orina:

urobilinógeno +++, resto normal. Ecografía abdominal: sin alteraciones significativas. Se descarta origen obstructivo.

Enfoque familiar y comunitario: Etnia gitana.

Juicio clínico: Sospecha de Hepatitis. Contacto sexual de riesgo.

Tratamiento, planes de actuación: Se contacta con servicio de Digestivo, solicitan analítica con serología completa. Pautan Vitamina K (fitomenadiona) una ampolla bebible diaria. Revisión en consulta de digestivo.

Evolución: En consulta de revisión, paciente asintomático, persiste ictericia cutáneomucosa. *Analítica:* VHA positivo, resto de virus negativos. Persiste elevación del perfil hepático. Recomiendan medidas higiénicas y repetir cada dos semanas hemograma y perfil hepático en su CS hasta normalización.

Conclusiones

El interés de este caso radica en la importancia de una correcta anamnesis, la necesidad de preguntar por relaciones sexuales de riesgo, viajes al extranjero, contacto con medio rural o animales, con el fin de realizar un amplio diagnóstico diferencial en Atención Primaria, para la toma de decisiones de las pruebas complementarias realmente necesarias y el tratamiento a seguir.

Palabras clave

Ictericia, Hepatitis, Virus A.

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Disfagia progresiva a sólidos. A propósito de un casoFlores Montañés MM¹, De Juan Roldán JI¹, Ayala Hernández MJ²¹ Médico de Familia. CS Palma-Palmilla. Málaga² Médico de Familia. CS Trinidad Cautivo. Málaga**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

Motivo de la consulta

Sensación de nudo retroesternal.

Historia Clínica

Varón de 54 años, que acude a consulta de Atención Primaria. Desde hace un mes y medio, refiere plenitud postprandial, sensación de nudo a nivel retroesternal que se alivia tras eructar, regurgitaciones y vómitos de contenido líquido tras la ingesta en las últimas semanas. Refiere dificultad para la deglución progresiva, actualmente come dieta blanda y comida triturada. Pérdida de peso de seis kilos en el último mes. Afebril. Se deriva a Hospital de referencia para estudio.

Enfoque individual: No alergias medicamentosas. No fumador. Bebedor de dos cervezas diarias.

Antecedentes personales: hipertensión arterial, diabético tipo dos, hipertrigliceridemia. No intervenciones quirúrgicas. Tratamiento: enalapril, metformina, ácido acetilsalicílico y fenofibrato.

Exploración: Buen estado general, eupneico en reposo. A la auscultación: tonos rítmicos, sin soplos. Murmullo conservado sin ruidos sobreañadidos. Abdomen globuloso, blando y depresible, no masas ni megalias. No dolor a la palpación. Blumberg/Murphy negativos.

Pruebas: Analítica de sangre: hemograma, coagulación, bioquímica y perfil hepatopancreático normal. Radiografía de abdomen normal.

Enfoque familiar y comunitario: No antecedentes familiares de neoplasia digestiva. Vive con su mujer, buen apoyo familiar.

Juicio clínico: Disfagia esofágica a estudio. Síndrome constitucional.

Tratamiento, planes de actuación: Se contacta con Digestivo de guardia, decide gastroscopia preferente y analítica con marcadores. Resultado de gastroscopia: estenosis irregular a nivel de tercio distal esofágico, mamelón que no permite el paso del endoscopio. Se toma biopsia que confirma Carcinoma escamoso esofágico pobremente diferenciado. Ingreso en Oncología para estudio de extensión y tratamiento.

Evolución: Durante el ingreso, dieta triturada y batidos de suplemento. Estudios posteriores confirman extensión a curvatura menor gástrica, afectación linfática supraclavicular, mediastínica y retroperitoneal. En comité médico-quirúrgico se propone para quimioterapia y radioterapia, posteriormente reevaluación quirúrgica si procede.

Conclusiones

Aunque contamos con menos medios y recursos en nuestras consultas, la importancia de la Atención Primaria radica en una correcta anamnesis y toma de decisiones ante la alta sospecha de una enfermedad, con el fin de un diagnóstico precoz e inicio de tratamiento adecuados.

Palabras clave

Trastorno de Deglución, Pérdida de Peso, Carcinoma

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Artritis reumatoide en un paciente ancianoGarcía Flores AG¹, Palomares Torres N², Rodríguez Blázquez M³¹ Médico de Familia. CS Orcera. Consultorio La Puerta de Segura. Jaén² Enfermera en servicio de Traumatología/neurología. Hospital La Mancha Centro. Alcázar de San Juan. Jaén³ Médico de Familia. Director ZBS Orcera. Jaén**Ámbito del caso**

Atención Primaria y especializada.

Motivo de la consulta

Paciente de 72 años que consulta por inflamación y edema en ambas manos de una semana de evolución.

Historia Clínica

Paciente que consulta por inflamación y edema de ambas manos que le está limitando la movilidad de las manos y le interfiere con el sueño. No le ha pasado en otras ocasiones. Interrogando al paciente describe dolor simétrico en hombros, rodillas, pies y tobillos sin inflamación.

Enfoque individual: Antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, accidente isquémico transitorio, gonartrosis izquierda, prótesis total de rodilla derecha. En tratamiento con metformina y sitagliptina, enalapril, AAS, omeprazol, simvastatina y metamizol.*Exploración:* Presenta inflamación, aumento de temperatura y edematización en ambas manos más en mano derecha con limitación para la flexo Extensión, neurovascular distal normal.*Pruebas complementarias:* Se pide radiografía de ambas manos donde se aprecian signos degenerativos propios de la edad y analítica con pruebas reumáticas. En la analítica se aprecia anemia normocítica normocrómica, proteína C reactiva alta y factor reumatoide positivo.*Enfoque familiar y comunitario:* Se trata de un paciente con buen apoyo familiar, tres de sus hijas viven en la misma zona, casado, con buena relación con su esposa*Juicio clínico:* Artritis reumatoide de inicio tardío.*Diagnóstico diferencial:* polimialgia reumática, artrosis, artritis microcristalinas.*Tratamiento, planes de actuación:* Comenzamos tratamiento con zamene y se deriva al paciente a reumatología para estudio donde pautan tratamiento con metotrexate, ácido fólico y dezacort de 6 miligramos con cita para revisión.*Evolución:* El paciente evoluciona favorablemente, sin inflamación ni dolor, ya ha suspendido dezacort.**Conclusiones**

La artritis reumatoide de inicio tardío es una condición clínica poco reconocida y caracterizada en el mundo, a pesar que se presenta con relativa frecuencia en la población geriátrica. Esta enfermedad tiene un curso clínico benigno en los ancianos. Se trata de una enfermedad sistémica de origen autoinmune caracterizada por comprometer articulaciones sinoviales, tanto grandes como pequeñas, después de los 65 años de edad. Ocasiona destrucción y deformidad articular con la consecuente discapacidad física y funcional en los ancianos, hecho que aumenta la morbilidad y mortalidad de este grupo etáreo. Requiere de un diagnóstico oportuno y tratamiento efectivo con el fin de disminuir las repercusiones clínicas y funcionales en estos pacientes.

Palabras clave

Artritis Reumatoide, Factor Reumatoide, Polialtralgias

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Hematoma cerebeloso en paciente anticoaguladoGómez Sánchez C¹, Calle Cruz LF²¹ Médico de Familia. UGC Camas. Sevilla² Médico de Familia. UGC Alcosa Mercedes Navarro. Sevilla**Ámbito del caso**

Atención Primaria y Especializada.

Motivo de la consulta

Vómitos y sudoración profusa.

Historia Clínica

78 años.

Antecedentes personales: hipertensión, fibrilación auricular, anticoagulación. Tratamiento: Acecumarol, propranolol, omeprazol, digoxina, ramipril y furosemida.

Anamnesis: Sudoración profusa, náuseas y vómitos y dolor abdominal precedidos de cefalea autolimitada de 15 minutos de duración.

Enfoque individual. Exploración: consciente y orientado. Eupneico. Palidez de piel y sudoración profusa. Neurológico: Glasgow 15. Sin rigidez nuczal. Pupilas isocóricas y reactivas. Movimientos oculares extrínsecos conservados. Sin focalidad neurológica. ACC: tonos arrítmicos. Pulsos pedios conservados. AR: buen murmullo vesicular. Abdomen: sin signos de abdomen agudo. TA: 140/100 mmHg. Glucemia capilar: 101mg/dl. ECG: FA 75-100 lpm. Se traslada al hospital con ambulancia medicalizada.

Pruebas complementarias: *Analítica:* hemograma normal, bioquímica (glucemia 134 mg/dl, resto normal) PCR y troponina T normales. Coagulación (INR 3.4, TP 38.9 s, TTPA 48.6 s.). Rx torax: sin hallazgos. TAC craneal: foco de sangrado en hemisferio cerebeloso izquierdo de 40*31mm. Edema perilesional. Efecto masa con obliteración parcial de 4º ventrículo y del margen izquierdo de las cisternas de ambiens. Infarto lacunar de aspecto crónico talámico izquierdo.

Enfoque familiar y comunitario: Hipertensión principal factor de riesgo cardiovascular.

Juicio clínico: hematoma cerebeloso.

Diagnóstico diferencial: Tumores, ictus isquémico, sepsis, disección de aorta, hipoglucemia, migraña, encefalopatía hipertensiva.

Identificación de problemas: hipertensión, edad, anticoagulación.

Tratamiento, planes de actuación: La rápida decisión quirúrgica, su tratamiento en unidades de ictus con rehabilitación son decisivas para la recuperación del paciente y disminución de morbimortalidad.

Evolución: Favorable

Conclusiones

La hipertensión mal controlada podría causar rotura de arterias pequeñas y profundas del cerebelo, cerebro y ganglios basales. Generalmente sangra la arteria cerebelosa superior. Acecumarol sigue siendo de elección en fibrilación auricular no valvular. La introducción de los nuevos anticoagulantes orales disminuye el riesgo de sangrado intracraneal pero no podemos medir rango terapéutico y las interacciones e insuficiencia renal dificultan su manejo. La indicación de estos viene dada por asociación española de medicamentos.

Palabras clave

Hemorragia Cerebelosa, Anticoagulación, Hipertensión

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Distensión abdominal, náuseas, y vómitos postprandiales en paciente con antecedentes de colangiocarcinomaPérez Pérez AB¹, Vilchez Jaimez M², Pinazo Martínez IL³¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Roque. Cádiz² Médico de Familia. CS Tarifa. Cádiz³ Aparato Digestivo. Hospital La Línea de la Concepción. Cádiz**Ámbito del caso**

Urgencias Hospitalarias.

Motivo de la consulta

Distensión abdominal.

Historia Clínica

Varón de 67 años con AP: adenocarcinoma pobremente diferenciado de la vía biliar con afectación de la serosa que respeta colédoco intervenido con hepatectomía derecha y hepaticoyeyunostmia en Y de Roux en marzo 2015. En seguimiento por Oncología libre de enfermedad en pruebas de imagen. Acude a revisión por cuadro de epigastralgia, y síntomas de dispepsia tipo dismotilidad que han ido empeorando hasta provocarle vómitos de repetición. Asocia pérdida de peso de 5 kg. Presenta importante hernia laparotómica. En TC al ingreso se aprecia dilatación bulbar, con cámara gástrica dilatada a pesar de ayuno. Se realiza EDA precoz evidenciándose estómago con cambios a nivel de la mucosa compatibles con estómago de retención, estenosis postbulbar uniforme con mucosa sin alteraciones que impide el paso del endoscopio. Se realiza EGD con estenosis regular con paso filiforme del contraste de unos 2 cm. Se decide colocación de prótesis. Durante la colocación de la misma se biopsia (AP: proceso inflamatorio). A los 30 días comienza con melenas, y dolor epigástrico se realiza endoscopia donde se observa obstrucción de prótesis y úlcera por decúbito. Se realiza cirugía realizando bypass y

toma de biopsia de la estenosis con la suerte de que no existían células tumorales.

Enfoque individual: Jubilado.*Enfoque familiar y comunitario:* Casado con 2 hijos.*Juicio clínico:* Estenosis postbulbar al año de cirugía de colangiocarcinoma.*Tratamiento, planes de actuación:* Bypass gastroyeyunal.*Evolución:* Tras la cirugía se consigue adecuada alimentación y recuperación de peso, síntomas y vida cotidiana.**Conclusiones**

La supervivencia del Colangiocarcinoma a 5 años de los pacientes con o sin adyuvancia fue similar. La recidiva tumoral ocurre en hasta el 30% de los pacientes y suele ocurrir de forma locorregional, pudiendo afectar igualmente pulmón, huesos y piel. Por ello es importante saber detectar síntomas de alarma, para poder actuar al respecto. Por suerte en nuestro caso se debía a una complicación benigna de la cirugía.

Palabras clave

Colangiocarcinoma, Vómitos, Estenosis Postquirúrgica

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Dolor abdominal y hemoptisisPérez Pérez AB¹, Vílchez Jaimez M², Pinazo Martínez IL³¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Roque. Cádiz² Médico de Familia. CS Tarifa. Cádiz³ Aparato Digestivo. Hospital La Línea de la Concepción. Cádiz**Ámbito del caso**

Urgencias Hospitalarias.

Motivo de la consulta

Dolor abdominal agudo asociado a hemoptisis.

Historia Clínica

Varón de 75 años que acude a Urgencias por dolor abdominal intenso y hemoptisis autolimitada. AP: Tabaquismo, HTA, DL, Cardiopatía isquémica. AS destaca PCR 32 y amilasa 357. Se realiza ecografía abdominal que se convierte en TC abdominal donde se aprecia moderado aumento del diámetro antero-posterior del páncreas a nivel del cuerpo de unos 32 mm con leve dilatación 2º del Wirsung y de la vía biliar intra y extrahepática, sin adenopatías locorregionales. En análisis de control no presenta perfil hepático o amilasa alterados. Se decide ingreso para completar estudio. En TC torácico se evidencia consolidación parenquimatosa de atenuación heterogénea en ápex del LII sin permeabilidad del bronquio segmentario correspondiente que se cataloga de Ca. Epidermoide tras realización de broncoscopia donde se evidencia masa intrabronquial de la que se toman BAS y cepillado. Se amplía estudio con PET que presenta captaciones patológicas en LII pulmonar coincidiendo con consolidación parenquimatosa previamente descrita, cabeza de páncreas, dos áreas a nivel costal y una captación relacionada con ganglio subcarinal. Con estos resultados y tras consultar con Digestivo se decide realización de ecoendoscopia evidenciando masa sólida con áreas de necrosis de 60 mm en área pancreática sin otras alteraciones que se biopsias con AP compatible con infiltrado de carcinoma

epidermoide. Remarcar que a pesar del rápido estudio realizado en el paciente la lesión pancreática creció significativamente desde el inicio del cuadro. Tras la revisión de las pruebas realizadas y ante la imposibilidad de tratamiento quirúrgico se derivó al paciente Oncología.

Enfoque individual: Jubilado.*Enfoque familiar y comunitario:* Casado con 3 hijos. No suele acudir a consulta.*Juicio clínico:* Ca epidermoide pulmonar con metástasis pancreática.*Tratamiento, planes de actuación:* Quimioterapia paliativa.*Evolución:* Se inició tratamiento por Oncología.**Conclusiones**

El desarrollo de metástasis pancreáticas es poco frecuente (3% aproximadamente de las enfermedades malignas), siendo el cáncer de pulmón, colon, mama o riñón los primarios más frecuentes. Habitualmente suelen ser asintomáticas aunque se han descrito casos de diagnóstico de las mismas en relación con cuadros de colestasis o pancreatitis aguda. Queremos describir como curiosidad de la forma de presentación de una neoplasia pulmonar avanzada.

Palabras clave

Ca Epidermoide Pulmón, Metástasis Pancreática, Hemoptisis

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Síndrome constitucional y vómitos en mujer de 87 añosPérez Pérez AB¹, Vílchez Jaimez M², Pinazo Martínez IL³¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Roque. Cádiz² Médico de Familia. CS Tarifa. Cádiz³ Aparato Digestivo. Hospital La Línea de la Concepción. Cádiz**Ámbito del caso**

Urgencias Hospitalarias.

Motivo de la consulta

Vómitos, náuseas y síndrome constitucional.

Historia Clínica

Mujer de 87 años con antecedentes de bloqueo completo de rama izquierda. Ingresa para estudio de sd. Constitucional, náuseas y vómitos. Se solicita EDA con hallazgos de alteración de la anatomía normal de la cavidad gástrica con un giro sobre su eje de prácticamente 180° que consigue reducirse con el endoscopio. Se completa estudio con TC donde se aprecia ocupación parcial del hemitórax izquierdo por fundus y cuerpo gástrico y asas de colon con atelectasias secundarias cambios compatibles con hernia de Bochdalek del adulto, motivo por el que se consultó al equipo de Cirugía para valorar las posibilidades terapéuticas. Dada las características basales de la paciente y la recuperación del tránsito tras la reducción endoscópica se decidió manejo conservador.

Enfoque individual: Jubilada.*Enfoque familiar y comunitario:* Viuda. Se realizan visitas programadas a domicilio.*Juicio clínico:* Hernia de Bochdalek asociada a volvulación parcial gástrica resuelta endoscópicamente.*Tratamiento, planes de actuación:* Desvolvulación endoscópica vs tratamiento quirúrgico.*Evolución:* Tras endoscopia se objetiva buena evolución de la paciente, tolerancia a dieta.**Conclusiones**

La hernia diafragmática congénita presenta una incidencia muy baja y su prevalencia varía de 1/2.000 a 1/5.000 recién nacidos vivos. Se han descrito 4 formas diferentes de hernia diafragmática congénita: hernia de hiato, hernia paraesofágica, hernia de Morgagni-Larrey y hernia de Bochdalek. Esta última se manifiesta como distres respiratorio en el recién nacido. Su diagnóstico es raro en el adulto, menos del 10% de los casos. La hernia de Bochdalek se produce por un defecto del cierre del conducto pleuroperitoneal durante el desarrollo embriológico del diafragma, entre las semanas 8 y 10 de vida. Es el resultado de la fusión incompleta de los elementos lumbares (posteriores) y costales (laterales) durante el desarrollo del diafragma. La consecuencia es la protrusión de las vísceras abdominales a través del diafragma dentro de la cavidad torácica. Es más frecuente en niños (90% en período neonatal) y raro en adultos (10%), localizándose en el hemitórax izquierdo con más frecuencia. En los adultos se suele manifestar con clínica inespecífica del ámbito digestivo y en caso de ser así son tributarias de tratamiento quirúrgico (reparación laparoscópica) por el riesgo de complicaciones tipo estrangulación, necrosis o perforación.

Palabras clave

Hernia de Bochdalek, Vómitos, Hernia Torácica

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Cuadro oclusivo secundario a hernia cruralPérez Pérez AB¹, Vílchez Jaimez M², Pinazo Martínez IL³¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Roque. Cádiz² Médico de Familia. CS Tarifa. Cádiz³ Aparato Digestivo. Hospital La Línea de la Concepción. Cádiz**Ámbito del caso**

Urgencias Hospitalarias.

Motivo de la consulta

Cuadro oclusivo.

Historia Clínica

Varón de 75 años con antecedentes de HBP y EPOC. Acude a Urgencias por cuadro de vómitos de 24 horas de evolución con restos oscuros que plantean dudas con posos de café, se realiza gastroscopia donde se observa un estómago de retención. Se aspira al menos un litro dejando al descubierto una mucosa congestiva y eritematosa. Se progresa por píloro sin dificultad hasta 2^o porción duodenal avanzada aspirando contenido sin evidencia de estenosis. Se decide completar estudio con tránsito intestinal donde se evidencia leve dilatación intestinal y en TC imagen compatible con hernia obturatriz encarcerada algo artefactuada por resto de contraste baritado, confirmándose el diagnóstico con ecografía. Se solicitó valoración urgente por parte de Cirugía General con intervención posterior.

Enfoque individual: Jubilado.*Enfoque familiar y comunitario:* Viudo. Vive con su hermana.*Juicio clínico:* Obstrucción intestinal secundaria a hernia crural.*Tratamiento, planes de actuación:* Tratamiento quirúrgico con reparación de la herniación.*Evolución:* Tras cirugía paciente evoluciona adecuadamente sin dolor abdominal y buen tránsito intestinal.**Conclusiones**

La obstrucción intestinal por causa de un hernia obturatriz complicada es rara y no corresponde a más del 0,4% de las causas de obstrucción, dicha hernia representa menos del 1% de las hernias de la pared abdominal, predomina en las mujeres y ancianos. El diagnóstico es difícil y suele realizarse de forma intraoperatoria. Este retraso diagnóstico aumenta las posibilidades de estrangulación. La etiología y patogénesis de la hernia obturatriz se debe a una disminución del tejido graso y linfático preperitoneal que ocupa el canal obturador. Aquellas situaciones que incrementan la presión abdominal, como la delgadez extrema, caquexia, embarazo y multiparidad, EPOC, estreñimiento crónico van a ser factores predisponentes. Al complicarse provoca un trastorno del tránsito intestinal, con un cierto grado de obstrucción intestinal, pero sin existir compromiso vascular ni isquemia intestinal. La presentación poco sintomática retrasa el diagnóstico y favorece las complicaciones como en nuestro caso donde llama la atención la ausencia de dolor a nivel herniario y una exploración bastante anodina.

Palabras clave

Hernia Crural, Obstrucción Intestinal, Vómitos

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Meningitis “la gran simuladora” Aviso de urgencia en de atención PrimariaDuran Chiappero MR¹, Casado Sánchez I², Gallego Castillo EN³¹ Médico de Familia. DDCU Málaga. CS Puerta Blanca. Málaga² Médico de Familia. DDCU Málaga. CS Cruz de Humilladero. Málaga³ Médico de Familia. DDCU Guadalhorce CS Coín. Málaga**Ámbito del caso**

Aviso del Dispositivo de Cuidado Crítico y Urgencia de Atención Primaria, Málaga capital.

Motivo de la consulta

Disartria. Posible código Ictus Prioridad 1.

Historia Clínica

A nuestra llegada a se trata de una paciente de 32 años de edad, sexo femenino, diabética tipo I con bomba de insulina con buen control metabólico sin otro antecedente de interés. Que hace 5 días presenta cefalea holocraneal que no impide el sueño sin náusea ni vómitos no fotofobia ni fiebre salvo destemplanza valorada por su médico de Atención Primaria quien manda naproxeno y metimazol con escasa mejoría avisan al DDCU por que desde el día de hoy se acompaña de vértigo de características periféricas pero refiere la familia que al comenzarle la crisis de vértigo la paciente comienza con disartria que se quita.

Exploración BHG COC pulsos positivos glucemia 145 TA 120-85 sat 97 t 36,4 FC 78 exploración general incluida neurológica normal ECG normal, estando en domicilio la paciente presenta crisis de vértigo con disartria que recupera al instante, se coge vía periférica con extracción de sangre venosa y se traslada a hospital de referencia, se comenta con médico preferente, en hospital se completa estudio con analítica y TAC ambos normales y se decide punción lumbar ante la persistencia de la clínica intermitente de vértigo y disartria, el

LCR dio el siguiente resultado Presión de apertura: ligeramente aumentada. Recuento de leucocitos: 400 células/mm³ Glucosa: discretamente disminuida respecto a su glucemia capilar, Proteínas: normales

Enfoque individual: Se enfoca como una Cefalea acompañada.

Enfoque familiar y comunitario: Se maneja en la urgencia extra hospitalaria la ansiedad familiar y de la paciente con la explicaciones pertinentes del motivo de traslado.

Juicio clínico: definitivo, meningitis viral. Presuntivo: cefalea acompañada. Presuntivo vértigo periférico ictus de tronco cerebeloso.

Tratamiento, planes de actuación: La paciente es ingresada en neurología para completar estudio y evolución.

Evolución: Favorable una vez en planta ingresada.

Conclusiones

La importancia de este caso radica en llegar a un buen diagnóstico y derivar a los paciente de forma oportuna si las pruebas complementarias en atención Primaria quedan escasas.

Palabras clave

Cefalea, Meningitis, Vértigo Periférico

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Cáncer de ovario con metástasis suprarrenal en paciente asintomáticaGómez Sánchez C¹, Calle Cruz LF²¹ Médico de Familia. UGC Camas. Sevilla² Médico de Familia. UGC Alcosa Mercedes Navarro. Sevilla**Ámbito del caso**

Atención Primaria y Especializada.

Motivo de la consulta

Control dislipemia e hipertensión.

Historia Clínica

64 años. Consulta por control dislipémico. Hierro sérico de 48, ferritina de 289, capacidad de fijación 196, transferrina 157. Tratamiento con sulfato ferroso y control en un mes.

Enfoque individual. Antecedentes personales: Hipertensión arterial. Dislipemia. Mastectomía con linfadenectomía hace 30 años por fibroadenoma.

Anamnesis: Asintomática. Segunda visita dispepsia y astenia.

Exploración: ACC: Rítmica sin soplos. AR: Buen murmullo vesicular sin ruidos. Abdomen: Masa palpable derecha. Tensión arterial: 140/90 mmhg. Derivación urgente a medicina interna.

Pruebas complementarias: *Analítica:* destacan LDL 322, PCR 50.3, albúmina 3.3, antígeno C. A 15.3 68.4, C. A 19.9 1170, Hemoglobina 11.6, transferrina 162, Radiografía tórax: sin hallazgos. Endoscopia oral: Normal. *Colonoscopia:* Compresión extrínseca a nivel recto-sigma y fosita apendicular/polo cecal. TAC tórax y abdomen: Pulmones sin alteraciones. Masa de 15 cm, heterogénea, con zonas quísticas y gran componente hipercaptante, localizada en pelvis, parece depender del ovario derecho. Vena ovárica derecha dilatada que drena la lesión. Moderada ureteronefrosis derecha por compresión de la masa sobre uréter. Masa de aspecto metastático en glándula suprarrenal izquierda de 7 cm. Adenopatías retroperitoneales de aspecto metastático, con áreas de necrosis, que alcanzan

los 2 cm de diámetro. Mínimo líquido libre perihepático y en pelvis.

Enfoque familiar y comunitario: Madre fallecida (neoplasia de vejiga. 86 años). Hermana fallecida (neoplasia de mama. 33 años). Estudio genético personal: Ausencia de mutaciones BRCA1 y BRCA2.

Juicio clínico: Adenocarcinoma de ovario seroso alto grado avanzado.

Diagnóstico diferencial: Carcinomatosis digestiva, tumores benignos y metastáticos ováricos.

Identificación de problemas: La detección de antígeno CA 125 y la ecografía transvaginal no disminuyen mortalidad. Intentos de cribaje en población asintomática son ineficaces.

Tratamiento, planes de actuación: Histerectomía con doble anexectomía y resección recto sigma. Quimioterapia primera línea.

Evolución: Favorable un año. Actualmente tres micrometastasis óseas.

Conclusiones

El cáncer de ovario es el 5º en frecuencia y el 2º ginecológico. Incidencia baja. Alta mortalidad. Al diagnóstico 70% estadio avanzado. Diseminación directa, linfática y hematógena. Ésta será en hígado, hueso y pulmón. La suprarrenal es una afectación atípica. Desde atención Primaria la estrategia es diagnóstico precoz para mejorar el pronóstico. . Historia clínica, detectando factores de riesgo. Atención al dolor pélvico u abdominal, aumento del perímetro abdominal, distensión, sensación de plenitud o astenia.

Palabras clave

Cáncer de Ovario. Neoplasia Suprarrenal.

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

El Médico de Familia como promotor de Actividades Preventivas

Duran Chiappero MR¹, Ibáñez Gaitán R², Gallego Castillo EN³

¹ Médico de Familia. DDCU Málaga. CS Puerta Blanca. Málaga

² Enfermero Urgencia. Hospital Valle del Guadalhorce. Málaga

³ Médico de Familia. DDCU Málaga-Guadalhorce. CS Coín. Málaga

Ámbito del caso

CS Rural de Atención Primaria Valle del Guadalhorce.

Motivo de la consulta

Recetas de Dormicum 7,5 mg.

Historia Clínica

Varón de 55 años. Utilizado Dormicum 7,5 mg de forma ocasional en los últimos cinco años. No figura otro tipo de datos ni motivo de consulta en historia clínica. Se aborda un insomnio de conciliación en momentos de estrés laboral. Dado los escasos controles previos se decide realizar los PAPPS: paciente ex fumador desde hace 6 años, bebedor ocasional, trabajador autónomo, vida sedentaria, casado desde hace 25 años, sin hijos, asintomático por aparatos.

Exploración física: normal por aparatos. Tacto rectal próstata tamaño y consistencia normal plan: se solicita cribado de HTA por enfermería estudio analítico de dislipemias y HPB se realiza cuestionario IPSS resultados de cribado: TA 125/75, IPSS 6 analítica: bioquímica: destaca ac úrico de 10.3 mg/dl PSA: 1.43 ng/ml orina normal con cultivo negativo hemograma anemia normocítica plaquetas 268 serie blanca: leucocitos 56.50 mil/mm con neutrofilia. Dado el resultado analítico nos ponemos en contacto telefónico con hematólogo de hospital de referencias y se decide conjuntamente realizar una nueva analítica esa misma mañana en urgencias hospitalarias. Se confirma la alteración de la serie blanca, en ese mismo momento, se acuerda con el hematólogo que los controles y seguimiento del paciente se

efectuaran desde la consulta externa de dicho servicio, donde se amplió el estudio: aspiración de medula ósea para, cariotipo, inmunofenotipo y citogenética

Enfoque individual. Juicio clínico inicial: síndrome Leucoeritoblastico. Hiperuricemia. Insomnio de conciliación.

Enfoque familiar y comunitario: Se aborda al paciente no solo en su nueva situación de enfermo crónico si no en su desarrollo social y laboral que esta nueva situación conlleva.

Juicio clínico: Leucemia Mieloide Crónica.

Tratamiento, planes de actuación: esa en tratamiento con inhibidor de la tirosinasa.

Evolución: actualmente.

Conclusiones

Demostramos la importancia del Médico de Familia como promotor de Actividades Preventivas, ya que no solo permite controlar y detectar en la población las enfermedades habituales, si no también diagnosticar enfermedades asintomáticas a tiempo. Destacamos la importancia de una buena comunicación entre los diferentes componentes del área sanitaria para acceder en forma rápida y efectiva a un correcto diagnóstico y tratamiento del paciente.

Palabras clave

PAPPS, Prevención Primaria, Detección Leucemia

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Cáncer de pulmón y Atención PrimariaCasado Sánchez IM¹, Gallego Castillo EN², Duran Chiappero MR¹¹ Médico de Familia. DDCU Málaga² Médico de Familia. CS Coín. DDCU Málaga**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

Motivo de la consulta

Disnea.

Historia Clínica

Acude por cuadro catarral, es su primera visita al CS en los últimos 8 años. Refiere tos crónica a la que no le ha prestado atención, no esputo, no fiebre ni disnea en el momento actual. Se pauta tratamiento convencional con revisión a la semana, dado que el paciente no encuentra mejoría, se cambia a aerosolterapia, corticoides y antibiótico y se solicita estudio de EPOC de forma preferente. El paciente no realiza dicho estudio y acude a los 10 días por aumento de dificultad respiratoria. Exploración física de la última visita: taquipneico en reposo con tiraje intercostal, ACR: rítmico con hipoventilación marcada en campo derecho. TA 140/85 FC 100 SATO₂ 84% ECG: taquicardia sinusal. Plan: se traslada al paciente al hospital de referencia con equipo médico.

Enfoque individual: Varón de 62 años de edad, natural de Barcelona. Fumador durante 40 años de 3 paquetes diarios.

Enfoque familiar y comunitario: Soltero, sin apoyo familiar ni recursos económicos.

Juicio clínico: inicial: infección respiratoria. Probable EPOC agudizado. En urgencia se realiza analítica, gasometría en donde destaca una insuficiencia respiratoria moderada y en la

placa de tórax aumento de densidad para hilar derecha que impresiona de masa por lo cual se decide su ingreso en medicina interna. Allí se le realiza estudio completo detectándose en tac toraco-abdominal cáncer microcítico de pulmón con metástasis hepática y suprarrenal y síndrome de vena cava superior incipiente. Juicio clínico definitivo: cáncer microcítico de pulmón. SVCS. Problema social.

Tratamiento, planes de actuación: Dexametasona 4 mg, Seretide 2 cada 12 horas, salbutamol a demanda, omeprazol 20 mg, lorazepam 1 mg, HBPM. Se gestiona y consigue desde el CS en trabajo conjunto con enfermería, enfermera de enlace, trabajadora social e inspección Médica, ingreso en Residencia del pueblo y subsidio de jubilación.

Evolución: Actualmente en seguimiento por Atención Primaria, oncología y paliativos.

Conclusiones

Con este caso resaltamos que si bien desde AP aplicamos protocolos encaminados a efectuar diagnósticos diferenciales de las enfermedades no podemos manejar el principio de autonomía del paciente de seguir dichos protocolos y aun así gracias a la continuidad que tenemos con el mismo podemos solucionar problemas posteriores devenidos de dichos diagnósticos.

Palabras clave

Cáncer de Pulmón, EPOC, Hábito Tabáquico

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

“Doctora: el dolor del pecho es insoportable”

Yera Cano R¹, Hernández García R², López Pérez A²

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

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

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivo de la consulta

Paciente de 26 años que acude a la consulta por dolor en hemitórax izquierdo desde hace 24 horas.

Historia Clínica

Refiere dolor en hemitórax izquierdo que aumenta con la respiración y con los movimientos.

Enfoque individual. Antecedentes personales: No alergias medicamentosas. No antecedentes.

Anamnesis: Paciente que presenta cuadro de dolor torácico de tipo opresivo, que aumenta al respirar y con los movimientos, sin irradiación ni síntomas añadidos. Refiere alivio del dolor al inclinarse hacia delante. Afebril. No traumatismo previo.

Exploración: Buen estado general, eupneico, afebril, TA 114/70mmHg y saturación de Oxígeno: 98%. AC: rítmico sin soplos ni roces. AR: limpio. Resto sin hallazgos patológicos.

Pruebas complementarias: ECG: ritmo sinusal, 70 lpm, elevación del ST de 2mm generalizado. Rx de tórax: Normal. Al disponer de ecógrafo en la consulta, se realizó ecocardiograma: VI de tamaño normal con contractilidad normal. FEVI: 63%. Válvulas de aspecto normal y normofuncionantes. Cavidades derechas normales. Aurícula izquierda normal. Función diastólica normal. Engrosamiento pericárdico a nivel inferoposterolateral. Despegamiento

pericárdico a nivel posterior. Analítica (incluyendo serología, cuantificación de inmunoglobulinas, etc.): Normal.

Enfoque familiar y comunitario: Paciente que vive en su casa con sus padres, buena relación entre ambos y sin antecedentes de interés.

Juicio clínico: Pericarditis aguda.

Diagnóstico diferencial: SCACEST, dolor pleurítico. Problemas: Manejo analgésico para el dolor.

Tratamiento, planes de actuación: AAS 500 mg 2 comprimidos cada 8 horas durante 15 días y posteriormente 1 cada 8 horas, Omeprazol 20 mg 1 comprimido diario. Control estrecho en la consulta.

Evolución: El paciente mejoró notablemente, permaneciendo asintomático en las siguientes revisiones.

Conclusiones

Con este caso podemos observar cuán importante es disponer de un ecógrafo en las consultas de Atención Primaria, ya que de esta forma podemos orientar mejor nuestro juicio clínico y encauzar mejor nuestro plan de actuación. La pericarditis aguda es un síndrome clínico plurietiológico que se manifiesta con dolor torácico, roce pericárdico y cambios evolutivos de la repolarización en el ECG.

Palabras clave

Pericarditis, Electrocardiografía, Antiinflamatorios

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Hemospermia en varón de 21 añosRomero Carmona M¹, Díaz Rueda M², Ramón Albertus MC¹¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Chana. Granada² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Doctores. Granada**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

Motivo de la consulta

Acude por hemospermia en la mayoría de las eyaculaciones de dos semanas de evolución. Nos cuenta que tiene conductas sexuales de riesgo.

Historia Clínica

AP: ITU de repetición refractarias. Tratamiento y prostatitis. Fumador de un paquete diario. No intervenciones quirúrgicas.

Enfoque individual: AP: ITU de repetición refractarias a tratamiento y prostatitis. AF: sin interés. Fumador de un paquete diario. No intervenciones quirúrgicas. Alergia a Diazepam

Anamnesis: AP: ITU de repetición hace años, conducta sexuales de riesgo de forma repetida. Refiere hemospermia persistente en la mayoría de las eyaculaciones, con semen con restos hemáticos, de color rojo fresco. Asociando síndrome miccional en algunas ocasiones. No toma de ACO. No biopsia de próstata / vasectomía reciente. No viajes al extranjero.

Exploración: Afebril, TA 120/70, BEG, BHP. Palpación abdominal: blando, depresible, no doloroso, no masas ni megalias, no peritonismo. Palpación de pene, testículos, escroto: anodina. Epidídimo y conductos deferentes: anodina. Tacto rectal: próstata de tamaño y consistencia normales.

Pruebas complementarias: Se solicitó sedimento y cultivo de orina, que fueron negativos. Tratamiento empírico con ciprofloxacino. Se solicitan serologías de VIH, VHB, VHC y lues, que serían negativas, PSA, cultivo de semen, con resultado: Coli+, que se trató según antibiograma. Derivación a Urología. ECO...normal. RMN...se aprecia

contenido hemático en vesícula seminal derecha y pequeña litiasis en la misma.

Enfoque familiar y comunitario: Paciente varón de 21 años, en paro, con conductas sexuales de riesgo.

Juicio clínico: Litiasis en vesícula seminal.

Diagnóstico diferencial: 1) inflamatorias/infecciosas; Uretritis, prostatitis, vesiculitis, epididimitis, its, tbc, esquistosomiasis. 2) funcionales/traumáticas; Comportamientos sexuales agresivos, exceso de relaciones, coitus interruptus. 3) lesiones benignas v. seminales/próstata. 4) lesiones benignas uretrales. 5) tumores: V. Seminales, testículo.

Identificación del problema: persistencia de la clínica a pesar de tratamiento antibiótico y pruebas complementarias normales.

Tratamiento: Ciprofloxacino como tratamiento empírico en primera visita ante las molestias con eyaculación. Posteriormente tratamiento antibiótico según antibiograma.

Plan de actuación: la litiasis seminal no precisó tratamiento específico, remitiendo la clínica espontáneamente.

Evolución: Favorable. Remisión de la clínica.

Conclusiones

Saber reaccionar ante motivos de consulta poco frecuentes en Atención Primaria, sabiendo utilizar todos los medios posibles a nuestro alcance.

Palabras clave

Hemospermia, Prostatitis, Cultivo de Semen, RMN, Litiasis Vesícula Seminal

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Doctor, el crujido que noté no es normalSalmerón Latorre RM¹, Vasco Roa T², Yera Cano R¹¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Virgen del Gavellar. Úbeda (Jaén)² Médico de Familia. AGS Jaén Norte/Nordeste. Jaén**Ámbito del caso**

Atención Primaria y hospital.

Motivo de la consulta

Paciente de 52 años que acude a nuestra consulta de Atención Primaria, por dolor en pierna derecha, que no cede con analgesia habitual, y dificultad para la deambulaci3n.

Historia Clínica

Refiere empeoramiento del dolor en pierna derecha desde hace dos días, tras saltar y notar un crujido en regi3n gemelar.

Enfoque individual. Antecedentes personales: No alergia a medicaci3n conocida, ansiedad.

Anamnesis: Empeoramiento del dolor en pierna derecha desde hace dos días, tras saltar y notar un crujido en regi3n gemelar. Dificultad para la deambulaci3n. Afebril.

Exploraci3n: Buen estado general. Eupneico. Hemodinámicamente estable. Auscultaci3n cardiorrespiratoria: Tonos rítmicos, sin soplos. Murmullo vesicular conservado, sin ruidos patológicos sobreañadidos. Miembro inferior derecho: edema sin f3vea, hematoma visible en zona posterior. Maniobra de Thompson positiva.

Pruebas complementarias. Procedemos a realizar una ecografía del tend3n de Aquiles del pie derecho en nuestra consulta, donde observamos una soluci3n de continuidad de aproximadamente unos 5,6 cm de longitud en el tend3n de Aquiles que se sitúa a aproximadamente a unos 7 cm de su inserci3n, estando el espacio ocupado por lámina de líquido.

Enfoque familiar y comunitario: El paciente vive con su mujer y sus dos hijas, de 10 y 14 años. Buena relaci3n familiar.

Juicio clínic: rotura del tend3n de Aquiles derecho.

Diagn3stico diferencial: rotura muscular a nivel de los gemelos, trombosis venosa profunda o rotura del quiste de Baker.

Identificaci3n de problemas: Intenso dolor y dificultad para la deambulaci3n, al cual hubo que recetar unas muletas y solicitar baja laboral. Derivaci3n del paciente al hospital, para valoraci3n por el traumat3logo de guardia.

Tratamiento, planes de actuaci3n: Ibuprofeno 600 mg cada 8 horas. Derivaci3n del paciente al hospital de referencia, para valoraci3n por el traumat3logo de guardia.

Evoluci3n: Tras valoraci3n por el traumat3logo, se indica férula, Clexane 40 miligramos subcutáneo cada 24 horas, preoperatorio y tel3fono de contacto para cirugía en unos días. Al cabo de unos días, el paciente fue intervenido con éxito de la rotura del tend3n de Aquiles.

Conclusiones

Observamos la importancia de disponer de ec3grafo en las consultas de Atención Primaria, para así poder realizar un diagn3stico rápido y con más precisi3n.

Palabras clave

Primary Health Care, Ultrasonography, Achilles tendon

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Dolor costal y disnea en paciente jovenBaena Castro SM¹, García Pigne IM²¹ Médico de Familia. CS Torrox. Málaga² Médico de Familia. CS Vélez Málaga Norte. Málaga**Ámbito del caso**

Atención hospitalaria (urgencias).

Motivo de la consulta

Dolor costal derecho de varios días de evolución.

Historia Clínica*Antecedentes personales:* No alergias medicamentosas conocidas. Rotura en asa de cubo de menisco externo 2 semanas antes. Resto sin interés clínico.*Enfoque individual: Anamnesis:* Acude por dolor cervical, en hombro y en región costal derecha de características pleuríticas de inicio brusco junto con disnea de pequeños esfuerzos. Ausencia de fiebre. No otro tipo de sintomatología. Fue valorado hace una semana en otro Servicio de Urgencias siendo diagnosticado de contractura muscular.*Exploración física:* Eupneico y normocoloreado. Afebril. Tensión arterial: 155/87 mmHg. Frecuencia cardíaca: 98 lpm. Saturación de oxígeno: 96 %. Auscultación cardíaca: Tonos cardíacos puros y rítmicos con soplo pansistólico en foco aórtico grado V/VI que irradia a carótidas. Auscultación pulmonar: Murmullo vesicular conservado con roncus y crepitantes en base izquierda. Resto normal.*Pruebas complementarias:* Radiografía de tórax: Sin alteraciones patológicas agudas significativas. Análisis de sangre: Hemograma y bioquímica normales. Troponina I: 0.006 ng/L. Coagulación: Dímero D: 2.08 µg/ml. Electrocardiograma: Ritmo sinusal a 82 lpm. Dudoso patrón S1Q3T3. Angio TAC: Defectos de repleción en arterias segmentarias y subsegmentarias del lóbulo inferior derecho sugestivas de trombosis. Ecocardiograma: Cardiopatía valvular tipo insuficiencia aórtica

severa con ventrículo izquierdo dilatado. Aorta ascendente ligeramente dilatada. Fracción de eyección: 62 %.

Enfoque familiar y comunitario: Hermano: Déficit de Factor V de Leiden. Núcleo familiar normofuncionante. Red social con alto apoyo emocional e interacción social positiva.*Juicio clínico:* tromboembolismo pulmonar (posible trombofilia). Insuficiencia aórtica severa.*Diagnóstico diferencial:* Neumotórax. Pericarditis. Neumonía.*Tratamiento, planes de actuación:* Se cursa ingreso en medicina interna y se pauta tratamiento intravenoso con Heparina de bajo peso molecular. Se solicita analítica para estudio de trombofilias y cardio RMN.*Evolución:* Durante su estancia en planta el paciente presentó buena evolución clínica con estabilidad hemodinámica. Fue dado de alta para continuar tratamiento domiciliario con dicumarínicos sin nuevos eventos trombóticos hasta la fecha.**Conclusiones**

El Factor V de Leiden es el trastorno de hipercoagulabilidad hereditario más común en nuestro medio, presente en el 5 % de la población general. Se trata de la causa de dicha patología en el 20-50% de los pacientes, siendo así el factor de riesgo genético más frecuente para la trombosis venosa profunda y tromboembolismo pulmonar.

Palabras clave

Pulmonary Embolism, Thrombophilia, Aortic Valve Insufficiency

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Menopausia precoz postoperatoriaCorrea Gómez V¹, Ortiz Viana MC², Vasco Roa T³¹ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Úbeda. Jaén² MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Úbeda. Jaén³ Médico de Familia. DS Nordeste de Jaén. Jaén**Ámbito del caso**

Atención Primaria (AP), Urgencias, Ginecología.

Motivo de la consulta

Dolor abdominal.

Historia Clínica

Mujer de 38 años, acude a consulta por dolor abdominal en fosa ilíaca izquierda de inicio insidioso, continuo, que se ha ido intensificando a lo largo de cuatro horas de evolución, y que se irradia hacia la espalda. Se ha acompañado de dos vómitos alimenticios.

Exploración: Buen estado general, hemodinámicamente estable. Abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación de fosa ilíaca izquierda, sin defensa muscular y sin signos de irritación peritoneal, sin masas ni megalias, ruidos hidroaéreos normales. Exploración ginecológica: especuloscopia y tacto bimanual normal, cérvix no doloroso a la movilización.

Pruebas complementarias: Analítica de sangre: Hemograma y coagulación normal. Bioquímica: LDH 389 UI/l; resto de valores normales. Analítica de orina: test de gestación negativo. Radiografía simple de abdomen: imagen radiopaca de densidad calcio en fosa ilíaca izquierda. Ecografía transvaginal: Endometrio lineal, anejo izquierdo con imagen compatible con quiste o tumor. Ecografía de abdomen: formación multiloculada con componente quístico, calcificaciones groseras y componente graso sugestivo de teratoma quístico. TAC de abdomen: confirma hallazgos ecográficos.

Enfoque individual: Ooforectomía derecha en 2006 por teratoma quístico maduro. No

alergias medicamentosas conocidas. Sin tratamiento habitual. Fórmula obstétrica: 20222. Fórmula menstrual: 3/28.

Enfoque familiar y comunitario: Casada y madre de 2 hijos varones sanos. Con deseos gestacionales cumplidos. Sin problemas importantes en el ámbito familiar.

Juicio clínico: La multitud de diagnósticos posibles ante un dolor en fosa ilíaca izquierda hace complejo el manejo de esta paciente que presentaba una clínica, exploración y analítica inespecífica. Habría que hacer diagnóstico diferencial con: folículo hemorrágico roto, torsión de quiste ovárico cólico nefrítico, diverticulitis, colitis isquémica, colopatía espástica, endometriosis, salpingitis... Finalmente se diagnostica de teratoma.

Tratamiento, planes de actuación: Se deriva a la paciente a Urgencias y es intervenida realizándosele una ooforectomía izquierda, con diagnóstico histopatológico de teratoma.

Evolución: Actualmente, la paciente se encuentra en tratamiento con anticonceptivos hormonales orales como tratamiento hormonal sustitutivo y en seguimiento por AP.

Conclusiones

El manejo del dolor abdominal a nivel de AP es complejo por la diversidad de diagnósticos posibles, por lo que se hace indispensable la formación en ecografía para reducir la incertidumbre diagnóstica y evitar derivaciones a un segundo nivel.

Palabras clave

Abdominal Pain, Teratoma, Menopause

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Pacientes duales: ¿cuentan con suficientes recursos?Gilabert García-Pelayo ME¹, Olmedo Fuentes I², Sánchez Morales LR³¹ Médico de Familia. DCCU Bahía de Cádiz La Janda. Cádiz² Enfermera. DCCU Bahía de Cádiz La Janda. Cádiz³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Pinillo Chico. El Puerto Santa María (Cádiz)**Ámbito del caso**

Atención Primaria, atención hospitalaria.

Identificación de problemas: Patología dual, con la problemática de tener pocos recursos.**Motivo de la consulta**

Agitación y violencia.

Tratamiento, planes de actuación: Se deriva voluntariamente a la unidad de agudos de salud mental.**Historia Clínica**

Mujer incapacitada de 38 años que está agitada tras fugas del dispositivo residencial casa-hogar en enfermos mentales (aprovecha sus permisos de salidas) vuelve tras consumir alcohol y drogas, aunque ella lo niega, según policía llega a prostituirse para el consumo. En un año más de 7 traslado a la unidad de agudos de salud mental.

Evolución: Inicia de nuevo su tratamiento, y sin problemas conductuales los días de ingresos. Dada de alta a los 7 días.**Conclusiones**

La atención de estos pacientes es compleja, dificultad en la valoración, diagnóstico y **Diseño** de su intervención, con difícil implantación de la estrategia terapéutica y mal pronóstico del tratamiento ambulatorio. El cuidado y esfuerzo suele recaer en las familias. Hay que conseguir la mayor normalización y autonomía de los pacientes, e integración social, este es el eje fundamental de la intervención. La red de tratamiento con peculiaridades asistenciales diferenciadas para pacientes con adicciones y coordinación escasa con la red de salud mental. Hay problemas de coordinación. Carencias de recursos: No existen modelos a falta de coordinación entre dispositivos asistenciales (consumo de tóxicos y Salud Mental) Si accede, es tarde o atención insuficiente; escasos recursos multidisciplinar ambulatorio y hospitalario Nos encontramos con una paciente incapacitada por déficit intelectual, consumidora de tóxicos y psicosis, en una casa hogar de salud mental, donde se aprecia la escasa formación de los monitores y con mínimos recursos para la vigilancia de estos.

Enfoque individual. Antecedentes personales: déficit intelectual, psicosis, HIV+, VHC, Incapacitada, la tutela recae sobre la fundación gaditana de tutelas.

Exploración física: exploración física normal.

Pruebas complementarias. Tóxicos en orina + en cannabis y cocaína.

Enfoque familiar y comunitario: Familia distorsionada, conflictiva, 3^a de 7 hermanos, adolescencia marginal. Madre de una hija (tutela la tiene un hermano) contacto precoz con drogas. Padre fallecido por cirrosis hepática, alcoholismo y agresor.

Juicio clínico: consumo perjudicial de alcohol y drogas, agitación psicomotriz.

Diagnóstico diferencial, brote psicótico, agitación, Consumo de tóxicos.

Palabras clave

Psicosis, Tóxicos, Déficit Intelectual

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Síndrome constitucional con aumento de apetitoCorrea Gómez V¹, Tribaldos Garrido JJ², Pantoja de la Rosa L³¹ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Úbeda. Jaén² Médico de Familia. DCCU Úbeda. Jaén³ Médico de Familia. DS Nordeste de Jaén. Jaén**Ámbito del caso**

Atención Primaria y Endocrinología.

Motivo de la consulta

Pérdida de peso.

Historia Clínica

Mujer de 57 años refiere pérdida de 20 kg de peso con apetito conservado y astenia.

Enfoque individual: No alergias medicamentosas conocidas. Antecedentes de hipertensión, dislipemia, psoriasis y síndrome ansioso depresivo. En tratamiento con ramipril, atorvastatina, alprazolam y sertralina. Sin hábitos tóxicos. Acude por síndrome constitucional asociado a astenia de unos 6 meses de evolución. En los últimos días comienzo de náuseas, dolor abdominal y palpitaciones. En la exploración se palpa tiroides aumentado de tamaño. Abdomen globuloso con estrías, dolor difuso a la palpación, sin signos de peritonismo ni masas ni megalias. Auscultación con taquicardia rítmica. No edemas. Exploración neurológica normal.

Enfoque familiar y comunitario: Trabaja de limpiadora. Casada y con 3 hijos que ya viven fuera del domicilio familiar. Sin problemas importantes en el ámbito personal ni profesional.

Juicio clínico: Ante un síndrome constitucional se suele pensar en una causa neoplásica. Pero en esta paciente se asocia con aumento del apetito, entonces se pensará en causa endocrinológica, y en concreto en hipertiroidismo, que da lugar a un estado

hipercatabólico caracterizado por pérdida de peso con aumento de apetito.

Tratamiento, planes de actuación: Se prescribe metamizol y metoclopramida para el control de síntomas, además de propranolol 40 mg/dl. Se solicita analítica completa con perfil tiroideo y electrocardiograma (ECG).

Evolución: En analítica destaca tiroxina 7.8 pg/ml y tirotrópina 0.01 uU/ml (hipertiroidismo primario), Ca 13 mg/ml, prolactina 189.6 (está tomando alprazolam que justificaría valores elevados). ECG: taquicardia sinusal a 110 latidos por minutos. Se inicia tratamiento con tiamazol 30 mg/día y continuará con propranolol. Se deriva a Endocrinología solicitándole una ecografía tiroidea con bocio multinodular, inmunoglobulinas estimulantes del tiroides (TSI) elevadas y una gammagrafía tiroidea con hipercaptación difusa. Finalmente se diagnostica de enfermedad de Graves-Basedow.

Conclusiones

La enfermedad de Graves-Basedow es la causa más común de hipertiroidismo primario. Más frecuente en mujeres. Es una enfermedad autoinmune. Se debe intentar un control inicial de síntomas mediante tratamiento médico. Éste se irá reduciendo progresivamente conforme se vaya controlando la enfermedad. Si fracasa habrá que plantear el tratamiento quirúrgico o con radioyodo.

Palabras clave

Constitutional Síndrome, Graves-Basedow Disease, Hyperthyroidism

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Por favor, diga treinta y tresBaena Castro SM¹, García Pigne IM²¹ Médico de Familia. CS Torrox. Málaga² Médico de Familia. CS Vélez Málaga Norte. Málaga**Ámbito del caso**

Atención Primaria. Atención hospitalaria (urgencias).

Motivo de la consulta

Contractura muscular que no mejora.

Historia Clínica*Antecedentes personales:* Asma bronquial intermitente. No hábitos tóxicos. Resto sin interés clínico. Tratamiento habitual con Pulmicort y Terbasmin inhalados.*Enfoque individual. Anamnesis:* Mujer de 56 años que ha consultado en varias ocasiones por dolor costal derecho que aumenta con los movimientos y con la inspiración profunda, siendo catalogada siempre de dolor de origen muscular. También refiere cierta disnea de esfuerzo que no le impide realizar sus actividades diarias. Sensación distérmica no termometrada.*Exploración física:* Consciente y orientada. Eupneica en reposo. Normocoloreada. Temperatura: 37. 8°C. SatO₂: 94 %. Auscultación cardiopulmonar: Tonos cardíacos puros y rítmicos sin soplos. Hipoventilación en tercio inferior del hemitórax derecho con broncofonía y pectoriloquia. Resto sin alteraciones significativas.*Pruebas complementarias:* Radiografía de tórax: Condensación en base pulmonar derecha con derrame pleural encapsulado asociado. Análisis de sangre: Leucocitosis 15.600 con desviación izquierda (N 88%, L 10%). PCR 218 mg/L. Antigenuria negativa. TAC tórax: Derrame pleural encapsulado con múltiples loculaciones y tractos pleuroparenquimatosos.*Enfoque familiar y comunitario:* Núcleo familiar normofuncionante. Red social con alto apoyo emocional e interacción social positiva.*Juicio clínico:* neumonía grupo iv separ complicada con derrame pleural encapsulado.*Diagnóstico diferencial:* Bronquitis aguda. Tromboembolismo pulmonar. Neoplasia pulmonar.*Tratamiento, planes de actuación:* La paciente ingresa en planta de Neumología y se pauta tratamiento de soporte junto con doble antibioterapia empírica. Se realiza toracocentesis diagnóstico-terapéutica con extracción de 60 ml de líquido con aspecto de exudado, colocándose un tubo de drenaje torácico.*Evolución:* Durante su estancia hospitalaria la paciente ha presentado una evolución clínica favorable hacia la mejoría sintomática. Completará terapia antibiótica vía oral en domicilio y será citada para revisión y control radiológico.**Conclusiones**

Este caso clínico representa una muestra más de que la correcta anamnesis junto con una exploración física exhaustiva son fundamentales para llegar a un diagnóstico médico certero. Vivimos una época en la que las pruebas complementarias han tomado un papel principal cuando su función, como su propio nombre indica, es la de complementar la sospecha clínica inicial. Como dijo William Osler; "es mucho más importante saber qué tipo de paciente tiene una enfermedad, que qué clase de enfermedad tiene un paciente". Así debería ser.

Palabras clave

Pneumonia, Pleural effusion, Asthma

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Cervicalgia, a propósito de un caso

González Contero L, Sauco Colón I, Cubero Gómez CM

*Médico de Familia. Urgencias Hospital San Carlos. Cádiz***Ámbito del caso**

Urgencias hospitalarias.

Motivo de la consulta

Cervicalgia.

Historia Clínica

Varón de 80 años de edad con los siguientes.

Antecedentes personales: No RAM conocidas. Independiente para las ABVD. HTA. Diabetes mellitus tipo 2 con buen control, no afectación macro ni microangiopática. HBP. Osteoporosis. Intervenciones quirúrgicas: no refiere. Tratamiento domiciliario: Metformina 850 mg 1-0-1. Ramipril 2.5mg 1-0-0. Linagliptina 100 mg 1-0-0. Acude a Urgencias de Hospital San Carlos por Cervicalgia y contusión frontal, por la mañana, tras caída accidental en vía pública. No pérdida de conocimiento asociado.

Exploración física: TA 147/83 Saturación basal de O₂ 98% Frecuencia cardíaca 70lpm. Buen estado general. Consciente, orientado y colaborador. Normohidratado y normoperfundido. Eupneico en reposo. Neurológico: Glasgow 15/15, no focalidad neurológica aguda. Contusión y hematoma a nivel central frontal con intenso dolor en región occipitocervical. Contractura muscular laterocervical que limita la movilidad de la cabeza. No signos de afectación radicular. Se solicitan Radiografía Cervical y de cráneo. Se administra analgesia intramuscular. En la radiografía cervical se visualiza imagen sospechosa de fractura de apófisis odontoides, por lo que se solicita TAC Cervical. TAC Cervical: Fractura de base de apófisis odontoides. Se comenta el caso con

Neurocirugía de referencia que indica traslado para valoración y tratamiento si procede.

Enfoque individual: Paciente independiente para las actividades básicas de la vida diaria, buen control de su patología y de su medicación. Activo. Camina a diario entre 30-45 minutos.

Enfoque familiar y comunitario: Paciente natural de San Fernando (Cádiz), viudo, que vive solo, con buen apoyo familiar por sus hijos. Tiene 3 nietos que lo visitan a diario. Bajo nivel socio económico. Antiguo trabajador de Astilleros.

Juicio clínico: Fractura de base de apófisis odontoides.

Diagnósticos diferenciales: TCE. Hemorragia subaracnoidea. Contractura cervical.

Tratamiento: Collarín.

Plan de actuación: Revisiones de forma periódica por Servicio de Neurocirugía HUPM.

Evolución: Paciente actualmente asintomático. Dado de alta por Neurocirugía.

Conclusiones

La aplicabilidad de este caso a la Atención Primaria, es la necesidad de plantear de forma correcta los diferentes diagnósticos diferenciales ante una patología tan frecuente como la Cervicalgia.

Palabras clave

Pain, Cervical, Fractures

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Doctora, el ajo me sienta mal

González Contero L, Sauco Colón I, Cubero Gómez CM

Médico de Familia. Urgencias Hospital San Carlos. Cádiz

Ámbito del caso

Urgencias Hospitalarias.

Motivo de la consulta

Aftas en lengua.

Historia Clínica

Mujer de 64 años de edad con los siguientes antecedentes personales de interés: No alergias medicamentosas conocidas. Niega hábitos tóxicos. Dislipemia en tratamiento con Simvastatina 20 mg/24hr y dieta.

Acude por presentar molestias en lengua de un mes de evolución. Refiere que cada vez que come ajo, la molestia aumenta. Valorada en varias ocasiones por su Médico de Atención Primaria, que prescribe múltiples tratamiento sin mejoría alguna. Acude por empeoramiento de síntomas tras comida copiosa ayer. Afebril.

Exploración física: Paciente estable hemodinámicamente. Buen estado general. Consciente, orientada y colaboradora. No adenopatías laterocervicales palpables. Orofaringe anodina. En lengua se aprecia lesión compatible con afta oral en tercio anterior sin otros hallazgos. Se deriva a Dermatología para estudio. En consulta de Dermatología de solicita biopsia de la lesión ante la persistencia de la misma, detectándose Carcinoma de lengua en estadio inicial. Se deriva a ORL de zona de forma muy preferente para tratamiento conjunto.

Enfoque individual: Paciente con muy buena calidad de vida.

Enfoque familiar y comunitario: Cocinera de profesión. Casada y con 3 hijos. Buen nivel socioeconómico. Buen apoyo familiar. Vive en zona urbana céntrica.

Juicio clínico: Carcinoma de lengua.

Diagnóstico diferencial: Aftas, Micosis, liquen atípico.

Tratamiento, planes de actuación: Se trata con Exéresis de tercio anterior de la lengua con bordes libres por parte de ORL de zona. Preciso radioterapia neoadyuvante, 21 sesión.

Evolución: Actualmente libre de enfermedad con revisión periódicas anuales por parte de ORL de hospital de referencia.

Conclusiones

Recaltar la importancia de una correcta anamnesis así como una completa exploración física, reevaluación y seguimiento del paciente tras la instauración de tratamiento por parte de Atención Primaria.

Palabras clave

Tongue, Aphtha, Cancer

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Doctor tiene un aviso, un hombre con dolor en las piernasSantos Moyano MJ¹, Santos Moyano Z², Navarro Jiménez JM³¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Carranque. Málaga² Médico Internista. Hospital San Juan de la Cruz. Úbeda (Jaén)³ Médico de Familia. CS Carranque. Málaga**Ámbito del caso**

Atención Primaria y Urgencias.

Motivo de la consulta

Dolor agudo en miembro inferior derecho.

Historia Clínica

Varón de 87 años con antecedentes personales de diabetes mellitus tipo 2, adenocarcinoma de próstata tratado hace 10 años en remisión. Exfumador hace 4 años. En tratamiento actual con Metformina 850 mg cada 24 horas. Realizamos visita domiciliaria porque nos avisan por dolor en miembro inferior derecho desde esta mañana y dificultad para la deambulación. Decidimos acudir y no solucionarlo por teléfono y tras la exploración en domicilio es derivado al Servicio de Urgencias.

Enfoque individual: A la exploración, buen estado general, eupneico en reposo. Tensión arterial 120/60. Auscultación cardiopulmonar: tonos rítmicos, sin soplos, murmullo vesicular conservado sin ruidos patológicos. Miembros inferiores: Miembro derecho con cambio de coloración, a la palpación frío con respecto a contralateral, pulso femoral disminuido, pulsos poplíteo y pedio ausentes, movilización ausente, sin anquilosis ni dolor muscular. Se indica traslado a urgencias del hospital.

Enfoque familiar y comunitario: El paciente es viudo, dependiente para actividades básicas de la vida diaria, vive solo con ayuda de una cuidadora y su hijo lo visita de forma frecuente.

Juicio clínico: Isquemia aguda de miembro inferior derecho. Dentro de las causas de dolor agudo de miembro inferior, destacar la flebitis o tromboflebitis superficial que se manifiesta con induración dolorosa de una vena superficial varicosa con edema y enrojecimiento local de la piel, la trombosis venosa profunda (edema, dolor, signo de Homans, etc.), la rotura de un quiste de Baker, son quistes sinoviales formados por una evaginación de la bolsa común de los músculos gemelo interno y semimembranoso del compartimento posterior de la rodilla o con lesiones musculotendinosas y óseas.

Tratamiento, planes de actuación: En el hospital se realiza embolectomía de urgencia.

Evolución: Tras tratamiento, se produce disminución del dolor, recuperación de pulsos periféricos y recuperación y mejoría progresiva de la movilidad.

Conclusiones

La importancia de la atención domiciliaria en Atención Primaria y la importancia de una rápida valoración del paciente por el médico versus la consulta telefónica (que habría podido hacer perder un tiempo valioso para salvar el miembro).

Palabras clave

Remote Consultation, Sharp pain, Ischemia

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Doctor he venido por unas manchas y me manda al hospital de urgenciaSantos Moyano MJ¹, Vázquez Mancilla E², Navarro Jiménez JM³¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Carranque. Málaga² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Las Delicias. Málaga³ Médico de Familia. CS Carranque. Málaga**Ámbito del caso**

Atención Primaria y Urgencias.

Motivo de la consulta

Lesiones cutáneas.

Historia Clínica

Paciente de 83 años, con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 y síndrome depresivo.

Acude hace dos días al Servicio de Urgencias por cuadro de disnea a moderados esfuerzos de tres semanas de evolución, no dolor torácico, no palpitaciones, niega ortopnea, refiere buena diuresis y aumento del diámetro de extremidades inferiores. Dada de alta con juicio clínico de insuficiencia cardíaca aguda y tratamiento con furosemida. Acude al día siguiente a nuestra consulta, por una erupción cutánea inespecífica, se objetiva a la auscultación cardíaca una bradicardia y en el electrocardiograma puede verse un ritmo sinusal con bloqueo auriculoventricular (AV) de alto grado, con QRS estrecho a 45 lpm, por lo que se deriva a Urgencias, aunque la mujer lo rechaza.

Enfoque individual: Consciente, orientada y colaboradora, TA 145/90. Frecuencia cardíaca 50lpm. Auscultación cardiopulmonar: bradicardia, tonos rítmicos, sin soplos, roncus bibasales. Miembros inferiores: edemas peri maleolares con fóvea. Analítica de sangre: sin alteraciones significativas. Radiografía de tórax: leve derrame bilateral de predominio izquierdo.

Enfoque familiar y comunitario: La mujer vivía con su hijo, dependiente, por lo que se negaba a

ir a Urgencias, dejándolo solo, tras explicarle su situación pactamos con ella que acudiera un familiar y ella pudiera ir, pero que no lo demorase.

Juicio clínico: Bloqueo AV de tercer grado.

El diagnóstico diferencial de las bradicardias sinusales debe hacerse con el paro sinusal, el ritmo de escape, con la disfunción del nodo sinusal o enfermedad del seno, con la toma de determinados medicamentos (betabloqueantes, opiáceos) o con los bloqueos auriculoventriculares, que pueden clasificarse en varios subtipos. En pacientes sanos puede deberse a una respuesta adaptativa.

Tratamiento, planes de actuación: Colocación de marcapasos.

Evolución: Las lesiones desaparecieron, debiéndose probablemente a la toma de furosemida. Tras la colocación de marcapasos la mujer mejoró del fallo cardíaco y fue dada de alta con revisiones periódicas por Cardiología.

Conclusiones

En este caso la coincidencia de la simultaneidad de varios cuadros clínicos nos facilitó el diagnóstico posterior, del cual la paciente no había dado clínica ninguna. En una consulta no hay que olvidarse de la exploración completa al paciente,

Palabras clave

Dyspnea, Bradycardia, Pacemaker Artificial

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Disnea de esfuerzo y tos. Un caso de estenosis traqueal idiopáticaGonzález Begines V¹, Luque Escalante ML², Gómez Rodríguez P³¹ Médico de Familia. UGC Sevilla Sur. Lebrija (Sevilla)² Médico de Familia. UGC Los Alcores. Sevilla³ Médico de Familia. UGC Sevilla Sur. Morón (Sevilla)**Ámbito del caso**

CS.

Motivo de la consulta

Disnea de esfuerzo y tos.

Historia Clínica

Mujer de 71 años de edad. *Antecedentes personales:* HTA, dislipemia y glaucoma. Intervenciones quirúrgicas: hernia de hiato, hernia discal y prótesis de rodilla izquierda. Tratamiento actual: losartán 50 mg, simvastatina 20 mg y travoprost. Consulta por disnea de esfuerzo y tos de dos meses de evolución. En ocasiones sibilantes audibles a nivel de vía aérea superior. Niega nicturia, edemas o DNP. Niega fiebre, expectoración y pérdida de peso. Disnea grado 1 escala MRC.

Enfoque individual: Eupneica, saturando al 98 %. No cianosis ni acropaquias. Ligerero estridor inspiratorio. Sibilantes en hemitórax derecho en todo ciclo respiratorio. Resto de exploración anodina. Estudio analítico dentro de la normalidad. Radiografía de tórax: lobulaciones diafragmáticas en hemitórax derecho. Espirometría: patrón obstructivo de grado leve-moderado con test broncodilatador positivo. Tras el uso de broncodilatadores sin objetivarse mejoría, es derivada a consulta de neumología, precisando interconsulta con ORL que realiza laringoscopia urgente (estenosis subglótica). Por tanto, se amplía estudio con TAC de cuello-tórax y broncoscopia, que confirmaban la sospecha. En la broncoscopia se observa estenosis concéntrica a dos cm de las cuerdas vocales, diámetro libre de 1.2 cm. Tras la

estenosis se visualiza una tráquea de aspecto normal, que se colapsa con los movimientos respiratorios.

Enfoque familiar y comunitario: Estudio de su ámbito familiar y apoyo social.

Juicio clínico: Ante la clínica de disnea de esfuerzo y patrón ventilatorio obstructivo leve-moderado con test broncodilatador positivo se planteó una primera sospecha clínica de asma bronquial. Entre otras posibilidades diagnósticas estaban una disfunción de cuerdas vocales y una estenosis traqueal, debido a la presencia de estridor inspiratorio a nivel de vía aérea superior y la escasa respuesta a broncodilatadores. Tras exploración de la vía aérea superior se concluyó que se trataba de un cuadro de estenosis traqueal benigna.

Tratamiento, planes de actuación: Dado que no existe compromiso respiratorio no precisa de medidas ventilatorias, se deriva a cirugía torácica para valorar opciones quirúrgicas.

Evolución: La paciente fue intervenida de estenosis laringo-traqueal programada, con evolución satisfactoria.

Conclusiones

La importancia del caso radica en el enfoque multidisciplinar de diferentes niveles asistenciales: Médico de Familia, neumólogo, ORL y cirugía torácica.

Palabras clave

Tracheal Stenosis, Comprehensive Health Care

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Obstrucción intestinal aguda en urgencias. Neoplasia rectoRamírez Sánchez AC¹, Nieto Pérez I², López Coto MA³¹ CS Cartaya. Huelva² MIR 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Isla Chica. Huelva³ MIR 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Torrejón. Huelva**Ámbito del caso**

Servicio de urgencias hospital Infanta Elena (Huelva), atención Primaria CS Cartaya (Huelva).

Motivo de la consulta

Varón de 52 años que tras ser la primera vez que acude a su Médico de Atención Primaria, es derivado por el mismo al Servicio de Urgencias por cuadro de dolor abdominal, estreñimiento, vómitos desde hacía 3 días y pérdida de peso de peso de 7 kilos desde hace un mes.

Historia Clínica

Antecedentes personales: no alergia a medicamentos, no patología de interés. Fumador y bebedor severo.

Enfoque individual: Exploración en urgencias se evidencia abdomen globuloso, doloroso a la palpación en epigastrio e hipocondrio derecho, además de disminución de ruidos intestinales. Tacto rectal fecaloma, no lesiones ocupantes de espacio. Pruebas analíticas normales, en la radiografía de abdomen se objetivan niveles hidroaéreos, se consulta desde urgencias con Cirujano de guardia siendo realizado un TAC abdominal compatible con Neoplasia estenosante de recto. Ingresa para cirugía urgente.

Enfoque familiar y comunitario: Sin antecedentes familiares ni comunitarios de interés.

Juicio clínico: obstrucción intestinal neoplasia maligna de recto.

Diagnóstico diferencial: ileo biliar, sepsis intra abdominal, pseuobstrucción intestinal sd Ogilvie.

Tratamiento, planes de actuación: resección anterior de recto, ileostomía temporal.

Evolución: El paciente ha evolucionado favorablemente. A día de hoy el paciente está pendiente de seguimiento por parte de Oncología y revisiones por servicio de Cirugía General.

Conclusiones

La obstrucción intestinal consiste en la detención completa y persistente del contenido intestinal en algún punto del tubo digestivo. Desde el punto de vista clínico, los cuatro síntomas cardinales del íleo son: Dolor, distensión abdominal, vómitos y ausencia de emisión de gases y heces. No existen datos específicos de obstrucción intestinal analíticos. En la exploración radiológica, suelen descubrirse la aparición de niveles hidroaéreos en la placa en bipedestación, producido por el acúmulo de gas y líquido en asas distendidas. En la mayoría de los casos, el tratamiento de la obstrucción intestinal es quirúrgico. El papel del Médico de Familia es imprescindible en la derivación a urgencias con una exploración completa y una buena historia clínica. Tres **Palabras clave** obstrucción /neoplasia /recto.

Palabras clave

Obstrucción, Recto, Neoplasia, Urgencias

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Soledad en el ancianoLuna Pereira M¹, Pazos Pazos N², Mellado Prenda C³¹ Médico de Familia. CS Molino de la Vega. Huelva² Médico de Familia. CS Gibraleón. Huelva³ Médico de Familia. CS Adoratrices. Huelva**Ámbito del caso**

Urgencias.

Motivo de la consulta

Empeoramiento del estado general.

Historia Clínica

Acude a Urgencias hospitalarias un anciano de 83 años sin acompañantes, derivado de su CS por empeoramiento global del estado general.

Nos encontramos a un paciente viudo, padre de 3 hijos, hipertenso y diabético tipo II de larga data con mal control. Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica moderada y tabaquismo activo. Arteriopatía diabética. Vive solo en su domicilio conyugal, sin apoyo familiar ni social. Dependiente para algunas de las actividades básicas de la vida diaria. No sale a la calle. Barthel de 35 puntos (dependencia severa). Refiere debilidad, astenia, anorexia y dolores generalizados, más intensos en los miembros inferiores, así como ansiedad e insomnio global. En la exploración física destaca un regular estado general, deshidratación leve, caquexia, mala higiene personal e hipotimia y tendencia al llanto.

La exploración por aparatos resultó anodina, salvo úlceras distales sobreinfectadas. Tras pruebas analíticas y radiológicas: piuria y signos indirectos de desnutrición.

Enfoque individual: Tras ser atendido, objetivamos un grave problema social de abandono en la vejez, cada vez más frecuente en nuestra sociedad y que desde los servicios Sanitarios Hospitalarios y Extrahospitalarios se pueden combatir y solucionar.

Enfoque familiar y comunitario: Los factores que pueden condicionar esta situación de soledad familiar, conyugal y social pueden ser: Ausencia de relaciones personales satisfactorias. Bajo nivel económico y sociocultural. Deterioro físico y psicológico. Enfermedades crónicas.

Juicio clínico: Ansiedad reactiva a situación de soledad. Infección urinaria.

Tratamiento, planes de actuación: A través de la enfermera gestora de casos y de la trabajadora social del CS del paciente, se tramitó la Ley de Dependencia y se gestionó una plaza en una residencia asistida donde nuestro paciente estuviese atendido y cuidado.

Evolución: Actualmente, el paciente vive en una residencia donde tras estabilizarse, ha recuperado algunas funciones físicas perdidas por su situación de abandono anterior.

Conclusiones

La situación descrita no es un caso aislado. Es frecuente encontrarse con este tipo de problemas sociales que hay que identificar desde urgencias para poder intervenir y solucionarlos en coordinación con su CS de referencia. No podemos limitar la asistencia a enfermedades; hay muchos ámbitos en los que trabajar para mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes.

Palabras clave

Dependent personality, Frail elderly, Loneliness

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Tengo una "cuerda" en la barrigaCuenca del Moral R¹, Martín Márquez EC², Rodríguez Ruiz R³¹ Médico de Familia. CS Albarizas. Marbella (Málaga)² MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Marbella. UD de MFyC. Málaga³ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Marbella. UD de MFyC. Málaga**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

Motivo de la consulta

Lesión tóraco abdominal.

Historia Clínica

Paciente varón de 48 años que acude por presentar la aparición de una "cuerda en el abdomen" que va "creciendo" desde hace días.

Enfoque individual. Antecedente personal de rinitis alérgica estacional. Tratamiento con Loratadina 10 mg diarios si síntomas. Acude por presentar la aparición de una "cuerda en el abdomen" que va "creciendo" desde hace días. No fiebre no síndrome constitucional. No dolor ni picor de lesión. No traumatismo previo.

A la *exploración* presenta lesión en región anterolateral izquierda que se extiende desde tórax a nivel inframamario hasta epigastrio en forma de cordón palpable indurado de unos 10 cm de longitud con eritema leve de piel en dicho recorrido (Aportamos foto. Consentimiento del paciente). Piercing en pezón de mama izquierda que refiere lleva desde hace más de 10 años sin manipulación reciente. No dolor a palpación. Mama palpación normal sin lesiones. Piercing normo posicionado sin signos inflamatorios ni infecciosos. No adenopatías. Se solicita ecografía preferente de tórax y abdomen donde

se objetiva tromboflebitis parcialmente recanalizada de pared tóraco abdominal. No se evidencian lesiones en mama izquierda

Enfoque familiar y comunitario: Familia en extensión completa (casado con dos hijas adolescentes).

Juicio clínico: El diagnóstico de esta patología es eminentemente clínico: Tromboflebitis superficial de la pared torácica (enfermedad de Mondor idiopática).

Diagnóstico diferencial: con linfangitis y herpes Zoster.

Tratamiento, planes de actuación: Tratamiento sintomático (en este caso no precisa).

Evolución: Paciente acude por **Resultados** asintomático con resolución del cuadro.

Conclusiones

La enfermedad de Mondor es un cuadro benigno poco frecuente que consiste en una tromboflebitis superficial del tórax, la vena torácica lateral o toracoepigástrica, que puede extenderse hacia la pared abdominal. Puede verse asociada a cáncer de mama.

Palabras clave

Thrombophlebitis, Thorax

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Tratamiento de la hiponatremia en urgencias

Sánchez Ruiz Y

*MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Vélez-norte. Málaga***Ámbito del caso**

Atención hospitalaria (urgencias).

Motivo de la consulta

Astenia generalizada.

Historia Clínica

Presenta cuadro de evolución larvada desde septiembre, cuando empieza con astenia generalizada muy intensa, náuseas de predominio matutino con vómitos esporádicos y mal estar generalizado. A lo largo del día la paciente mejora progresivamente hasta encontrarse mejor por las noches, con mayor fuerza y posibilidad de hacer cosas. A lo largo de este tiempo se ha detectado en varias ocasiones en urgencias y en el CS episodios de hiponatremia resistentes a tratamiento junto con hipotensión.

Enfoque individual: Edad: 47 años sin antecedentes de interés.

Exploración física: color terroso muy marcado. TA: 89/49, afebril, FC 89lpm. Neurológico: normal.

Resto de la exploración normal. Analítica de sangre: Bioquímica: Glucosa 90, Cr: 0.77, Na: 115, K: 5.3, amilasa 127 y Osm 235. Analítica de orina: leucocitos 25, Na: 94, K: 13.2, Osm 214. Gasometría venosa: pH 7.29, HCO₃: 25, aBE: -2. Ecografía abdominal normal. Test de embarazo negativo.

Enfoque familiar y comunitario: La familia refiere encontrar a la paciente muy decaída y que desde hace un tiempo su piel es más oscura a pesar de que la paciente no toma el sol.

Juicio clínico: Hiponatremia grave causada por una adenitis autoinmune.

Diagnóstico diferencial: La hiponatremia grave puede estar causada por las siguientes patologías por lo que habrá que hacer un diagnóstico diferencial con: SIADH. Hipotiroidismo. Insuficiencia renal. Tiazidas. Síndrome pierde sal. Déficit de aldosterona. Vómitos, diarreas, quemaduras o tercer espacio. Insuficiencia cardíaca, cirrosis hepática o síndrome nefrótico.

Tratamiento, planes de actuación: El objetivo es tratar la hipotensión y la reversión de las alteraciones hidroelectrolíticas y del déficit de cortisol. Mujer de 47 años y 50 kg con un Nap de 115 mEq/L sin convulsiones. 1. Solución hipertónica al 3%. 2. Cálculo del incremento de sodio = $(513 - 115) / [(50 \times 0.5) + 1] = 15 \text{ mEq/L}$. (Por cada litro de la solución administrada aumentará Nap aproximadamente en 15 mEq/L). 3. Cálculo del volumen a administrar de la solución salina = $1.5 \times 1000 / 15 = 100 \text{ ml}$. (Para incrementar 1.5 mEq/L el Nap en 3 horas, se deben perfundir 100 ml de la solución en 3 horas).

Evolución: La paciente pasa 24 horas en observación. TA en torno 95/50; FC 90lpm, SatO₂ 95% y manteniendo diuresis. Tras 12 horas en tratamiento con SS hipertónico persiste Na bajo (117). TSH 5.36 y cortisol 2.7

Conclusiones

Si detectamos cifras de hiponatremia grave en una analítica de sangre habrá que buscar siempre la causa para poder corregirla.

Palabras clave

Adrenal, Insufficiencyand Hyponatremia

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Este niño se porta mal en claseLuna Pereira M¹, Pazos Pazos N², Mellado Prenda C³¹ Médico de Familia. CS Molino de la Vega. Huelva² Médico de Familia. CS Gibraleón. Huelva³ Médico de Familia. CS Adoratrices. Huelva**Ámbito del caso**

Pediatría en Atención Primaria.

Motivo de la consulta

Acude a consulta una familia derivada por la trabajadora social del centro educativo donde estudia el paciente, por posible Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH).

Historia Clínica

Su familia refiere mal rendimiento escolar, expulsión del centro educativo y quejas de maestros y compañeros por mal comportamiento.

Enfoque individual: Varón de 10 años, sin antecedentes de interés salvo enuresis nocturna desde los 5 años. La familia describe al paciente como una persona a la que le cuesta escuchar, seguir órdenes e instrucciones, suele perder objetos, se distrae con facilidad sin concluir tareas, así como dificultad para seguir las normas.

Enfoque familiar y comunitario: Hijo de padres separados. Convive con su madre y abuela en el domicilio de ésta. Relatan conflictos en el ámbito familiar y social que han repercutido en nuestro paciente.

Juicio clínico: Desde nuestra consulta se procede a realizar el test EDAAH, para el diagnóstico de TDAH, superando el paciente globalmente el punto de corte y estableciéndose así el posible diagnóstico de TDAH. Coincidiendo con los criterios diagnósticos de la DSM - V y cumpliendo 7 criterios diagnósticos, se diagnostica de TDAH tipo Inatento.

Tratamiento, planes de actuación: Se deriva a la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil donde inician tratamiento con Metilfenidato de liberación inmediata 5 mg. en la mañana y tras alcanzar dosis óptima de tratamiento cambian liberación modificada a dosis de 30 mg. al día. Además de la terapia farmacológica, se pautó tratamiento cognitivo-conductual y tratamiento psicoeducativo a sus padres y familiares.

Evolución: Gracias a la asociación del tratamiento psicológico, farmacológico y psicopedagógico, se consiguió los objetivos deseados, obteniéndose buenos resultados académicos y una correcta funcionalidad sociofamiliar. Todo ello permitió la integración del paciente a nivel escolar, familiar y social, asegurando la normalización de su día a día.

Conclusiones

El TDAH es un trastorno muy prevalente, de carácter neurobiológico originado en la infancia. La falta de formación e información sobre el TDAH tiene consecuencias devastadoras para los pacientes y familiares, que sufren el estigma de padecer esta enfermedad. Gracias a un equipo multidisciplinar, con un planteamiento conjunto entre psicólogos, psiquiatras, Atención Primaria y trabajadores de los centros educativos, se pueden lograr resultados muy favorables.

Palabras clave

Attention Deficit Disorder with Hyperactivity, Drug Therapy, Interdisciplinary Communication

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Algo más que una amigdalitisGarcía Pigne IM¹, Baena Castro SM²¹ Médico de Familia. CS Vélez Málaga Norte. Málaga² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Torrox. Málaga**Ámbito del caso**

Atención hospitalaria. Urgencias.

Motivo de la consulta

Odinofagia y fiebre de 24 horas de evolución.

Historia Clínica

Mujer de 46 años. No alergias medicamentosas conocidas. HTA desde hace dos años en tratamiento con valsartán/ amlodipino/ Hidroclorotiazida. No hábitos tóxicos.

Enfoque individual. Anamnesis: acude por odinofagia y fiebre de hasta 39°C de 24 horas de evolución. Un vómito alimenticio aislado. Malestar general. En el CS pautan amoxicilina por amigdalitis. Acude para descartar mononucleosis.

Exploración física: buen estado general. Bien hidratada y perfundida. Palidez cutánea. Eupneica. Afebril. Voz gangosa. Faringe hiperémica con hipertrofia amigdalar y mínimo exudado purulento. Adenopatías laterocervicales < 1cm no dolorosas. Auscultación cardiopulmonar: latidos rítmicos sin soplos. Murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. Abdomen blando, depresible, no doloroso, sin masas ni megalias. No adenopatías axilares. Mínima adenopatía inguinal izquierda.

Pruebas complementarias: Analítica sanguínea: HB 9.3, leucocitos 66820, neutrófilos 29000, linfocitos 20700, monocitos 16240, plaquetas 76000. PCR 83.1. Coagulación normal. Radiografía tórax: ICT normal. Sin pinzamientos de senos costofrénicos. No condensaciones ni derrames. Test rápido estreptococo positivo. Serología Paul- Bunnell, CMV y Epstein Barr negativo. Hemocultivo negativo. Frotis sanguíneo: 55% de células

blásticas con núcleo prominente y displasias en las tres series hematopoyéticas. Compatible con leucemia aguda.

Enfoque familiar y comunitario: Padre con diagnóstico de Linfoma no Hodgkin hace 6 años tratado con quimioterapia. Hijos afectos de escarlatina actualmente.

Juicio clínico: Leucemia linfoblástica aguda B.

Tratamiento, planes de actuación: La paciente es trasladada al Servicio de Hematología de su hospital de referencia para filiación y tratamiento de la leucemia. Se ingresa en planta con inicio de tratamiento quimioterápico en fase de inducción según protocolo Pethema LLA.

Evolución: Durante su estancia hospitalaria la paciente se ha mantenido estable con buena evolución clínica. Tras un mes se procede al alta con análisis de médula ósea en remisión completa citológica de leucemia linfoblástica aguda. Debe continuar con tratamiento domiciliario y acudir para revisión en consulta de hematología.

Conclusiones

La leucemia linfoblástica aguda es más frecuente en niños aunque también se da en adultos en los que el pronóstico no es tan favorable. La clínica viene dada por las citopenias (anemia, infecciones, hemorragias) y por la infiltración tisular de los blastos (organomegalias). El principal factor pronóstico es la respuesta al tratamiento quimioterápico.

Palabras clave

Dysphagia, Pancytopenia, Lymphoid Leukemia

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Trombosis venosa profunda. Factores de riesgo: tabaco, anticonceptivos oralesNieto Pérez I¹, Ramírez Sánchez AC², Gómez Torres J¹¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Isla Chica. Huelva² CS Cartaya. Huelva**Ámbito del caso**

Urgencias hospitalarias.

Motivo de la consulta

Mujer de 23 años que presenta dolor intenso en zona poplíteica izquierda con aparición de hematoma ipsilateral mientras estaba practicando deporte. Es tratada con reposo y analgesia domiciliaria con mejoría sintomática. En las últimas 48 horas ha notado aumento del tamaño del referido miembro junto a dolor.

Historia Clínica

No alergias medicamentosas conocidas.

Antecedentes personales: trastorno alimentario en seguimiento por Unidad de Salud Mental (USM) Fumadora de 15 cigarrillos/ día desde hace 5 años.

Enfoque individual: Destaca preocupación excesiva por el aspecto de su pierna.

Exploración: Edema sin fovea hasta raíz de muslo de miembro inferior izquierdo (MII) con hematoma en resolución en cara lateral del mismo, empastamiento, aumento de temperatura y eritema. Signo de Homans positivo. Pulsos conservados. Resto de exploración anodina. Se realiza analítica y Ecografía doppler de MII con resultado de Dímero D elevado y signos de trombosis venosa profunda del eje fémoro-Poplíteo izquierdo.

Enfoque familiar y comunitario: Sin antecedentes familiares de interés.

Juicio clínico: Trombosis Venosa Profunda (TVP).

Diagnóstico diferencial: Celulitis, Contusión muscular, Quiste poplíteo roto, Alteración de la coagulabilidad. Tromboflebitis.

Tratamiento, planes de actuación: Abandono tabaco. Cambio de método anticonceptivo. Anticoagulación temporal.

Evolución: La paciente evoluciona favorablemente. Se amplía estudio con pruebas de imagen (ecografía abdominal, estudio de trombofilia, ecocardiograma) descartándose causas orgánicas de TVP.

Conclusiones

La TVP se define como una obliteración, total o parcial, del sistema venoso profundo de una extremidad. La localización más habitual son las venas del sistema profundo de los miembros inferiores, fundamentalmente las poplíteas y la femoral. Entre los factores de riesgo destacan; infarto agudo de miocardio, ingesta de anticonceptivos u otros tratamientos hormonales, insuficiencia venosa crónica, edad superior a 40 años, estados de hipercoagulabilidad, neoplasia, accidente cerebrovascular, parto y puerperio, antecedentes de TVP o TEP, cirugía e inmovilización prolongada. El tratamiento consiste en anticoagulación. Es importante informar sobre los posibles efectos secundarios de la anticoncepción hormonal. Aunque actualmente el riesgo de TVP es bajo gracias a las nuevas y mejores combinaciones de anticonceptivos orales, hay estudios que demuestran que el tabaco y el IMC son factores determinantes en su aparición. Dentro del amplio efecto nocivo del tabaco, cabe destacar su implicación favoreciendo estados pro-trombóticos. Además la probabilidad de TVP en usuarias de anticonceptivos es mayor durante el primer año, al reiniciar el uso tras una interrupción de al menos 4 semanas y en mujeres que presentan factores de riesgo añadidos, como en nuestro caso el tabaco. La mejor manera de evitar estos efectos es elaborar una buena historia clínica para aportar un asesoramiento anticonceptivo adecuado. El objetivo es detectar e intentar modificar factores de riesgo cardiovascular que pudiesen incrementar los efectos secundarios de los anticonceptivos orales.

Palabras clave

Trombosis, Riesgo, Tabaco, Anticonceptivos

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Control de dolor en paciente oncológico y su ámbito familiarRodrigo Moreno E¹, Florencio Sayago M¹, López Urbano MJ²¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Mar de Alborán (Pino Montano B). Sevilla² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Ronda Histórica. Sevilla**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

Motivo de la consulta

Paciente oncológico con dolor no controlado. Acude su familiar a consulta para solicitar ayuda.

Historia Clínica

Paciente oncológico en tratamiento con opioides y adyuvantes sin control de dolor. Su mujer (principal cuidador y comunicador) nos expresa su estado ansioso por la enfermedad. Situación paliativa. Pacto de silencio. El paciente pide su deseo expreso (tras experiencia previa por familiar) que si tiene alguna enfermedad no desea conocer su diagnóstico ni pronóstico.

Enfoque individual: 66 años con AP: HTA, Carcinoma broncogénico no microcítico IV, deterioro cognitivo secundario a alcohol, EPOC. Fumador activo 50p/a y exalcohólico. Regular estado general (afectado por dolor), consciente, no orientado en tiempo. Caquético. Test Pfeiffer 4 errores. Dependiente ABDV. Saturación basal O₂ 94% sin aportes. AC: Rítmico. AR: Disminución murmullo vesicular. Abdomen normal. No edemas.

Enfoque familiar y comunitario: Vive con su mujer (principal cuidadora) con Sd. ansioso-depresivo, es con la que contactamos y acordamos tratamiento. Tiene 4 hijos que ayudan aunque no conviven. Nivel socio-cultural y económico bajo

Juicio clínico: Carcinoma Broncogénico grado IV. Dolor oncológico. Posible claudicación familiar. Problema Social

Tratamiento, planes de actuación: Visitas domiciliarias para valorar paciente. Se interconsulta con Trabajadora Social para mejorar estado económico y solicitar ayudas sociales. Se aumenta progresivamente dosis de Oxycodona / Naloxona y se añade Acetato de Megestrol. Se cita a la mujer en consulta para valorar su estado anímico.

Evolución: Mala evolución de dolor, se plantea rotación de opioides según tablas de conversión. De Oxycodona 40 mg /Naloxona 20 mg /12 horas y 10 mg /5mg cada 12 horas. Además de Rescates con Fentanilo 200 mg inhalado y adyuvantes. Se inicia tratamiento con Metadona 30 mg / 24 horas. Se visita de nuevo y continúa sin cambios. Revisamos tratamiento y además de Metadona continua por error con Oxycodona/Naloxona. Aumentamos Metadona a 50 mg / 24horas y aseguramos cesar tratamiento con Oxycodona. En siguiente visita mejora de dolor usando solo 1 rescate con Fentanilo. Se prestan ayudas sociales. Mejor estado anímico de la familia.

Conclusiones

Como médicos de familia debemos abarcar no solo la situación clínica del paciente sino, su ámbito social, que influye en gran medida en la calidad de vida del paciente y control de sintomatología. Es primario evitar la claudicación del cuidador para conseguir nuestros **Objetivos**

Palabras clave

Palliative Patient Pain

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Efecto cardiovascular de drogas estimulantes: cocaína y poppers

De Juan Roldán JI, Rodríguez Escobar J, López Muñoz MM

*Médico de Familia. CS Palma-Palmilla. Málaga***Ámbito del caso**

Atención hospitalaria (urgencias).

Motivo de la consulta

Disminución del nivel de consciencia y palpitaciones.

Historia Clínica

Paciente trasladado por O61 tras aviso por ingesta de alcohol y otras sustancias y disminución del nivel de consciencia en una discoteca. Un amigo refiere que repentinamente ha comenzado con obnubilación hasta caer al suelo sin responder a estímulos. A la llegada de ambulancia Glasgow 7 (O1V2M4). A la llegada al hospital Glasgow 15. Refiere haber tomado alcohol, cocaína y poppers. Clínica de palpitaciones durante la noche, que persisten en área de observación.

Enfoque individual: Varón de 28 años. Actualmente en paro. No tabaquismo. Consumo de alcohol y cocaína los fines de semana. En ocasiones éxtasis líquido y poppers. Sin otros antecedentes.

Exploración física: buen estado general, consciente y orientado, TA 182/100mmHg. Afebril.

Auscultación cardiorrespiratoria sin alteraciones. Abdomen blando y depresible, no doloroso a la palpación. Neurológico: pupilas midriáticas reactivas, sin focalidad de pares craneales ni otras vías sensitivo-motoras.

Pruebas complementarias: Radiografía de tórax sin alteraciones. Analítica de sangre sin alteraciones; orina: cocaína positivo. Electrocardiograma: taquicardia supraventricular irregular tipo fibrilación auricular a 130lpm con rachas en ritmo sinusal

y abundantes extrasístoles supraventriculares. CHADVASC: o.

Enfoque familiar y comunitario: Vive con ambos padres, tío materno y hermana menor (familia nuclear ampliada con parientes). Relación familiar muy conflictiva. Su adicción a sustancias ha hecho que su padre haya contactado con Centro de Encuentro y Acogida (CEA) para la atención a los problemas con las drogas a través de la trabajadora social de su CS. El paciente se niega participar en dicho programa.

Juicio clínico: Fibrilación auricular.

Tratamiento, planes de actuación: Tras administración de betabloqueantes persiste fibrilación auricular a 80lpm. Clínicamente asintomático. Se procede a alta con bisoprolol 2,5mg/24h, electrocardiograma de control a las dos semanas y recomendación de abstinencia total de sustancias. Sin indicación de anticoagulación. Si persistencia de fibrilación auricular, derivación a cardiología.

Evolución: Electrocardiograma a las dos semanas: ritmo sinusal a 70lpm. Seguimiento por su médico de familia.

Conclusiones

El interés de este caso radica en el efecto que puede producir la combinación de drogas estimulantes: la cocaína y su conocido efecto arritmogénico, junto con otras, entre las que destacan los poppers (nitritos de amilo, butilo o isobutilo), empleados por su efecto como desinhibidor sexual.

Palabras clave

Arrhythmias, Cardiac, Cocaine-Related Disorders, Atrial Fibrillation

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Dolor abdominal relacionado con parasitosisPérez Pérez AB¹, Vílchez Jaimez M², Mostazo Torres J³¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Roque. Cádiz² Médico de Familia. CS Tarifa. Cádiz³ Aparato Digestivo. Hospital La Línea de la Concepción. Cádiz**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

Motivo de la consulta

Dolor abdominal y restos blanquecinos en heces.

Historia Clínica

Mujer de 56 años. Vive en una casa en el campo. Tiene 3 perros. HTA no tratada. Acude a urgencias por dolor abdominal difuso de semanas de evolución, además refiere prurito anal desde hace días. Refiere pérdida de peso unos 3-4 kg en el último mes. Solicitamos analítica general, pautamos crema analgésica rectal. A los 3 días acude por que persisten las molestias y el prurito. Analítica se evidencia ligera eosinofilia leve. Nos comenta que observando mejor las heces presenta como escamas blanquecinas en heces. Solicitamos parásitos en heces x 3, e iniciamos tratamiento con Mebendazol. Tras 3 días de tratamiento refiere que en una deposición presenta una especie de "espaqueti" blanquecino y plano, sugerente de tenia. A los 3 días recibimos resultado de parásitos donde nos indican que se observa huevos de taenia. Tras finalizar el tratamiento la paciente presenta mejoría clínica total.

Enfoque individual: Vive sola en una casa en el campo.

Enfoque familiar y comunitario: Separada.

Juicio clínico: Teniasis.

Diagnóstico diferencial con otras parasitosis.

Tratamiento, planes de actuación: Mebendazol

Evolución: Tras el tratamiento mejora totalmente.

Conclusiones

En Europa, la infección por cestodos era endémica en el pasado, pero el ciclo natural del parásito actualmente se completa muy raramente, debido a la introducción de los controles de la carne, la mejora de la ganadería porcina, de la higiene, de las condiciones socioeconómicas y de la educación de los consumidores. Los casos importados han ido en aumento las últimas dos décadas, coincidiendo con el periodo en que la inmigración procedente de países con pocos recursos. En España donde se documentan las cifras más altas de casos importados de cisticercosis, seguramente debido a que nuestro país alberga a una gran cantidad de inmigrantes de Latinoamérica, más que el resto de Europa, aunque los casos de teniasis autóctonas en España son muy infrecuentes. Con adecuado control por veterinarios se puede controlar la importación de cisticercos. La creciente tendencia a producir carne de cerdo orgánica a partir de cerdos criados en libertad podría aumentar el riesgo de transmisión de *T. solium*, y podría ser una razón para preocuparnos por el control de la cisticercosis en Europa.

Palabras clave

Teniasis, Parasitosis, Mebendazol

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Diagnóstico de TEP en un paciente con depresiónMatamoros Contreras N¹, Valenzuela Cortés M², Márquez Martínez A³¹ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC La Merced. Cádiz² MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Loreto-Puntales. Cádiz³ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Cayetano Roldán. San Fernando (Cádiz)**Ámbito del caso**

Urgencias.

Motivo de la consulta

Disnea y ansiedad.

Historia Clínica

Varón 39 años, acude a urgencias por episodio de disnea brusca hace dos días que se autolimita. En el día de ayer nuevo episodio, esta vez al intentar salir a correr. No fiebre ni cuadro catarral previo. No dolor torácico ni otra sintomatología acompañante. Comenta que debido a un problema familiar ha estado viviendo prácticamente encamado las semanas anteriores, con empeoramiento de su síndrome ansioso, astenia y anorexia. Además se ha administrado por su cuenta una sobredosis de testosterona en el mes anterior. *Exploración:* Buen estado general, eupneico en reposo, ánimo ansioso. SpO₂ 89-90% basal. A la auscultación tonos rítmicos, sin soplos; murmullo vesicular conservado, sin ruidos sobreañadidos. Miembros inferiores: sin edemas ni signos de TVP. Pruebas complementarias. *Analítica:* destaca Dímero D de 15.87 mg/L. Electrocardiograma: Ritmo sinusal a 120 L/m. Radiografía de tórax: sin hallazgos. Angio-TAC torácico: TEP agudo bilateral, masivo, afectando a ambas arterias pulmonares y sus ramas; aumento de calibre del tronco arterial pulmonar compatible con HTP.

Enfoque individual: No alergias medicamentosas. Exfumador. Síndrome de Klinefelter e hipogonadismo hipergonadotropo, tratado con testosterona. Síndrome depresivo tratado con venlafaxina y alprazolam. Tío materno con cáncer de mama.

Enfoque familiar y comunitario: Separado, vive solo. Buena relación con sus familiares. Nivel socio-cultural medio.

Juicio clínico: Tromboembolismo pulmonar bilateral masivo con signos de HTP. *Diagnóstico diferencial:* crisis de ansiedad o hiperventilación psicógena, insuficiencia cardiaca, neumotórax espontáneo, fármacos, asma bronquial.

Tratamiento, planes de actuación: Anticoagulación, oxigenoterapia, valoración por Endocrinología y Salud Mental.

Evolución: Buena evolución clínica.

Conclusiones

Además de la clínica, en la anamnesis el paciente refería un encamamiento importante de varias semanas, pues debido a un problema personal que tuvo su estado de ánimo quedó verdaderamente afectado. Es un paciente sin antecedentes de trombosis ni otros factores de riesgo más que un síndrome ansioso-depresivo que ya padecía y que se vio acentuado en ese momento. Es importante realizar un buen diagnóstico ya que el TEP es una patología potencialmente mortal, pero no debemos olvidar otras patologías, con alta prevalencia, como la depresión, que pueden llevar al paciente a un desenlace fatal. Como médicos de familia debemos darle la importancia que tiene y conocer el adecuado manejo tanto psicoterapéutico como farmacológico.

Palabras clave

Anxiety, Adjustment Disorders

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

La ERGE como desencadenanteGonzález Begines V¹, Gómez Rodríguez P², Luque Escalante ML³¹ Médico de Familia. UGC Sevilla Sur. Lebrija (Sevilla)² Médico de Familia. UGC Sevilla Sur. Morón (Sevilla)³ Médico de Familia. UGC Los Alcores. Sevilla**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

Enfoque familiar y comunitario: Atención a la familia y apoyo social.**Motivo de la consulta**

Tos persistente.

Juicio clínico: Asma bronquial, ERGE como desencadenante. La causa más frecuente de tos crónica es el tabaquismo, y otras como síndrome de goteo post-nasal, asma y ERGE. En este caso, el principal origen es su asma bronquial, pero dada la escasa respuesta a broncodilatadores es derivada a Neumología/ORL. Tras los hallazgos en la laringoscopia, se sospecha una estenosis traqueal secundaria a intubación orotraqueal, descartada con la broncoscopia al visualizarse el primer anillo traqueal prominente, como variante anatómica, y signos sugestivos de ERGE.**Historia Clínica**

Mujer de 54 años.

Antecedentes personales: HTA, asma, hipotiroidismo secundario a tiroidectomía total por bocio multinodular, síndrome ansioso-depresivo y fibromialgia. No fumadora. Disnea grado 1 escala MRC. El motivo de consulta es un cuadro de tos persistente y en ocasiones con sibilantes, tratado inicialmente como episodio de hiperreactividad bronquial. Debido a la persistencia de la sintomatología a pesar de modificaciones en el tratamiento se realiza interconsulta.*Tratamiento, planes de actuación:* Tras valoración en consulta de Digestivo se confirma la sospecha: clínica de dismotilidad, tos acentuada tras las comidas y de aparición nocturna. Endoscopia: lesiones en glotis sugestivas de ERGE y gastritis crónica. Se recomienda cambios en el estilo de vida y tratamiento farmacológico (IBP).*Enfoque individual:* Exploración. Normocoloreada, buen hidratada y perfundida. No cianosis ni acropaquias. Sobrepeso. Eupneica. Pulsioximetría 95%. Ruidos respiratorios a nivel laringotraqueal transmitidos a ambos campos pulmonares.*Evolución:* La paciente presentó mejoría progresiva desde el inicio del tratamiento, precisando seguimiento en consulta de Digestivo/medicina de familia.*Pruebas complementarias.* Radiografía de tórax cardiomegalia global y atelectasia laminar. Espirometría con patrón ventilatorio dentro de la normalidad con afectación de la vía aérea fina (FEV₁/FVC 75.35 %, FVC 82.5 %, FEV₁ 73.6 %, MMEF 75/25 0.98 %). Estudio de neumoalérgenos e IgE normal. Interconsulta de acto único con ORL: laringoscopia directa alta sospecha de estenosis traqueal. Broncoscopia programada: primer anillo traqueal prominente (variante anatómica), hiperemia de epiglotis y edema de aritenoides con un árbol bronquial normal.**Conclusiones**

Destacar la importancia de otras posibilidades diagnósticas en el diagnóstico diferencial de tos crónica, junto a una adecuada anamnesis, exploración física y enfoque multidisciplinar.

Palabras clave

Chronic Cough, Gastroesophageal Reflux

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Época de setas

Correa Gómez V

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

Ámbito del caso

Atención Primaria y Urgencias.

Motivo de la consulta

Vómitos y diarrea.

Historia Clínica

Varón de 28 años, acude a su médico de familia por la tarde, refiriendo náuseas, vómitos y diarrea, acompañado de sudoración y dolor abdominal tipo cólico desde hace 2 horas. Comenta haber almorzado setas que cogió ayer en la sierra.

Enfoque individual: Sin alergias medicamentosas conocidas, hábitos tóxicos ni antecedentes personales de interés. A la exploración se aprecia sudoroso, presenta abdomen blando y depresible, no doloroso a la palpación, sin signos de peritonismo, con ruidos hidroaéreos aumentados. Exploración neurológica y resto de exploración normal. Frecuencia cardíaca 108 latidos por minuto, temperatura 37.2°C y presión arterial 110/60 mmHg.

Enfoque familiar y comunitario: Maestro. Vive solo en un pueblecito de la sierra durante el curso escolar. Es la primera vez que cogía setas del campo para cocinárselas.

Juicio clínico: El paciente presenta una clínica típica de gastroenteritis por lo que siempre hay que preguntar si ha hecho alguna trasgresión dietética y si alguien del entorno presenta la

misma sintomatología. Vive solo y comenta que ha comido setas que cogió personalmente. Entonces hay que investigar sobre el tiempo transcurrido entre el consumo y la aparición de los síntomas, la sintomatología predominante y tipo de seta.

Tratamiento, planes de actuación: Dado a que sospechamos una intoxicación aguda por setas y ésta es de poco tiempo de evolución se decide derivar a Urgencias. Se realizan pruebas complementarias (analítica de sangre y electrocardiograma) con resultados dentro de la normalidad. Se trata con sueroterapia y administración de carbón activado.

Evolución: Se mantiene en observación hasta ser dado de alta por remisión de la gastroenteritis y no aparición de otra sintomatología.

Conclusiones

La intoxicación aguda por setas debe sospecharse en todo paciente con cuadro de gastroenteritis aguda que en periodo otoñal haya ingerido setas. Cuando la clínica aparece en las primeras 6 horas de la ingestión se trata de intoxicación leve y no supone un peligro para la vida. De todas formas hay que mantener una actitud expectante y no descartar una intoxicación grave, con alta mortalidad, ya que puede haber ingerido diversos tipos de setas.

Palabras clave

Gastroenteritis, Mushroom Poisoning

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Apendagitis epiploicaDonoso Guisado I¹, Chamocho López MI², Carbajo Martín L³¹ Médico de Familia. Hospital de Alta Resolución. Utrera (Sevilla)² Médico de Familia. Hospital de Valme. Sevilla**Ámbito del caso**

Atención hospitalaria.

Motivo de la consulta

Dolor Abdominal.

Historia Clínica

Varón de 56 años.

Antecedentes personales: No RAMC, No HTA, No DM, No DLP, Fibromialgia, Litiasis biliar, Hernioplastia Inguinal izquierda, Hidrosadenitis Axilar izquierda intervenida, Exfumador, bebedor ocasional, que tras realizar esfuerzo en su trabajo al coger una caja pesada que le golpea en el abdomen, comienza con dolor abdominal continuo generalizado no irradiado, náuseas sin vomitas, no alt. del tránsito GI, afebril. Es atendido en su mutua de accidentes laborales de donde es derivado a nuestro servicio para completar estudio

A la *exploración* destaca abdomen blando y depresible, palpación periumbilical superior izquierda discretamente dolorosa donde se palpa tumoración. RHA conservados, no signos de irritación peritoneal. No masas ni megalias.

Se realiza ECO abdominal urgente: Esteatosis hepática. Colelitiasis única. Vías biliares, páncreas, bazo, ambos riñones, vejiga, próstata y Aorta abdominal sin hallazgos significativos. Hernia umbilical y hernia inguinal izquierda, sin signos de complicación. Aumento de la ecogenicidad de la grasa intraperitoneal, situada en profundidad al músculo recto anterior a nivel del vacío izquierdo; que coincide con la zona referida por el paciente. Se completa el estudio con TC abdominal sin contraste. aumento de la densidad de la grasa intraperitoneal en vacío izquierdo, inmediatamente por detrás del músculo recto

anterior. A valorar como primera posibilidad apendagitis epiploica

Enfoque individual: Sin interés

Enfoque familiar y comunitario: Sin interés

Juicio clínico: Apendagitis aguda

Tratamiento, planes de actuación: observación domiciliaria y revisiones por su Médico de Familia

Evolución: Sin incidencias en sucesivas revisiones

Conclusiones

La apendagitis epiploica Primaria es relativamente infrecuente dentro de los diagnósticos diferenciales del abdomen agudo. Los apéndices epiploicos son estructuras adiposas que nacen en la superficie serosa del colon y se proyectan hacia la cavidad peritoneal desde el ciego hasta la unión recto sigmoidea. Son más abundantes en el colon izquierdo y prácticamente inexistentes en el recto. El tratamiento es ambulatorio con AINEs. Las complicaciones son raras: torsión del apéndice inflamado o adherencia a otra víscera ocasionando obstrucción o formación de absceso. Su conocimiento por parte del Médico de Familia es relevante para evitar errores diagnósticos y terapéuticos que incrementan de forma innecesaria la morbilidad como así el uso inadecuado de antibióticos y de recursos hospitalarios.

Palabras clave

Abdominal Pain, Appendicitis, Abdominal Injuries

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Adenopatía cervical aguda: ¿Qué antecedentes investigarías?Rodríguez González MM¹, Rodríguez Ordóñez M²¹ Médico de Familia. CS Tiro Pichón. Málaga² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Tiro Pichón. Málaga**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

Motivo de la consulta

Varón, 40 años. Bulto en cuello con impotencia funcional.

Historia Clínica

Antecedentes: HIV positivo. Nueva pareja masculina hace un mes.

Exploración: Adenopatía laterocervical derecha de 7 cm. amígdalas muy hiperémicas, derecha con exudado, desestructurada, mayor que izquierda. Se deriva a urgencias para valoración ORL: Tumorción cervical a filiar. Citan en dos semanas para punción, solicitando analítica.*Pruebas complementarias:* Serología lues ELISA IgG+IgM: se detectan anticuerpos. RPR: se detectan anticuerpos a título 1/16. TAC: múltiples ganglios cervicales inespecíficos de hasta 10mm. Punción aspiración: sugestivo de linfadenitis granulomatosa de posible origen infeccioso/inflamatorio.*Enfoque individual:* Enfermedad de transmisión sexual en paciente HIV. Prácticas de riesgo: homosexualidad.*Enfoque familiar y comunitario:* Reciente cambio de pareja y ciudad. Desarraigo.*Juicio clínico:* Chancro luético amígdala derecha, sífilis Primaria.*Diagnóstico diferencial:* En la valoración de la adenopatía hay que tener en cuenta: 1. la naturaleza de la adenopatía cervical: hipertrofia de tiroides, quiste tirogloso, quistes branquiales

o higromas quísticos, hipertrofia de la glándula salival, parotídea o submandibular, aneurismas y tumores del glomus carotídeo. 2. tamaño: si más de 4 cm, estudio urgente. 3. edad y sexo del paciente, los jóvenes suelen tener adenopatías inflamatorias o reactivas. 4. características de la adenopatía: origen infeccioso o inflamatorio duelen, son blandas, caliente y eritematosa; origen linfomatoso suelen ser indoloras, elásticas y rodaderas. De origen neoplásico suelen ser indoloras, duras, adheridas. 5. tiempo de evolución: inferior a 15 días probablemente infeccioso o linfoma; superior a 1 mes orienta a tuberculoso o neoplásico. 6. localización: cervical únicas y agudas en jóvenes orienta a infección HIV, chancro sífilítico, arañazo de gato y sarcoidosis.

Tratamiento: Penicilina G benzatina, 2, 4 millones UI dosis única.*Plan de actuación:* Tratar parejas sexuales de los 90 días previos. Investigar otras infecciones de transmisión sexual. Seguimiento clínico y serológico a los 6 y 12 meses. Los VIH + a los 3,6,9,12 y 24 meses.*Evolución:* El paciente mejoró de los síntomas gradualmente. Van disminuyendo los títulos en serología.**Conclusiones**

En las amigdalitis agudas con adenopatías cervicales unilaterales en pacientes jóvenes, es importante preguntar por prácticas de riesgo y descartar infecciones de transmisión sexual.

Palabras clave

Syphilis, Adenopathy, Tonsillitis

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Seguimiento de un soplo sistólico infantilHidalgo Berutich A¹, Pérez Razquin E², Barbosa Cortés M³¹ Consultorio Villanueva Castillejos. UGC Andévalo Occidental. Huelva² Médico de Familia. EBAP. Consultorio Tharsis. UGC Andévalo Occidental. Huelva³ Médico de Familia. EBAP. Consultorio Alosno. UGC Andévalo Occidental. Huelva**Ámbito del caso**

Mixto (Primaria y Especializada).

Motivo de la consulta

Tos.

Historia Clínica*Antecedentes personales:* No RAM, soplo neonatal con estudio cardiológico normal al alta.*Anamnesis:* Niña de 4 años que acude por tos seca, sin fiebre ni disnea ni dolor torácico. Buena tolerancia a actividades habituales. Se deriva a *consultas externas* de Pediatría para estudio.*Exploración:* Buen estado general, consciente y colaboradora, eupneica, normocoloreada, no tiraje. ACR: rítmico a buena frecuencia, con soplo protomesosistólico II/VI vibratorio, 2º ruidos algo fuerte, Buen murmullo vesicular con roncus dispersos.*Pruebas complementarias:* EKG. RS a buena frecuencia, eje 30º, no signos de Hipertrofia ventrículo izquierdo, nin alteraciones de repolarización. Ecocardiografía: Ductus arterioso persistente de 5 mm con shunt izquierdo-derecho restrictivo que no dilata cavidades izquierdas.*Enfoque individual:* la niña debe ser informada y tranquilizada, pues la necesidad de intervención pueden ser estresante para ella.*Enfoque familiar y comunitario:* se debe acompañar a la familia en el proceso para evitar su sufrimiento. El programa de "Niño sano" permite detectar patologías cardíacas a edad temprana y así evitar complicaciones.*Juicio clínico:* Ductus arterioso persistente no hemodinámicamente significativo.*Tratamiento, planes de actuación:* se deriva a hospital terciario para valoración de cierre percutáneo, que resulta eficaz.*Evolución:* asintomática tras cateterismo.**Conclusiones**

Es habitual ver pacientes pediátricos en consultas de atención Primaria, ya sea programadas o de urgencia. No es infrecuente detectar soplos en dichos pacientes, y si estos persisten, es prudente remitirlos a estudio especializado para descartar cardiopatías estructurales.

Palabras clave

Systolic Murmur, Patent Ductus Arteriosus, Cough

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Dolor abdominal con alteración del hábito intestinalHidalgo Berutich A¹, Pérez Razquin E², Barbosa Cortés M³¹ Médico de Familia. Consultorio Villanueva Castillejos. UGC Andévalo Occidental. Huelva² Médico de Familia. Consultorio Tharsis. UGC Andévalo Occidental. Huelva³ Médico de Familia. Consultorio Alosno. UGC Andévalo Occidental. Huelva**Ámbito del caso**

Mixto (Primaria y Especializada).

Motivo de la consulta

Dolor abdominal.

Historia Clínica

Antecedentes personales: No RAM, HTA, DM2, Bloqueo tubárico amigdalectomía, fibromilagia, Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico.

Anamnesis: Paciente de 54 años que acude por epigastralgia persistente subaguda con diarreas líquidas marronáceas sin productos patológicos, sin fiebre ni vómitos. Se remite a Servicio de Aparato Digestivo para estudio.

Exploración: Buen estado general, consciente y colaboradora, eupneica, normocoloreada, ACR normal, Abdomen: blando y depresible, no masas ni megalias, dolor leve paraumbilical a palpación superficial, no defensa, Blumberg y Murphy negativos.

Pruebas complementarias: Hemograma normal. Bioquímica con perfil abdominal normal. *Colonoscopia:* no hallazgos patológicos. Biopsia de Intestino Grueso: mucosa con fibrosis focal y depósitos de colágeno subepiteliales.

Enfoque individual: durante el proceso de estudio hay que acercarse a la paciente para mitigar sus miedos y conocer sus expectativas.

Enfoque familiar y comunitario: al tratarse de una patología benigna hay que informar a los familiares para disminuir la tensión inherente durante el estudio del proceso.

Juicio clínico: Colitis colágena. A distinguir de Infecciones, Neoplasias, Celiaquía o Enfermedades Inflammatorias Intestinales.

Tratamiento, planes de actuación: Budesonida 3 mg cápsulas /8h, con mejoría del cuadro.

Evolución: Mejoría clínica, pendiente de evaluación por Digestivo.

Conclusiones

En caso de síndromes diarreicos persistentes tendremos que asegurar una correcta hidratación, descartar celiaquía u origen infeccioso, y remitir al Digestivo para descartar potenciales cuadros más severos. La colitis colágena es rara, pero benigna, aunque es cierto que excepcionalmente, algunos casos pueden degenerar a colitis ulcerosa.

Palabras clave

Collagenous Collitis, Abdominal Pain, Diarrhea

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Anexectomía en gestación heterotópicaHidalgo Berutich A¹, Pérez Razquin E², Barbosa Cortés M³¹ Médico de Familia. Consultorio Villanueva Castillejos. UGC Andévalo Occidental. Huelva² Médico de Familia. Consultorio Tharsis. UGC Andévalo Occidental. Huelva³ Médico de Familia. Consultorio Alosno. UGC Andévalo Occidental. Huelva**Ámbito del caso**

Mixto (Primaria y Especializada).

Motivo de la consulta

Dolor abdominal y sangrado vaginal.

Historia Clínica*Antecedentes personales:* No RAM, 2 Gestaciones, 1 parto, 1 aborto, Antecedentes familiares de coagulopatía.*Anamnesis:* mujer de 34 años, gestante de 4 semanas, que tras consultar con su Médico de Familia por dolor abdominal y hemorragia vaginal de menor cuantía a una menstruación, es derivada en varias ocasiones al servicio de Ginecología, quedando ingresada para control del dolor y al observar formación heterogénea en Saco de Douglas/anejo derecho.*Exploración:* aceptable estado general, consciente y colaboradora, eupneica, normocoloreada. Abdomen: blando y depresible, doloroso a palpación profunda en fosa ilíaca derecha, no signos de irritación peritoneal. Especuloscopia: cérvix bien epitelizado, escasos restos hemáticos en vagina, sin sangrado activo.*Pruebas complementarias* Ecografía transvaginal: saco gestación intrauterino con embrión acorde a 9+6 semanas, formación heterogénea de 63x60x49 mm en Douglas derecho/anejo derecho. Hemograma: HB 8.9g/dL (previo hace 48hs: 10g/dL).*Enfoque individual:* la finalización del episodio con anexectomía añade más dolor al proceso.

Por eso se debe considerar este aspecto al acompañar a la paciente en este duro trance.

Enfoque familiar y comunitario: respecto de la familia se debe tener presente las consideraciones particulares previas y hacerlas extensivas al marido y allegados.*Juicio clínico:* Gestación intrauterina, gestación heterotópica, Anexectomía.*Tratamiento, planes de actuación:* Dada la anemia progresiva, la intensidad de dolor y la imagen compatible con anejo complicado, se decide cirugía laparoscópica, procediéndose a anexectomía derecha. La anatomía patológica confirma restos deciduocoriales compatibles con gestación heterotópica no viable.*Evolución:* La paciente es dada de alta con progesterona 200 mg/12 h, y enoxaparina 40 mgs sc/24h, sin afectación del feto intrauterino.**Conclusiones**

Los médicos de familia atendemos pacientes embarazadas, que en algunos casos cursan con hemorragias vaginales. Estos cuadros pueden ser potencialmente graves, bien para la madre, bien para el feto, y la prudencia exige que sean valoradas mediante ecografía, por encima de mitos respecto de la cuantía de la hemorragia.

Palabras clave

Heterotopic Pregnancy, Ovariectomy, Corpus Luteum Break

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Exoftalmos en paciente senilHidalgo Berutich A¹, Pérez Razquin E², Barbosa Cortés M³¹ Médico de Familia. Consultorio Villanueva Castillejos. UGC Andévalo Occidental. Huelva² Médico de Familia. Consultorio Tharsis. UGC Andévalo Occidental. Huelva³ Médico de Familia. Consultorio Alosno. UGC Andévalo Occidental. Huelva**Ámbito del caso**

Mixto (Primaria y Especializada).

Motivo de la consulta

Edema palpebral ojo izquierdo.

Historia Clínica*Antecedentes personales:* No RAM, HTA, DM2, Dislipemia, Depresión, Glaucoma.*Anamnesis:* mujer de 75 años, que acude a consulta por edema palpebral y dificultad para apertura ocular, con disminución de agudeza visual de 2 días de evolución. Se remite urgencias hospitalarias para valoración por Oftalmología.*Exploración:* buen estado general, consciente y colaboradora, bien hidratada y perfundida, eupneica, no tiraje, importante edema palpebral de predominio en párpado superior, no lesiones cutáneas periorbitarias córnea algo edematosa, con importante quemosis conjuntival, motilidad ocular y reflejos pupilares presentes. Exoftalmos ojo izquierdo, ptosis palpebral ojo izquierdo*Pruebas complementarias:* angio TAC y arteriografía: arterialización de ambos senos cavernosos y arterialización de vena oftálmica superior derecha, compatibles con Fístula carótido-cavernosa bilateral.*Enfoque individual:* dadas la incapacidad y limitaciones de la paciente hay que apoyarse en su cuidador principal para acompañarla en el proceso de estudio y tratamiento del problema oftalmológico.*Enfoque familiar y comunitario:* al encontrarse fuera de la comunidad autónoma, hay ser minucioso y claro con la información a dar a los familiares de la paciente*Juicio clínico:* Fístula carótido-cavernosa bilateral.*Tratamiento, planes de actuación:* Se comenta con Neurocirugía.*Evolución:* asintomática, pendiente de reevaluación por Neurocirugía para tratamiento endovascular.**Conclusiones**

Los pacientes con quemosis y el exoftalmos, además de un hipotético origen tiroideo pueden ser consecuencia de patologías potencialmente más serias, por lo que se deberían derivar a valoración urgente por Oftalmología.

Palabras clave

Arteriovenous Fistula, Exoptalmos, Visual Acuity

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Mala suerte: herida por empalamientoOlmedo Fuentes I¹, Gilabert García-Pelayo ME², Sánchez Morales LR³¹ Enfermera. DCCU Puerto Santa María. Cádiz² Médico DCCU Puerto Santa María. Cádiz³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Pinillo Chico. Puerto Santa María (Cádiz)**Ámbito del caso**

Atención Primaria, Servicio de urgencia: atención prehospitalaria y hospitalaria.

Motivo de la consulta

Empalamiento.

Historia Clínica

Niño de 8 años, sin antecedentes de interés. Estando en fiesta de cumpleaños, sufre caída accidental sobre gavilla de 12 centímetros. El padre lo traslada por sus propios medios a CS. Presenta dolor abdominal intenso. Micción escasa no hematórica. Facies de dolor y postura antiálgica.

Enfoque individual. Exploración física: regular estado general, consciente, orientado y colaborador. Bien nutrido e hidratado, normocoloreado, eupneico. Abdomen en tabla. Herida en margen anal con restos hemáticos.

Exploración complementaria: Saturación de O₂ basal 97%, FC 100 lpm, Fr 18 rpm; Radiografía de abdomen: aire por debajo de reflexión peritoneal; TAC abdominal con contraste: abundante cantidad de líquido libre en cavidad abdominal. Burbuja de aire en vejiga.

Enfoque familiar y comunitario: Familia nuclear. Interacción social positiva.

Juicio clínico: Empalamiento anal con herida en margen anal. Perforación asas intestinales, del recto y vejiga. Peritonitis secundaria a perforación.

Diagnóstico diferencial, Identificación de problemas: perforación rectal, herida anal y posibles roturas de vísceras internas.

Tratamiento, planes de actuación: Urgencias extrahospitalaria: Inmovilización, canalización vía venosa periférica para sueroterapia, analgesia y traslado al hospital útil. Urgencia Hospitalaria: cobertura antibiótica empírica. Cirugía diagnóstica y reparadora urgente.

Evolución: A la semana presenta estreñimiento secundario a fecaloma con intensa hemorragia anal. Se realiza laparatomía media supra-umbilical, donde se aprecia perforación de recto de unos 2 centímetros con desgarramiento en la pared posterior vesical que se sutura. Posteriormente buena evolución clínica siendo dado de alta al mes del ingreso.

Conclusiones

El objetivo principal del tratamiento prehospitalario es realizar una correcta anamnesis y una buena exploración física para el reconocimiento rápido de las lesiones que puedan comprometer la vida del paciente y la inmovilización durante el transporte para minimizar las complicaciones. El trabajo multidisciplinar entre los profesionales de atención Primaria, atención urgencia prehospitalaria y hospitalaria y la atención especializada tiene que estar perfectamente coordinada para reducir las complicaciones debidas a este tipo de traumas

Palabras clave

Empalamiento, Inmovilización, Traslado

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Embolismo masivo cerebral y cardiopulmonarHidalgo Berutich A¹, Pérez Razquin E², Barbosa Cortés M³¹ Médico de Familia. Consultorio Villanueva Castillejos. UGC Andévalo Occidental. Huelva² Médico de Familia. Consultorio Tharsis. UGC Andévalo Occidental. Huelva³ Médico de Familia. Consultorio Tharsis. UGC Andévalo Occidental. Huelva**Ámbito del caso**

Mixto (Primaria y Especializada).

Motivo de la consulta

Disnea y dolor torácico.

Historia Clínica*Antecedentes personales:* No RAM, HTA, Obesidad, Glucemia Basal Alterada, exfumador.*Anamnesis:* varón 64 años, acude por disnea de esfuerzo, tos y dolor torácico leve, intermitente, sin cortejo vegetativo que alivia en reposo, hace un mes, que se vuelve más intenso, no irradiado. Trasladado a Urgencias, bajo sospecha de Tromboembolismo Pulmonar. Ingresa en Cardiología por dolor torácico. A las 24 horas, inestabilidad de marcha, cefalea y diplopía, con diagnóstico de AVC isquémico agudo en hemisferio cerebeloso izquierdo. Ante sospecha de disección aórtica se realiza angio TAC torácico, objetivándose tromboembolismo bilateral masivo.*Exploración:* TA120/70, FC 85 lpm, Sat 95%, (VMK 40%), Afebril, buen estado general, consciente, bien hidratado y perfundido, eupneico, no tiraje, ACR: rítmico alta frecuencia, disminución murmullo vesicular en bases, subcrepitantes locales. Tolera decúbito, no edemas maleolares, ni signos trombosis venosa profunda.*Pruebas complementarias:* Hemograma y Coagulación normales, EKG: rs 109 lpm, no signos isquemia aguda ni BAV. Bioquímica: troponinas 84 y 91, pro BNP 316, resto normal. TAC craneal: infarto isquémico agudo en hemisferio cerebeloso izquierdo, infartos lacunares crónicos en tálamo y corona radiata derecha. Angio TAC torácico: tromboembolismo pulmonar bilateral masivo. Rx tórax: normal. Ecocardiografía: cavidades derechas aumentadas. Marcadores tumorales negativos. Orina normal.

Proteinograma: trastorno inflamatorio moderado. Serología negativa. Primer escalón de hipercoagulabilidad negativo. Eco-doppler: no signos TVP. Ecografía abdominal: hemangioma hepático. Holter normal. RMN craneal/angio RMN /TSA: normal.

Enfoque individual: el cuadro clínico y las posteriores complicaciones hacen necesario tener presente la angustia del paciente máxime al sufrir limitaciones físicas. Habría que informar y acompañar al paciente en este duro trance.*Enfoque familiar y comunitario:* la familia puede sufrir mucha tensión en este caso y cabrá hacer un abordaje reparador mediante entrevistas sucesivas con ellos.*Juicio clínico:* Tromboembolismo agudo masivo bilateral. Ictus de fosa posterior en contexto de embolismo sistémico arteriovenoso de causa protrombótica. Angina inestable (SCASEST).*Tratamiento, planes de actuación:* Sintrom, atorvastatina 80/24h, bisoprolol 5/12h, ivabradina 5/24h, omeprazol 20/24h, clorzepato dipotásico 524h. Pendiente TAC control y estudio segundo escalón hipercoagulabilidad.*Evolución:* Asintomático a nivel cardiopulmonar, con secuelas motrices neurológicas**Conclusiones**

El tromboembolismo exige una alta sospecha clínica (dolor torácico, disnea, desaturación, taquicardia, ekg y RX normales generalmente). En este caso, el paciente podría haber sido anticoagulado tempranamente, lo que hubiera evitado el AVC y sus secuelas posteriores.

Palabras clave

Intracranial Embolism, Pulmonary Embolism, Angina Pectoris

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

“Doctora me noto el cuello más grande y además me duele la mitad de la cara”Rivas De la Torre M¹, Yera Cano R², Vasco Roa T³¹ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Virgen del Gavellar. Úbeda (Jaén)² MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Virgen del Gavellar. Úbeda (Jaén)³ Médico de Familia. AGS Jaén Norte/nordeste. Jaén**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

Motivo de la consulta

Aumento tamaño cervical y dolor hemicraneal.

Historia Clínica

Mujer de 67 años que acude a consulta de Atención Primaria por notarse aumento del tamaño cervical junto con dolor hemicraneal de 2 semanas de evolución.

Enfoque individual. Antecedentes personales: No alergias medicamentosas. Intervenida de hernia inguinal y umbilical, consumidora de sal yodada, sin antecedentes de radioterapia cervical previa. Sin hábitos tóxicos. Sin tratamiento habitual. *Anamnesis:* Dolor hemicraneal de 2 semanas de evolución junto con aumento del tamaño cervical, sin disfagia, disfonía ni disnea. Tampoco fiebre, aunque sí síntomas catarrales las semanas previas por las que no consultó al médico, junto con sensación distérmica no termometrada que cedió con paracetamol.

Exploración: Buen estado general, consciente y orientada, eupneica en reposo, bien hidratada y perfundida. Faringe normal, a la palpación cervical aumento del tamaño del Lóbulo Tiroideo Derecho, sin adenopatías.

Pruebas complementarias: Realizamos ecografía en consulta evidenciando; Lóbulo Tiroideo Derecho mayor de 2 cm de diámetro anteroposterior, de predominio hipocogénicas y con flujo sanguíneo disminuido, junto con áreas hipocogénicas grandes de contorno mal definido intercaladas con áreas de ecogenicidad normal. Analítica con TSH 0,01, T4L 1,89, VSG 37. Se solicita gammagrafía Tiroidea e interconsulta a Endocrinología.

Enfoque familiar y comunitario: La paciente tiene a su cargo 3 hijos y una persona mayor con gran dependencia, motivo por el cual no había acudido antes a consulta.

Juicio clínico: Tiroiditis Subaguda de Quervain.

Diagnóstico Diferencial; Bocio Multinodular Tóxico, Enfermedad de Graves Basedow, Adenoma tóxico, Hipertiroidismo por Amiodarona.

Problemas; Abordaje terapéutico por la ausencia de respuesta a AINES.

Tratamiento, planes de actuación: Se prescribe Indometacina 25 mg/8 h y se da nueva cita en consulta para repetir analítica, ecografía tiroidea y ver evolución en un mes.

Evolución: A la semana regresa por dolor y se aumenta a Indometacina Retard 75 mg/24h pudiendo aumentarla cada 12h/día si los síntomas no mejorasen o iniciar tanda de Corticoides, Dacortin 30 1/24h durante 7 días, después reducir a medio comprimido otros 7 días, un cuarto otros 7 y finalmente sólo días alternos y suspender. En la Ecografía de control al mes se observa hipogenicidad bilateral muy acusada, en la *Analítica:* TSH 64, 03, T4L 0,66, clínicamente se encuentra asintomática excepto estreñimiento y la palpación tiroidea es normal. Resultados Gammagrafía; ausencia de captación.

Conclusiones

La Tiroiditis de Quervain es relativamente frecuente en mujeres de edad media y la causa más frecuente de tiroides doloroso por lo que el MAP debe pensar en ella siempre ante una clínica de astenia, mal estado general y dolor en zona tiroidea. Estos síntomas de hipertiroidismo duran las primeras 2-6 semanas, seguidos de eutiroidismo o hipotiroidismo transitorio en un 25% de los casos. Este caso demuestra la importancia de la técnica ecográfica en consulta como medio diagnóstico complementario a la Historia Clínica y a la exploración física del paciente.

Palabras clave

Tiroiditis Subaguda de Quervain, Hipertiroidismo, Dolor Cervical

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Dolor abdominal con sorpresaNeila López MJ¹, González Aguilera JM², Moreno Obregón F³¹ CS Bollullos Par del Condado. Huelva² CS Torrejón. Huelva³ CS Cartaya. Huelva**Ámbito del caso**

Urgencias hospitalarias.

Motivo de la consulta

Malestar, sudoración y dolor abdominal inespecífico.

Historia Clínica

No alergias. Fumador y bebedor. AP: EPOC. No precisa tratamiento habitual. *Motivo consulta:* dolor abdominal en fosa renal izquierda, con irradiación a trayecto urinario ipsilateral de escasas horas de evolución, palidez y sudoración. Asocia anuria.

Exploración: Entra en camilla, afectado por el dolor. Consciente, hidratado. Palidez cutánea. Eupneico en reposo. Auscultación cardiopulmonar: rítmico a buena frecuencia, Disminución del Murmullo de forma generalizada, con espiración alargada y roncus dispersos. Abdomen: ruidos presentes. Blando, depresible. Dolor en fosa renal izquierda y trayecto urinario ipsilateral. Puño-percusión renal izquierda positiva, derecha negativa. Ausencia de signos de irritación peritoneal. Miembros inferiores: ausencia de edemas ni signos de Trombosis. Temperatura 34'7°C. TA 101/58. FC 82lpm. SAT O2: 98%. Pulsos bilaterales pedios y femorales presentes, más débiles derechos. ECG: ritmo sinusal a 90lpm. BRDHH. Resto normal. Radiografía abdomen: sin alteraciones. Hemograma: leucocitosis con neutrofilia y linfopenia. HB 11mg/dl. Bioquímica: glucosa 288, PCR 8. Resto normal. Gasometría venosa: pH 7'24, PCO2 58'4, Bicarbonato 21. Se administra enantyum y 500cc de SSF. El paciente es incapaz de orinar, por lo que se le sonda y se toma muestra de orina para realizar sistemático (proteínas 150, glucosa 1000, cuerpos cetónicos 15, hematíes 150).

Enfoque individual: barón 67 años.*Enfoque familiar y comunitario:* poco frecuentador del CS.

Juicio clínico: Se diagnostica al paciente de Pielonefritis aguda y se decide realizar ecografía abdominal previa al ingreso, la cual demuestra un Aneurisma de aorta abdominal infrarrenal roto. Se completa el estudio con TAC de abdomen con y sin contraste que confirma la existencia del aneurisma roto, con hematoma mural y cuantioso sangrado retroperitoneal.

Tratamiento, planes de actuación: Se deriva al paciente a Cirugía vascular de manera urgente para colocación de Endoprótesis.

Evolución: Durante el ingreso presenta impotencia funcional de MII en relación con compresión por hematoma; Insuficiencia cardíaca que responde a tratamiento deplectivo, ITU por pseudomona aeruginosa que revierte tras antibioterapia y anemia que precisa transfusión de concentrados de hematíes. *Evolución:* final favorable, siendo dado de alta a domicilio tras 20 días de ingreso hospitalario.

Conclusiones

La variabilidad en la presentación clínica de un cuadro tan grave como la rotura de un aneurisma de aorta, que puede hacer que se confunda con otra patología, retrasando su diagnóstico y pudiendo acabar con la vida del paciente. La importancia del control de los FRCV a tiempo, como mecanismo de prevención de futuras patologías vasculares de suma gravedad.

Palabras clave

Aneurisma, Shock Hipovolémico, Dolor Abdominal

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

"No me han sentado bien las setas que me acabo de comer"

Ruiz Granada MD, Sayago Alcázar AJ, Delgado Ortega MA

*Médico de Familia. CS Alameda-Perchel Málaga***Ámbito del caso**

Atención hospitalaria (Urgencias).

Motivo de la consulta

Dolor abdominal, sudoración y diarrea tras ingesta de setas no conocidas mientras caminaba por el campo.

Historia Clínica*Anamnesis:* dolor abdominal difuso, acompañado de diarrea acuosa y sudoración de comienzo a los 30 minutos de la ingesta de 5 setas desconocidas, recolectadas en el campo. No disnea. No fiebre.*Exploración:* Consciente y orientado en las 3 esferas. Estable hemodinámicamente, sin trabajo respiratorio. Auscultación cardio-respiratoria sin alteraciones. Pupilas mióticas, reactivas, no otra alteración neurológica. Hiperhidrosis generalizada, rubor cutáneo y piloerección. Dolor abdominal generalizado a la palpación, sin irritación peritoneal, Murphy negativo, Blumberg negativo.*Pruebas complementarias:* Se solicitan analítica sanguínea con perfil hepático, reactante de fase aguda y gasometría así como electrocardiograma y radiografía de tórax, todas ellas sin alteraciones.*Enfoque individual:* Varón 60 años. Sin alergias medicamentosas conocidas. Hábitos tóxicos: No fumador, bebedor ocasional. Independiente para actividades básicas diarias.*Antecedentes personales:* Hipertensión Arterial y dislipemia. No antecedentes familiares de

interés. Tratamiento habitual: enalapril 10 mg/24h.

Enfoque familiar y comunitario: Reside en una zona rural de Málaga (Colmenar) junto a su esposa. Tiene 2 hijas (familia en fase centrípeta). Profesión: Agricultor. Red social con alto apoyo emocional e interacción social positiva. No agentes estresantes externos.*Juicio clínico:* Se plantea diagnóstico diferencial entre proceso infeccioso y síndrome muscarínico secundario a intoxicación por hongos; siendo éste último el diagnóstico definitivo tras valoración de la clínica del paciente, resultado de pruebas complementarias y la relación en el tiempo con la ingesta de hongos.*Tratamiento, planes de actuación:* Tras realizar el diagnóstico se procede a monitorización del paciente y administración de atropina 0.5mg iv, en dosis única, resolviéndose la clínica.*Evolución:* El paciente evolucionó favorablemente tras pautar tratamiento adecuado, recibiendo el alta a domicilio tras completar el periodo de observación requerido, encontrándose asintomático.**Conclusiones**

Reconocimiento del cuadro clínico típico en la intoxicación por hongos (sd muscarínico). Importancia de la educación de la población para la prevención de intoxicaciones por ingesta de hongos silvestres, cuando exista desconocimiento de los mismos.

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Ictericia súbita, a propósito de un casoGonzález Contero L¹, Salva Ortiz N¹, Bermúdez Torres FM²¹ Médico de Familia. Urgencias Hospital San Carlos. San Fernando (Cádiz)² Médico de Familia. Arcos de la Frontera. Cádiz**Ámbito del caso**

Atención Primaria. Urgencias hospitalarias.

Motivo de la consulta

Ictericia y decaimiento.

Historia Clínica

Varón de 52 años de edad con los siguientes antecedentes personales de interés: No alergias medicamentosas conocidas. Exfumador hasta hace 15 años, ICAT 15/20. Diabetes mellitus tipo 2, diagnosticado en 2014, mal control. Probable polineuropatía diabética. Obesidad. Hidrosadenitis supurativa. Tratamiento domiciliario: Bisoprolol 5mg, Adiro 100 mg, Telmisartán 80 mg/Amlodipino 10 mg, Gemfibrozilo 600 mg, Insulina Lantus 50 UI, Dapagliflozina 5mg/Metformina 1000 mg.

Motivo de consulta: Acude por presentar, desde hace 24 horas, ictericia en piel y mucosas, de forma brusca, orinas colúricas, malestar general y sudoración profusa.

Exploración física: Tensión arterial 150/75. Frecuencia cardíaca 125 latidos por minuto. Frecuencia respiratoria 33 respiraciones por minuto. Temperatura 36.8. Saturación de Oxígeno 99%. Mal estado general. Ictericia franca generalizada. Taquipneico, con uso de musculatura accesoria. Sudoroso. Auscultación cardíaca: taquicárdico sin soplos. Auscultación pulmonar: Disminución generalizada del murmullo vesicular. Miembros inferiores sin edemas ni signos de trombosis venosa profunda. Abdomen globuloso, depresible, no se palpan masas ni megalias, no dolor a la exploración.

Pruebas complementarias: Hemograma: HB 5mg/dl con perfil hemolítico. Leucocitos 12340. Neutrófilos 10500. Plaquetas 204000. Bioquímica: Glucemia 341 mg/dl. Urea 124mg/dl. Creatinina 0.9. LDH 828mg/dl. Bilirrubina 7.3 mg/dl. Bilirrubina conjugada 2.16mg/dl. Proteína C reactiva 55.4. Gases venosos: pH 7.34 pCO₂ 31.6 pO₂ 26.6 HCO₃ 17.6. Lactato 4.8. Orina: Proteínas 30. Glucosa 500. Cuerpos cetónicos 5. Nitritos negativos. Bacteriuria

leve. Radiografía de Tórax: sin hallazgos patológicos. Ante la sospecha de Anemia Hemolítica se deriva al hospital de referencia para valoración por Hematología.

Enfoque individual: Valorado en Atención Primaria, y derivado para estudio a urgencias hospitalarias.

Enfoque familiar y comunitario: Paciente casado, hijo de 8 años, autónomo. Buen apoyo familiar. Natural de San Fernando (Cádiz) Buen nivel socio-económico.

Juicio clínico: Anemia Hemolítica de probable origen autoinmune.

Diagnóstico diferencial: Anemia hemolítica infecciosa, colangitis.

Tratamiento, planes de actuación: Ingreso en Hematología. Se cursa estudio de anemia y se procede a transfusión de 3 concentrados de hematíes.

Evolución: Tras la transfusión presenta cifras de hemoglobina de 3mg/dl, comienza con deterioro del estado general, precisando ingreso en UCI, sufre parada cardiorrespiratoria reanimada, se mantiene sedoanalgesiado, conectado a VM y con necesidad de fármacos vasoactivos. A los 5 minutos sufre una nueva parada cardiorrespiratoria que se intenta reanimar sin éxito, siendo finalmente Exitus.

Conclusiones

Destacar la importancia de una buena comunicación Atención Primaria/Urgencias para el manejo de pacientes pluripatológicos con mal control, así como una correcta anamnesis y exploración física para valorar los posibles diagnósticos diferenciales de una misma sintomatología.

Palabras clave

Jaundice, Anemia, Hemolysis

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Lo que puede haber detrás de una febrícula

Neila López MJ¹, Ambrona García E², Rodríguez Villadeamigo G³¹ CS Bollulllos Par del Condado. Huelva² CS El Torrejón. Huelva**Ámbito del caso**

Urgencias hospitalarias.

infeccioso. *Colonoscopia:* EEII, endoscópicamente Colitis ulcerosa.**Motivo de la consulta**

Febrícula de larga evolución, artralgias y diarrea.

Enfoque individual: varón 34 años.*Enfoque familiar y comunitario:* soltero.**Historia Clínica**

No alergias a medicamentos. Fumador 20 cig/día. Bebedor fines de semana. Hipertransaminasemia en 2009. Pancreatitis aguda 2011. Colonoscopia en 2012 por rectorragia (hemorroides internas). Colonoscopia en 2014 por el mismo motivo (proctitis inespecífica en relación a preparación catártica) Operaciones: hernia inguinal izquierda. Tto habitual: cetirizina, eterocoxib, retinol y metamizol.

Juicio clínico: Debut de enfermedad inflamatoria intestinal con pancolitis e ileitis terminal en brote de actividad severo, con afectación extraintestinal (aftas orales y artralgias).

Tratamiento, planes de actuación: Azatioprina oral. Mesalazina oral y rectal. Prednisona oral en pauta descendente.

Motivo consulta: sensación febril vespertina de 1 mes de evolución con febrícula termometrada en algunas ocasiones y artralgias generalizadas. Desde hace dos semanas, asocia dificultad para la movilización de las cinturas escapulares y pelvianas, molestias abdominales difusas, diarrea con emisión de sangre y aftas orales.

Evolución: Paciente ingresado inicialmente en servicio de medicina interna para estudio de febrícula y artralgias de larga evolución, acompañadas de diarrea y aftas orales. Durante el ingreso, se exacerba la clínica digestiva y se comprueba la mejoría de los síntomas con la instauración de corticoides iv; lo que hace sospechar de enfermedad inflamatoria intestinal, la cual se confirma con pruebas de imagen y endoscopia, pasando a cargo del servicio de Ap. Digestivo. Además, se toma muestra para biopsia, cuyo resultado está aún pendiente. La evolución del paciente es favorable tras la instauración del tratamiento pertinente y es dado de alta tras 1 mes de ingreso hospitalario.

Exploración: Buen estado, bien hidratado. Palidez cutánea. Eupneico en reposo. Aftas orales. Auscultación cardiopulmonar: normal. Abdomen: Ruidos presentes. Blando, depresible. Dolor de manera difusa. Ausencia de signos de irritación peritoneal. MMII: ausencia de edemas ni signos de TVP. Dolor a la movilización de cintura escapular y pelviana. PPCC urgencias: Hemograma: Leucocitosis con neutrofilia. Resto normal. Bioquímica sin alteraciones. Radiografía tórax y columna lumbar dentro de la normalidad. PPCC en planta: VSG 101. Ferritina 148'8. FR negativo. Serología negativa. ANA negativos. Hemocultivo y coprocultivo negativo. Matoux: negativo. TAC *abdomen:* Pancolitis e ileitis terminal distal, de origen inflamatorio-

Conclusiones

Importancia de tener presente el diagnóstico de enfermedad inflamatoria intestinal como causa de cuadros de diarreas de larga evolución. Así como la asociación de síntomas extraintestinales, pudiendo ser éstos las primeras manifestaciones de la enfermedad.

Palabras clave

Febrícula, Diarrea, Pancolitis

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

¡Doctor, soy nuevo. Contróleme que yo no puedo!Cámara Bravo IM¹, Ferre Fernández C², Ocaña Martínez L³¹ CS Rincón de la Victoria. Málaga² Médico de Familia. CS Rincón de la Victoria. Málaga³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Cala del Moral. Málaga**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

Motivo de la consulta

Mal control diabetes.

Historia Clínica

Varón 78 años con diabetes tipo 2 desde hace 8 años. Además dislipemia e Hipertensión Arterial. Sin complicaciones. No fumador ni bebedor.

Anamnesis: refiere más cansancio del habitual, no consigue perder peso y en ocasiones más irritable. Acudió los días previos a urgencias por glucemias al azar >300 en 4 ocasiones. Pautaron insulina rápida y control sin falta por su médico.

Exploración física: Talla 173cm, Peso 79Kg, IMC 26,39 Kg/m², TA 130/70 mm/Hg. Auscultación normal. No edemas en miembros inferiores. *Analítica:* glucemia: 233 mg/dl, HbA_{1c}: 14,1%, Col. T: 152, HDL: 36, LDL: 69, TG: 235, FG: 71ml/min, resto de parámetros normales. Tratamiento: Cambios en estilo de vida: dieta hipocalórica, baja en grasas y sal. Ejercicio físico 30 minutos/día. Refiere irregular cumplimiento. Metformina 1g/linagliptina 2,5mg/12h. Atorvastatina 40 mg/día. AAS 100 mg/24h.

Enfoque individual: Al ser un paciente nuevo en el cupo, se le pide analítica completa de control (última hacía 14 meses con HbA_{1c} de 8,2%). El objetivo inicial del paciente es <8%.

Enfoque familiar y comunitario: Apoyo familiar.

Juicio clínico: Diabetes mal controlada. Complicaciones asociadas, otros problemas endocrinológicos.

Tratamiento, planes de actuación: Planteamos iniciar insulina y aumentar la dosis 2 UI hasta glucemia en ayunas < 130 mg/dl. Al principio se niega por temor a hipoglucemias y a "pincharse". Tras convencerlo iniciamos tratamiento con 14 UI de Glargina 300 en desayuno, explicándole que es una insulina con bajo riesgo de hipoglucemias.

Evolución: Realizamos seguimiento intenso tanto por enfermería como en la consulta Médica. Nos va presentando las glucemias basales y se llega hasta 24 UI, logrando glucemias mantenidas <130 mg/dl. Cuatro meses más tarde se realiza nueva analítica obteniéndose una glucemia de 111 mg/dl y una HbA_{1c} de 6,6%. Además refiere buena tolerancia, sin aumento de peso y ausencia de hipoglucemias. Los TG bajaron a 162mg/dL, y LDL se mantuvo 78mg/dL.

Conclusiones

La diabetes tipo 2 es una de las patologías más frecuentes en nuestro día a día. Es importante conocer las nuevas líneas terapéuticas y saber cuando pasar de escalón por mal control de nuestros pacientes. Debemos dar confianza al paciente explicando las complicaciones de la enfermedad y los beneficios de los nuevos tratamientos. Una vez más, nuestro papel como "médico de cabecera" es primordial para acompañar a nuestros pacientes en su salud y bienestar.

Palabras clave

Diabetes, Hemoglobina Glicosilada, Antidiabéticos Orales

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Diagnóstico diferencial: de dolor torácico en mujer jovenGonzález Contero L¹, Salva Ortiz N¹, Bermúdez Torres FM²¹ Médico de Familia. Urgencias Hospital San Carlos. ;² Médico de Familia. DA Arcos de la Frontera.**Ámbito del caso**

Urgencias hospitalarias.

Motivo de la consulta

Opresión torácica.

Historia Clínica

Mujer de 50 años de edad con los siguientes:

Antecedentes personales de interés: No RAM conocidas. Fumadora de 10 cigarrillos al día. Niega HTA. Niega DM. Niega DLP. Bocio multinodular Tóxico diagnosticado hace una semana y valorada por Endocrinología en Abril 2017. Síndrome ansioso depresivo. Intervenciones quirúrgicas: amigdalectomía. Tratamiento domiciliario: Propranolol 10 mg, Tiamazol 5mg 2-2-2, Lorazepam 1mg a demanda.

Motivo de consulta: Acude por presentar, desde hace 2 días, episodios auto limitados e intermitentes, en número de 2, de disconfort centrotorácico opresivo, de 15-20 minutos de duración, que inicia con esfuerzo moderado, irradiado a miembro superior izquierdo y espalda. No cortejo vegetativo asociado.

Exploración física: TA 138/86 Saturación O₂ basal 99% Frecuencia cardíaca 75 lpm. Afebril. Buen estado general. Consciente, orientada y colaboradora. Normohidratada y normoperfundida. Eupneica en reposo. Auscultación cardíaca: tonos puros, rítmicos sin soplos. Auscultación pulmonar: MVC sin ruidos patológicos. Abdomen liso, blando, depresible, no doloroso, no organomegalias palpables. Ruidos hidroaéreos presentes. Miembros inferiores sin edemas ni signos de TVP.

Pruebas complementarias: ECG: RS a 80lpm, QRS estrecho, repolarización precoz en cara inferior.

Radiografía de Tórax: sin hallazgos patológicos.

Analítica: a destacar Troponina I 0.73 CK 83.

Resto estrictamente normal. Segunda determinación enzimática: Troponina I 0.90. CK 99. Se consulta el caso con Cardiología en hospital de referencia y se traslada para valoración.

Enfoque individual: Paciente con vida activa.

Enfoque familiar y comunitario: Casada con una hija de 17 años, buen apoyo familiar. Parada. Buen nivel socio económico. Natural de San Fernando (Cádiz).

Juicio clínico: Angor hemodinámico en el contexto de Tirotoxicosis severa.

Diagnóstico diferencial: Angor estable, angor inestable, SCA, Ansiedad.

Tratamiento: se administra AAS 300 mg y Clopidogrel 75mg vía oral.

Plan de actuación: Ingreso en Cardiología.

Evolución: Durante el ingreso la paciente se mantiene asintomática, se realiza: Ecocardiograma donde se aprecia una ligera hipertrofia de VI e insuficiencia mitral mínima. Cateterismo: coronarias sin lesiones. Se procede al alta de la paciente con seguimiento por parte de Atención Primaria y Endocrinología.

Conclusiones

Es importante tener en cuenta todos los diagnósticos diferenciales ante una patología tan frecuente como la presentada por la paciente, así como la realización de una anamnesis completa para poder apoyar el diagnóstico de sospecha.

Palabras clave

Chest, Pain, Thyroid

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Diagnóstico diferencial de absceso periamogdalino. A propósito de un casoBejarano Ávila G¹, Reyes Gilabert E¹, Sánchez García MC²¹ Odontóloga. DS Aljarafe-Sevilla Norte. Sevilla² Médico de Familia. CS Alcalá de Guadaira. Sevilla**Ámbito del caso**

Mixto. Atención Primaria (AP) y urgencias hospitalarias.

Motivo de la consulta

Niño de 9 años que acude a odontología derivada por su Médico de Familia (MDF) para descartar absceso periamigdalino.

Historia Clínica

Anamnesis: hace un mes tuvo una amigdalitis que se resolvió con antibióticos. Desde hace dos días tiene odinofagia, fiebre alta y está con amoxicilina-clavulánico.

Exploración intraoral: caries oclusales tipo I en varios dientes posteriores, sin afectación pulpar. Hipertrofia amigdalar izquierda e hinchazón y enrojecimiento del mismo lado en el paladar, cuello y cara; úvula desplazada al lado contralateral. Se palpan ganglios mandibulares. Dolor intenso en ese lado de la garganta y oído con fiebre, disnea, disfonía, disfagia, trismus y limitada movilidad cervical.

Pruebas complementarias: Ortopantomografía descartando posible patología de origen dentario. *Analítica:* leucocitosis, neutrofilia, trombocitosis, velocidad de sedimentación globular (46-105 mm), proteína C reactiva (9,9-265,9 g/l). Anticuerpos heterófilos negativos. Ante la gravedad del cuadro derivamos de urgencia a cirugía maxilofacial realizándole una ecografía cervical externa observándose absceso y practicando punción aspiración con microbiología de estreptococo pyogenes y actinomicas.

Enfoque individual. Antecedentes personales: no refiere, no reacciones adversas medicamentosas.

Enfoque familiar y comunitario: primogénito de una familia nuclear biparental.

Juicio clínico: Se llegó al diagnóstico definitivo de absceso periamigdalino, haciéndose diagnóstico diferencial con: absceso retrofaríngeo (pared posterior de la faringe), mononucleosis infecciosa (negatividad en anticuerpos heterófilos), pericoronaritis aguda de repetición por cordal incluido u otra patología dentaria (no tiene edad para esta afección, no se objetivó otra patología dentaria), quiste branquial de la segunda hendidura (localización más baja a nivel cervical posterolateral a glándula submandibular).

Tratamiento, planes de actuación: Se instauró pauta de amoxicilina-clavulánico intravenoso, deflazacort y fluidoterapia.

Evolución: A la 24-48 horas se realizó la incisión y drenaje del absceso siendo suficiente para no presentar recidivas en las posteriores revisiones realizadas por su MDF.

Conclusiones

El absceso periamigdalino requiere de un diagnóstico y tratamiento precoz debido a que veces pasa inadvertido y puede originar graves complicaciones. La mayoría de los casos se resuelven con antibioterapia, aunque si se vuelve a repetir o en amigdalitis recurrentes se aconseja la amigdalectomía.

Palabras clave

Peritonsillar Abscess, Retropharyngeal Abscess, Child

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Trastornos mentales en un enfermo de Parkinson en fases avanzadasLuna Pereira M¹, Pazos Pazos N², Pérez Cornejo Y²¹ Médico de Familia. CS Molino de la Vega. Huelva² Médico de Familia. CS Gibraleón. Huelva**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

Motivo de la consulta

Aparición de síntomas psiquiátricos en un enfermo de Parkinson.

Historia Clínica

Enfermo de Parkinson de 8 años de evolución en estadio IV-V que además de su déficit motores habituales y alteraciones en el lenguaje, comienza a presentar déficit cognitivos graves, insomnio, irritabilidad, temor constante injustificado con ideas intrusivas e incluso alucinaciones visuales que se intensifican en la noche del tipo de visualización de familiares fallecidos o animales.

Enfoque individual: Varón de 75 años con antecedentes personales de hipotiroidismo en tratamiento sustitutivo y enfermedad de Parkinson de larga evolución.

En la exploración física del paciente se objetivó angustia, nerviosismo constante, inquietud, incapacidad para relajarse, inestabilidad emocional o temeridad difusa.

Enfoque familiar y comunitario: El soporte sociofamiliar del paciente resultó fundamental. Un domicilio adecuado a sus necesidades y familiares convertidos en cuidadores expertos, permitieron solucionar los problemas.

Juicio clínico: La enfermedad de Parkinson es un trastorno neurodegenerativo producido por la muerte neuronal de ganglios basales responsable del déficit de dopamina. Aunque la sintomatología principal son los trastornos motores, cada vez se objetivan más síntomas psicopatológicos. Las causas pueden ser plurales: 1) Reacción psicológica a la

enfermedad. 2) Degeneración de estructuras y déficit de neurotransmisores. 3) Yatrogenia medicamentosa.

Tratamiento, planes de actuación: El tratamiento que seguía el paciente era: Levodopa, Benserazida y Selegilina. Los tratamientos con dopamina pueden causar, depresión, insomnio y psicosis tóxica con delirios o alucinaciones. El uso coadyuvante con Selegilina, puede intensificar estos síntomas, ya que su degradación, produce derivados anfetamínicos. Por ello se decide sustituir Selegilina por Quetiapina, antipsicótico de elección en estos casos asociado a Sivadigmina, unos inhibidores de la colinesterasa para los síntomas demenciales.

Evolución: Tras la nueva modificación del tratamiento, el paciente paulatinamente comenzó a tener un sueño más reparador y mayor actividad diurna con un discurso más coherente. Las alucinaciones visuales, aunque no desaparecieron, disminuyeron en número y gravedad.

Conclusiones

Los síntomas neuropsiquiátricos son prevalentes en la enfermedad de Parkinson tardándose en su diagnóstico y tratamiento. Quizás por falta de experiencia en el clínico o por la falta de comunicación entre los diferentes profesionales. Por ello, el seguimiento del Parkinson debe ser multidisciplinar, tanto por Neurología, Psiquiatría como por Atención Primaria, asegurando una buena calidad de vida para estos pacientes y sus familiares.

Palabras clave

Parkinson Disease, Problem Behavior, Interdisciplinary Communication

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Meningitis de repetición por fístula de líquido cefalorraquídeoOlmedo Fuentes IM¹, Sánchez Morales LR², Gilabert García-Pelayo ME³¹ DDCU El Puerto de Santa María (Cádiz)² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Pinillo Chico. El Puerto de Santa María (Cádiz)³ Médico de Familia. DCCU Puerto de Santa María (Cádiz)**Ámbito del caso**

Atención Primaria y hospitalaria.

Motivo de la consulta

Cefalea, fiebre y disminución de conciencia.

Historia Clínica

Nos avisan por paciente de 57 años aquejada de fiebre alta, cefalea, desorientación, bajo nivel de conciencia y relajación de esfínteres urinarios desde hace unas horas. Días previos catarro de vías altas con rinorrea.

Enfoque individual. Antecedentes personales: sin alergias medicamentosas conocidas, fumadora 20 cigarros/días, bebedora ocasional, hipertensión, obesidad, cefalea tensional, hirsutismo, sinusitis crónica, dos ingresos previos por meningitis. Pendiente de intervención quirúrgica por fístula de LCR por defecto de la lámina cribosa, con herniación a través de la misma de meninges.

Exploración física: regular estado general, desorientada, eupneica en reposo, normocoloreada y normohidratada. Glasgow 10/15. Somnolienta, poco colaboradora para la exploración neurológica, poca reactividad pupilar a la luz y acomodación, movimientos clónicos en mano derecha. Rigidez de nuca y meníngeos positivos. Auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen normal. Miembros inferiores sin hallazgos. SatO₂ basal 95%. FC 105 lpm FR 18 rpm. TA: 140/90 Temperatura 39°.

Pruebas complementarias: Hemograma leucocitosis con neutrofilia, bioquímica, coagulación y sedimento de orina normal. Radiografía de tórax normal. TAC craneal normal. Citología y bioquímica de LCR turbio con pleocitosis (8500) predominio polimorfonucleares 95%, disminución glucemia

(15 mg/dl). Cultivo LCR y dos hemocultivos positivos para *Streptococcus pneumoniae* sensible a penicilina y cefalosporinas.

Enfoque familiar y comunitario: Familia nuclear.

Juicio clínico: meningitis neumocócica recidivante por presencia de fístula LCR Primaria.

Diagnóstico diferencial: accidente cerebrovascular, convulsión, meningitis, tumor cerebral y absceso cerebral.

Identificación de problemas: la presencia de la alteración en la lámina cribosa predispone a la fistulación de LCR y un camino de acceso hasta sistema nervioso central. Las fístulas pueden ser Primarias (3-4%), relacionadas con malformaciones de la base craneal y con la obesidad. Las secundarias (80%) a traumatismos craneofaciales. El resto (16%) son iatrogénicas.

Tratamiento: vía venosa periférica, sueroterapia, paracetamol y antibioterapia.

Planes de actuación: Traslado al hospital en UVI móvil. Ingreso hospitalario.

Evolución: clínica sin secuelas y pendiente de intervención quirúrgica.

Conclusiones

Creemos que nuestra paciente se beneficiaría de una intervención ya que cualquier defecto de la base craneal que permita una comunicación directa del contenido intracraneal con la fosa nasal y/o senos paranasales requiere reconstrucción para evitar nuevas complicaciones.

Palabras clave

Fístula, Meningitis, Líquido Cefalo Raquídeo

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Escucha, explora y acertarásHuesa Andrade M¹, González Lavandeira M², Fernández Bonilla CM³¹ Médico de Familia. CS Pilas. Sevilla² Médico de Familia. DDCU Sevilla³ Médico de Familia. CS Arahal. Sevilla**Ámbito del caso**

Atención Primaria y Urgencias.

Motivo de la consulta

Dolor lumbar y en MMII (miembro inferior) derecho de seis meses de evolución.

Historia Clínica

Mujer de 73 años, consulta por presentar dolor alternante en región dorsolumbar irradiado a MMII derecho. Lo focaliza en zona lumbar y en cara anterior del muslo.

Enfoque individual. Antecedentes personales: No alergias medicamentosas. Hipertensión arterial. Graves Basedow.*Anamnesis:* Ha consultado varias veces por este motivo y ha sido valorada por traumatología con los diagnósticos de cruralgia y lumbalgia.*Exploración:* No apofisalgias. La flexión ventral y dorsal, lateralización derecha e izquierda son dolorosas. Lassegue y Brazard negativos. Fuerza 5 /5, reflejos y sensibilidad en MMII simétricos. Dolor a la palpación en región distal del fémur derecho. No aumento de temperatura ni de eritema.*Evolución:* y seguimiento del caso: Volvemos a interrogar a la paciente y nos define el dolor como alternante e intenso, que llega a despertarle por la noche, focalizado en la cara anterior del muslo derecho. Comenta también pérdida de peso, que podría relacionarse con hipertiroidismo que padece. Ante la clínica y anamnesis solicitamos radiografía (Rx) fémur.*Pruebas complementarias:* Rx fémur: Imagen quística que impresiona de lítica en diáfisis

femoral con bordes en sacabocados que afecta a la cortical.

Enfoque familiar y comunitario: Familia nuclear en la etapa III (final de la extensión), fase centrípeta del Ciclo Vital Familiar (familia normofuncional). Red social con alto apoyo.*Juicio clínico:* Carcinoma no microcítico de pulmón (CNMP) estadio IV.*Diagnósticos diferenciales:* Osteosarcoma, quiste óseo, Osteoma osteoide, Sarcoma de Ewing, mieloma múltiple.*Tratamiento, planes de actuación:* Se deriva a medicina interna para estudio. Se realiza TAC Tórax – abdomen y MMII: Masa pulmonar en lóbulo medio de pulmón derecho, con afectación adenopática hilar y metastásica ósea en fémur derecho y vertebral múltiple. Antígenos C. A. 19.9 y C. A. 125 elevados.*Evolución:* Tratamiento dirigido con crizotinib y radioterapia. Actualmente en tratamiento con cuidados paliativos.**Conclusiones**

La importancia de realizar una buena anamnesis, las características del dolor y síntomas constitucionales nos ayuda a llegar al diagnóstico. Así como llevar a cabo una exploración exhaustiva, valorando siempre los síntomas de alarma que puedan aparecer. En nuestro caso el dolor con simplemente palpar la cara anterior del muslo.

Palabras clave

Femoral Fractures, Lung Neoplasms, Physical Examination

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Síndrome Tusígeno en varón joven, a propósito de un casoGonzález Contero L¹, Salva Ortiz N¹, Bermúdez Torres FM²¹ Médico de Familia. Urgencias Hospital San Carlos. San Fernando (Cádiz)² Médico de Familia. Arcos de la Frontera (Cádiz)**Ámbito del caso**

Atención Primaria. Urgencias hospitalarias.

Motivo de la consulta

Tos de meses de evolución.

Historia Clínica

Varón de 28 años de edad con los siguientes antecedentes personales de interés: No RAM conocidas. Niega hábitos tóxicos. Pleuroneumonía en la infancia que requirió ingreso hospitalario. Niega otros antecedentes médico quirúrgicos de interés. Tratamiento domiciliario no realiza.

Motivo de consulta: Acude por presentar, desde hace al menos 6 meses, tos irritativa, intermitente, con episodios febriles aislados y autolimitados, último constatado en Febrero de 38.5°. Disnea progresiva en los últimos 7 días. En el día de hoy refiere dolor costal derecho, de características pleuríticas, asociado a episodio vasovagal con pérdida del tono postural, pérdida de conciencia de segundos de duración y recuperación posterior. No síndrome constitucional. Tratamiento antibiótico empírico en varias ocasiones, último hace 15 días.

Exploración física: Beg, COC, normohidratado y normoperfundido. Eupneico en reposo. TA 120/60 Frecuencia cardíaca: 80lpm. Afebril. Saturación basal 97%. Auscultación cardíaca: tonos rítmicos, puros, sin soplos. Auscultación pulmonar: Hipofonesis en hemitórax derecho con crepitantes en la base del mismo. Abdomen anodino. Miembros inferiores sin edemas ni signos de TVP.

Pruebas complementarias: Analítica: a destacar PCR 50. Leucocitos 19810 (Neutrófilos 88%). Resto dentro de la normalidad.

Radiografía de Tórax: Derrame pleural derecho. TAC Tórax: Moderado derrame pleural con empiema en pulmón derecho. Lesión nodular en íntimo contacto con la colección descrita. Se contacta con Neumología de hospital de referencia y se deriva para ingreso y estudio.

Enfoque individual: Paciente con vida activa.

Enfoque familiar y comunitario: Soltero, trabaja como administrativo y monitor infantil. Vive sólo. Buen nivel socio-económico. Natural de Badajoz, pero vive en San Fernando (Cádiz).

Juicio clínico: Neumonía derecha con empiema paraneumónico.

Diagnóstico diferencial: Neumotórax, CVA.

Tratamiento, planes de actuación: Se coloca tubo de drenaje, se analiza el líquido pleural y se administra antibioterapia de amplio espectro.

Evolución: El paciente evoluciona de forma favorable, drenando 500cc de líquido seroso oscuro. Existe mejoría analítica y radiográfica, por lo que se procede al alta con tratamiento antibiótico y revisión por parte de Neumología de forma periódica. Revisiones a posteriori dentro de la normalidad.

Conclusiones

Destacar la importancia del manejo multidisciplinar de los pacientes, insistir en la necesidad de una historia clínica y anamnesis correcta, así como la realización de pruebas complementarias específicas.

Palabras clave

Cough, Fever, Costal Pain

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Tengo una punzada asfixianteSánchez Morales LR¹, Olmedo Fuentes I², Gilabert García-Pelayo ME³¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Pinillo Chico. El Puerto de Santa María (Cádiz)² Enfermera. DCCU Puerto Santa María. Cádiz³ Médico de Familia. DCCU Puerto de Santa María. Cádiz**Ámbito del caso**

Atención Primaria y hospitalaria.

Motivo de la consulta

Dolor costal y disnea.

Historia Clínica

Varón de 20 años valorado en urgencias por dolor costal derecho punzante y disnea de varios días de evolución en el contexto de cuadro de infección respiratoria de vías altas acompañado de tos seca.

Enfoque individual: Antecedentes personales niega alergias medicamentosas, asma bronquial sin tratamiento, fumador 7 cigarros/día. Intervenido de varicocele. Tratamiento: ibuprofeno.

Exploración física: consciente, orientado, colaborador, hidratado y no tiraje intercostal. Glasgow 15/15. Auscultación cardiopulmonar con tonos rítmicos sin soplos y abolición del murmullo vesicular en hemitórax derecho. Abdomen normal. Sin edemas ni signos de trombosis venosa en miembros inferiores. Neurológico: normal. TA 125/75 FC 87 StO₂ 97% Temperatura 36.6 °

Pruebas complementarias: ECG: RS a 90 lpm. Radiografía tórax: neumotórax derecho masivo. *Analítica:* hemoglobina 15 g/dl, hematocrito 45%, 12.600 leucocitos con 85 % neutrófilos, resto de hemograma, coagulación y bioquímica básica de urgencias dentro de la normalidad.

Enfoque familiar y comunitario: Vive con sus padres, estudia en la universidad.

Juicio clínico: neumotórax espontáneo primario (NEP).

Diagnóstico diferencial: asma, neumotórax, hemotórax y tromboembolismo pulmonar.

Identificación de problemas: el paciente fue valorado en atención Primaria y diagnosticado de catarro de vías altas. En consulta disponemos de escasos minutos por paciente y asumimos una excesiva carga de trabajo que puede llevar a cometer errores como este, por lo que es importante una correcta exploración física, aunque el paciente presente un buen estado general.

Tratamiento, planes de actuación: Ingresó para la inserción de un tubo de drenaje pleural. Se realiza radiografía de tórax de control donde se observa una reexpansión del neumotórax. Se aconsejó la deshabitación del hábito tabáquico. Salbutamol a demanda.

Evolución: Buena evolución clínica.

Conclusiones

El NEP aparece en jóvenes sin enfermedad pulmonar conocida. Ser varón, Delgado consumir tabaco y/o marihuana aumenta el riesgo de padecer un NEP. Se puede complicar con un neumotórax a tensión, desplazando el mediastino, interfiriendo la ventilación, dificultando el retorno venoso y disminuyendo el gasto cardiaco. Aunque la incidencia de NEP es baja, ante un paciente joven con disnea y dolor torácico, fumador y delgado hay que tener presente esta entidad clínica.

Palabras clave

Pneumothorax, Chest Pain, Dyspnea

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Perder peso, no todo valeGonzález Lavandeira M¹, Huesa Andrade M², Fernández Bonilla CM³¹ Médico de Familia. DDCU Sevilla² Médico de Familia. CS Pilas. Sevilla³ Médico de Familia. CS Arahal. Sevilla**Ámbito del caso**

Urgencias hospitalarias.

Motivo de la consulta

Erupción cutánea y palpitations.

Historia Clínica

Varón de 33 años que acude a urgencias hospitalarias por erupción cutánea y sensación de palpitations desde hace 3 días.

Enfoque individual. Antecedentes personales: sin interés.

Anamnesis: problema de obesidad desde la infancia, realiza dieta saludable y ejercicio físico. Hace cuatro meses acudió a médico en otra ciudad especializado en culturismo (desconoce especialidad, nombre ni dirección de la consulta) donde se le recomienda testosterona cipionato 250, hormona tiroidea T3 y hormona de crecimiento. Realizó la compra por internet y tomó el tratamiento durante 2 meses sin aparentes efectos secundarios y con pérdida ponderal. Hace 3 días comienza nuevamente con el tratamiento y refiere aparición de erupción cutánea y sensación de palpitations.

Exploración: Aceptable estado general, eupneico, Tensión arterial 200/110 mmHg, FC 140lpm, auscultación cardíaca: rítmica a 140lpm sin otras alteraciones. Máculas eritematosas generalizadas. Resto exploración anodina.

Pruebas complementarias: analítica sanguínea: PCR elevada (156 mg/dL), Tiroxina 4 libre baja (0,62 ng/dL) con Tirotrópica alta (7,14 microUI/mL, Hormona de crecimiento

suprimida (0,06 ng/dL), testosterona elevada (51,2 nmol/L) con gonadotropinas suprimidas.

Enfoque familiar y comunitario: Debemos evitar que la compra de fármacos por internet y su prescripción por pseudo médicos se extienda en la población.

Juicio clínico: Uso inadecuado de terapia hormonal. Reacción adversa.

Diagnóstico diferencial: HTA esencial, HTA secundaria, urticaria.

Tratamiento, planes de actuación: supresión de terapia hormonal, sueroterapia durante su estancia en urgencias y ver evolución,

Evolución: A lo largo de su estancia en el Servicio de Urgencias, su tensión arterial se normalizó al igual que la frecuencia cardíaca. Dada la buena evolución, se da de alta y se deriva a consulta externa de Endocrinología para analítica hormonal y seguimiento.

Conclusiones

La importancia de este caso clínico para la atención Primaria radica en que cada vez es más sencillo el acceso a fármacos por internet donde además de fomentar el comercio ilegal, éstos carecen de los controles Sanitarios necesarios para su venta. No es fácil evitar estos casos si el paciente no acude a la consulta pero siempre que exista ocasión o sospecha de consumo de este tipo de fármacos, debemos informar de los posibles efectos nocivos para la salud.

Palabras clave

Endocrino, Testosterona, Internet

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Amiotrofia diabética: una neuropatía poco frecuenteCuenca del Moral R¹, Martín Márquez EC², Ramírez Martín C³¹ Médico de Familia. CS Albarizas. Marbella (Málaga)² MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Marbella. UD de MFyC. Málaga³ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Marbella. UD de MFyC. Málaga**Ámbito del caso**

Atención Primaria, atención hospitalaria. Autorización de paciente para publicación.

Motivo de la consulta

Dolor en pierna izquierda.

Historia Clínica

Mujer de 69 años. Consulta por dolor de pierna izquierda de semanas de evolución que asocia progresivamente impotencia para la flexión de cadera. Remitida a Traumatología.

Enfoque individual: Antecedentes de Hipertensión Arterial. Diabetes mellitus tipo 2 en tratamiento antidiabéticos orales de 5 años de evolución con buen control metabólico (HbA1C 6.1). Gonartrosis. Espondiloartrosis. Tras la consulta inicial presenta pérdida de peso y anorexia. Progresivamente la paciente presenta afectación contralateral desarrollando en 6 semanas paraparesia progresiva de miembros inferiores: Miembro inferior izquierdo: flexión cadera 2/5, Extensión/flexión rodilla 3/5, dorsi-flexión pie 0/5. Derecho: flexión cadera 3/5, Extensión/flexión rodilla 4/5, dorsi-flexión pie 0/5. Alodinia, hipoestesia termoalgésica, anestesia propioceptiva y parestesia. Marcha no explorable. Ingresó en Medicina Interna y posteriormente Neurología. Analítica normal. Serología negativa. Autoinmunidad negativa. Líquido cefalorraquídeo normal. Resonancia Magnética Nuclear dorso lumbar y de plexos lumbosacros normales. Electroneurograma: Polineuropatía distal proximal de predominio izquierdo y perineal axonal desmielinizante de predominio axonal sensorio motor grado severo

Enfoque familiar y comunitario: Al alta hospitalaria Barthel 25 (previo 100) Vive sola

con su marido (familia anciana/disolución). Dos hijas trabajadoras que no viven en domicilio con hijos escolares (extensión completa).

Juicio clínico: Amiotrofia diabética.

Diagnóstico diferencial: Polirradiculopatía autoinmune (vasculitis), infecciosa (HIV), tóxica (plomo) o neoplásica (síndrome paraneoplásico).

Problemas: Dificultad para que su marido asuma papel de cuidador formal. Establecer súbitamente un plan de cuidados en domicilio para el paciente y la familia.

Tratamiento, planes de actuación: Durante ingreso se administra flebogamma 2 gramos/kg repartido en 5 días con leve mejoría en flexión cadera izquierda. Al alta se inicia tratamiento gabapentina 300 mg/ 8 horas y duloxetina 60 mg diarios. Entrevista familiar. Afrontamiento familiar y valoración de riesgos. Se pone en marcha plan de cuidados en domicilio. Asignación de cuidador formal. Intervención trabajadora social. Intervención enfermera gestora de casos.

Evolución: Mejoría parcial de paraparesia a los 18 meses. Precisa ayuda para deambular.

Conclusiones

La amiotrofia diabética es una de las formas menos frecuentes de presentación de la neuropatía en la diabetes, pudiendo incapacitar de forma rápida a estos pacientes

Palabras clave

Diabetic Neuropathies, Paraparesis

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Si puedes curar, cura; si no puedes curar, alivia; si no puedes aliviar, consuelaHerrera Campos EA¹, López Díaz JA², Hinojosa Fuentes F³¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Adoratrices. Huelva² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Molino de la Vega. Huelva³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Molino de la Vega. Huelva**Ámbito del caso**

Atención hospitalaria (Ginecología, Medicina Interna).

Motivo de la consulta

Dolor abdominal.

Historia Clínica

Paciente de 48 años, natural de Rumania, sin antecedentes personales de interés con cuadro de hipogastralgia de 15 días de evolución, náuseas y sensación febril no termometrada, niega clínica miccional, heces normales. Test de gestación positivo en orina que posteriormente se negativiza y que la paciente niega. Masa dolorosa en hipogastrio. Ecografía abdominal: 2 masas en ambos ovarios elevación marcada de Ca19.9 y transaminasas, trombopenia y elevación de Dímero D. *Gastroscopia*: adenocarcinoma gástrico. RMN: carcinomatosis peritoneal y ósea.

Enfoque individual: Llegados a este punto iniciamos actuaciones para comunicar la mala noticia, cuidando el entorno (dónde), momento (cuándo) y persona (a quién), informamos una vez terminado el pase de planta, en habitación individual, a paciente e hija, que sí comprende español. Lo hacemos durante varios días aportando información de forma progresiva (aclimatación). Al conocer los deseos de la paciente de regresar a su país ampliamos su estancia hospitalaria hasta el día previo al vuelo tratando que se encuentre lo mejor posible y facilitamos informes detallados aportando medicación sintomática y las recetas de la misma para que la pueda tomar mientras vuela.

Juicio clínico: Adenocarcinoma gástrico estadio IV (tumor de Krukenberg con carcinomatosis peritoneal y ósea. Síndrome de coagulación intravascular diseminada (SCID) D/D fibroma, fibrotecoma ovárico bilateral.

Tratamiento, planes de actuación: Tratamiento sintomático desde inicio y quimioterapia paliativa que iniciará a la llegada a su país natal.

Evolución: La paciente mantuvo aceptable estado general por lo que trabajando coordinadamente con su hija y unos amigos pudo cumplir su deseo de regresar a casa.

Conclusiones

Tras conocer el pésimo pronóstico cobran un papel fundamental las técnicas de comunicación de malas noticias, desafortunadamente esenciales para todo médico. Entre las estrategias destaca cuidar el entorno, averiguar qué sabe el paciente, qué quiere saber, responder a sus emociones y elaborar un plan de cuidados. Habilidades como empatía, bidireccionalidad, silencios funcionales, asertividad, lenguaje no verbal y palabras de poco contenido emocional resultan de gran utilidad para cumplir nuestros propósitos. No estamos autorizados a dar una mala noticia si no vamos a ser capaces de plantar cara a las emociones del paciente

Palabras clave

Bad News, Doctorpatient Communication, Palliative Care

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Disfagia, no todo es lo que pareceGonzález Lavandeira M¹, Fernández Bonilla CM², Huesa Andrade M³¹ Médico de Familia. DDCU Sevilla² Médico de Familia. CS Arahal. Sevilla³ Médico de Familia. CS Pilas. Sevilla**Ámbito del caso**

Urgencias hospitalarias.

Motivo de la consulta

Disfagia tras ingesta de carne.

Historia Clínica

Mujer de 73 años que acude a urgencias por disfagia.

Enfoque individual. Antecedentes personales: no alergias conocidas, neoplasia de mama en remisión.*Anamnesis:* acude a urgencias por impactación de bolo alimenticio tras ingesta de carne de pollo. Desde hace un mes refiere dificultad para la ingesta oral con empeoramiento progresivo y pérdida ponderal de unos 12Kg. Se realiza endoscopia urgente encontrándose estenosis a 28cm de arcada dentaria sin encontrarse dilatación anterior ni posterior. Se da de alta y se deriva a consulta de Digestivo donde en TAC de tórax se objetiva lesión sugerente de neoplasia pulmonar a nivel de Lóbulo inferior derecho que no contacta con esófago y bocio endotorácico. Dados los hallazgos, se deriva a consulta de endocrinología y neumología pero antes de ser valorada acude nuevamente a urgencias por disfagia a solidos y liquidos lo que le lleva a prácticamente nula ingesta. Niega dolor retroesternal, vómitos, disnea.*Exploración:* Aceptable estado general, eupneica. Hemodinamicamente estable. Palpacion cervical: bocio, ausencia de adenopatías.*Pruebas complementarias:* Ecografía tiroidea: glándula tiroidea aumentada de tamaño cuyos limites se pierden dentro de la caja torácica. Múltiples imágenes nodulares, solidas con vascularización periférica. Esófago rechazado

posteriormente, calibre proximal de tráquea conservado. Endoscopia: estenosis a 28cm de arcada dental donde se observa masa adenopática de aspecto neoplásico. A 20cm bocio intratorácico. PAAF: carcinoma no de celula pequeña. PET-TAC: 1. Lesión pulmonar en lóbulo inferior derecho sugestiva de malignidad con afectación linfática hilar ipsilateral así como mediastínica derecha sobrepasando línea media y metástasis adrenal izquierda. 2. Bocio endotorácico. 3. Adenopatía supraclavicular izquierda sugestiva de malignidad.

Enfoque familiar y comunitario: Familia normofuncional, importante red de apoyo.*Juicio clínico:* Disfagia secundaria a cáncer de pulmón no de célula pequeña con compresión extrínseca estadio IV. Bocio multinodular toxico.*Diagnóstico diferencial:* disfagia secundaria a bocio intratorácico.*Tratamiento, planes de actuación:* Colocación de prótesis metálica esofágica*Evolución:* Buena evolución durante su ingreso en planta, eupneica y realiza ingesta tras colocación de prótesis esofágica.**Conclusiones**

Es importante recordar la anatomía cervical y tiroidea ya que para que un bocio intratorácico se manifieste con disfagia, primeramente debe comprimir traquea y por tanto manifestarse con disnea, afonía.

Palabras clave

Oncología, Bocio, Disfagia

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

ALGIAS ¿Hasta dónde profundizar en urgencias?Aragón Aragón T¹, Carbajo Martín L², León Arévalo IM³¹ Médico de Familia. HAR Écija. Sevilla² Médico de Familia. AGS Sur. Sevilla³ Médico de Familia. HAR Morón. Sevilla**Ámbito del caso**

Atención hospitalaria (urgencias).

Motivo de la consulta

Polimialgias.

Historia Clínica

Varón de 72 años que acude a urgencias por una crisis de artritis gotosa de 15 días de evolución, pérdida de peso de 10 kg durante esta crisis y malestar general, flojedad.

En la exploración se objetiva regular estado general, TA 134/71, Temperatura 36°C, saturación Oxígeno 96%, FC 76lpp, palidez mucocutánea, eupneico, afebril, importantes signos de artritis en ambas manos y rodillas, tofo gotoso en codo izquierdo. Realizamos analítica completa y comparamos con la previa de su CSO donde VSG era de 28 y ácido úrico de 8. En nuestra analítica destacamos PCR 82.60. Administramos medicación IV debido a los dolores del paciente metilprednisolona 125 mg iv, ranitidina 50 mg IV y metamizol 2 g IV.

Enfoque individual: Antecedentes personales hipertensión, no otros factores de riesgo cardiovasculares tampoco alérgicas medicamentosas conocidas, en estudios por crisis gotosas desde su juventud, no realiza un tratamiento correcto de esta patología puesto que no toma a diario alopurinol y abusa de colchicina.

Enfoque familiar y comunitario: Vive solo, viudo sin hijos.

Juicio clínico: El paciente presenta una crisis de artritis gotosa pero también impresiona de polimialgia reumática ya que presenta síntomas cardinales y dolor en cintura escapular.

Tratamiento, planes de actuación: Pautamos medicación con corticoides orales prednisona 30 mg /24, omeprazol 20 mg/24h, naproxeno 500 mg /8h y cita a medicina interna.

Evolución: Como analítica relevante destacamos serología IgG tracomatis 1/8 resto negativo. FR negativo. PCR 32, VSG21 Ac úrico 7.9. Mala evolución del paciente, continua con sinovitis activa en ambas muñecas metacarpofalangicas bilaterales, IFP, rodillas sobre todo al suspender la prednisona que ha tomado un mes. Se deriva a reumatología. Haciendo hincapié en el tratamiento y pauta de administración.

Conclusiones

Debemos destacar la importancia de profundizar en urgencias de la causa del dolor y no solo en su tratamiento agudo, solo con comprobar analíticas previas y solicitar nuevas podemos ayudar en la orientación diagnóstica del paciente y así mismo evitar nuevas visitas a urgencias por la misma causa.

Palabras clave

Causalgia, Gout, Osteoarthritis

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Abordaje de la depresión mayor en Atención PrimariaPazos Pazos N¹, Luna Pereira M², Mellado Prenda C³¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Gibraleón. Huelva² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Molino de la Vega. Huelva³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Adoratrices. Huelva**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

Motivo de la consulta

Ansiedad, sentimiento de culpa e insomnio en las últimas semanas en una mujer sin antecedentes previos.

Historia Clínica

Paciente que acude su CS solicitando poder conversar con su médico. Refiere que en las últimas semanas debido a un factor desencadenante (problemas en su matrimonio) ha comenzado con palpitaciones, sensación de opresión torácica, sensación de culpabilidad en el problema que relata, pérdida de peso por falta de apetito, apatía y dificultad para conciliar y mantener el sueño. Acude ahora aunque ya lleva varias semanas así porque en estos momentos está peor y le está afectando su actividades de la vida cotidiana.

Enfoque individual: Mujer de 35 años sin antecedentes de interés. En la exploración física observamos a una mujer consciente, orientada y colaboradora, estado depresivo con tendencia al llanto, una auscultación cardioPulmonar normal, resto de exploración sin hallazgos patológicos. Tras la exploración solicitamos analítica para que se la realice en los próximos días y electrocardiograma con toma de constantes para realizarse de urgencias. Las pruebas de urgencias fueron normales.

Enfoque familiar y comunitario: Madre de dos niños. Casada. Refiere problemas en el domicilio por continuas discusiones debido a problemas económicos, problemas de

adicciones del marido y sobrecarga de trabajo. Actualmente desempleados con una prestación por desempleo.

Juicio clínico: Con los datos obtenidos en la entrevista la diagnosticamos de depresión mayor, aunque solicitamos analíticas para realizar un diagnóstico diferencial con enfermedades que puedan cursar con algunos de éstos síntomas como el hipertiroidismo. Las causas de estos síntomas son las comentadas previamente.

Tratamiento, planes de actuación: Iniciamos tratamiento con paroxetina 20 mg/24h y clorazepato dipotásico 15mg/24h y derivamos a Salud Mental para valoración y seguimiento por parte del Psiquiatra y Psicólogo.

Evolución: Tras varios meses con tratamiento farmacológico y múltiples citas con el psicólogo, la paciente refiere gran mejoría de la clínica y que actualmente se encuentra muy estable.

Conclusiones

En este caso clínico observamos como una problemática multicausal puede desencadenar un problema de Salud Mental en una paciente previamente sana. Es importante en estos casos un abordaje integral tanto farmacológico como psicológico. Y destacar que un buen apoyo familiar favorece la buena evolución de la enfermedad.

Palabras clave

Sadness, Apathy, Problems, Sleeplessness

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

¿Doctor, ya no tengo diabetes?

Merino de Haro I¹, Fernández López P², Rinaldi Pabón F³

¹ Médico de Familia. CS San Luis de Sabinillas. Málaga

² Médico de Familia. CS La Zubia. Granada

³ Médico de Familia. CS San Luis de Sabinillas. Málaga

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivo de la consulta

Astenia y pérdida de peso.

Historia Clínica

Atecedentes Personales: diabetes mellitus.

Anamnesis: Consulta 1: Paciente de 58 años, que acude a consulta por pérdida de peso, de unos 20kg, astenia, y sensación de parestesias en miembros inferiores. No fiebre, ni otra clínica.

Exploración: Buen estado general, no impresiona de gravedad. ACR: rítmica a buen ritmo (74lpm), con MVC en todos los campos. Abdomen: Anodino. MMII: no edemas, ni signos de TVP. TA: 135/87. FC: 74lpm, SatO₂: 98%, IMC: 23.5 Glucemia capilar: 677. Rehistoriamos al paciente que refiere que era Diabético, pero que hace un año en la consulta Programada de Medicina Interna, le informaron que no tenía que tomar medicación para la diabetes, porque estaba curado (no disponemos de Informes Clínicos). Dejó de tomar medicación que no recuerda. Y asocia poliuria, polidipsia, sin polifagia, y parestesias en miembros inferiores. Tratamos con SF500 e insulina, y presenta mejoría glucémica de 255, y añadimos Metformina 875mg 1/24h, Pregabalina 75mg 1/24h. Recitamos en 3 días.

Consulta 2: Mejoría de glucemias, en torno a 225, y clínica, aumentamos tratamiento a Metformina 875mg/8h y Linagliptina 5mg, y Pregabalina 75mg 1/12h. Solicitamos analítica de perfil diabético. Y derivamos a educación diabetológica.

Consulta 3: A la semana acude con mejoría clínica y glucemia, los resultados de la analítica

presentan HbA_{1c} de 11, sin otros datos de interés, con buena función renal, y resto de analítica.

Añadimos glicacida 30 mg /24h

Consulta 4: A la semana el paciente presenta buen control glucemia de cifras en torno a 210, y mejoría de la neuropatía.

Enfoque individual: Paciente que desconocía la información de la enfermedad, así como su diagnóstico.

Enfoque familiar y comunitario: Pertenece a una Familia Nuclear, su mujer con la que mantiene una excelente relación, se hace responsable de la Medicación de su marido.

Juicio clínico: Diabetes mellitus, con mal cumplimiento terapéutico, por mala comunicación médico-paciente. Polineuropatía diabética.

Tratamiento, planes de actuación: Metformina 1g/8h. Linagliptina 5mg 1/24h. Glicacida 30 mg 1/24h. Pregabalina 75mg 1/12h.

Evolución: Tras 4 meses de tratamiento presenta un perfil glucémico de 155, con HbA_{1c} de 7.5, y mejoría clínica evidente. Y buen autocontrol.

Conclusiones

La comunicación es una herramienta de vital importancia en medicina de familia, con la que podemos modificar el devenir de un paciente.

Palabras clave

Diabetes Mellitus, Medical Errors, Hemoglobin A, Glycosylated

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Una cara diferente de la fiebre

Aragón Aragón T¹, Carbajo Martín L², León Arévalo IM³¹ Médico de Familia. HAR Écija. Sevilla² Médico de Familia. AGS Sur. Sevilla³ Médico de Familia. HAR Morón. Sevilla**Ámbito del caso**

Atención hospitalaria (urgencias).

Motivo de la consulta

Fiebre.

Historia Clínica

Mujer de 82 años que acude al Servicio de Urgencias por malestar general, fiebre desde anoche y disnea. En la exploración física se objetiva FC 91lpp, Saturación oxígeno 82% temperatura 37. 9°C TA 170/93, regular estado general. Se realiza analítica completa en urgencias y radiografía de tórax donde se objetiva tumoración torácica en fosa supraclavicular que radiológicamente ha destruido la clavícula. Se administra paracetamoLg IV y oxigenoterapia al 28%.

Enfoque individual: No alergias medicamentosas conocida, No hábitos tóxicos, Hipertensa, diabetes mellitus tipo 2, Fibrilación auricular crónica anticoagulada con sintrom. TBC en la infancia.

Enfoque familiar y comunitario: Vive con su marido sin patología actual.

Juicio clínico: Insuficiencia respiratoria, Insuficiencia cardíaca, metástasis de tumoración.

Tratamiento, planes de actuación: Se deriva al hospital de referencia debido al mal estado general de la paciente ya que vemos que no se puede controlar de forma ambulatoria y para ampliar estudios sobre la imagen radiológica visualizada en urgencias.

Evolución: Se ingresa en el servicio de Medicina Interna donde se le realiza: Hemograma: leucocitos 6400 con neutrofilia y linfopenia de 1100, HB 11.7, VCM 105, plaquetas 200000, PCR 1, estudio de coagulación normal, Bioquímica: normal PRO BNP 9076 troponina 18. Hormonas tiroideas normales, estudio metabólico del hierro normal. Gasometría venosa normal. Se realiza ecocardiograma destacando dilatación del ventrículo derecho, ventrículo izquierdo con HVI y disfunción diastólica y FE 48%. TACAR en LSD reagudización infecciosa de broncopatía inflamatoria crónica en muy probable contexto OCFA a correlacionar con parámetros funcionales y clínicos. Signos de sobrecarga cardíaca derecha y dilatación de AI. Ligera disminución de volumen de masa mielomatosa que desestructura clavícula derecha e infiltra partes blandas colindante.

Conclusiones

Como siempre destacar que nuestro procedimiento en urgencias en tratar y solventar problemas agudos, pero sin dejar de ver mas allá en el cuadro clínico de los pacientes, ya que tenemos a nuestro alcance numerosas pruebas con las que orientar y facilitar el diagnósticos a otras especialidades y con ello beneficiar la paciente. Esta señora fue diagnosticada de mieloma múltiple, plasmocitoma laterocervical derecho con neumonia concomitante siguió el control por parte de medicina interna y hematología.

Palabras clave

Dyspnea, Clavicle Pulmonary, Medicine

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

¿Cuándo tardamos en realizar un ecg?

Merino de Haro I¹, Fernández López P², Pérez Buendía I³¹ Médico de Familia. CS San Luis de Sabinillas. Málaga² Médico de Familia. CS La Zubia. Granada³ Médico de Familia. Hospital Universitario PTS. Granada**Ámbito del caso**

Mixto.

Motivo de la consulta

Dispepsia y astenia.

Historia Clínica*Antecedentes personales:* Hombro Doloroso.*Anamnesis: Consulta 1:* Paciente de 68 años que acude al Servicio de Urgencias de Atención Primaria, porque desde hace unas horas tiene molestias estomacales, con sensación de náuseas, sin vómitos, ni diarrea, ni fiebre, ni dolor torácico, ni cuadro de vegetativismo, ni disnea, ni otra clínica.*Exploración:* Abdomen: Anodino. Tratamiento: Omeprazol 20 mg cada 24h, Desketoprofeno 25mg cada 12h, alternándolo con Paracetamol 1gr cada 12h.*Consulta 2:* Paciente acude de nuevo a consulta, en esta ocasión al CS, donde refiere que presenta astenia, con debilidad y disnea de mínimos esfuerzos, sin cambio en hábito intestinal, ni alteraciones en las heces, sin dolor torácico, ni síntomas vegetativos.*Exploración:* Tensión Arterial: 100/60, Sato2: 98%, FC: 50-53lpm. ACR: Rítmica con bradicardia en torno a 51lpm, con MVC en todos los Campos sin ruidos sobreañadidos. Abdomen: Anodino, incluyendo auscultación. MMII: No edemas, ni signos de TVP.*Pruebas complementarias:* ECG: Ritmo sinusal en torno a 50lpm, con elevación del ST en II, III, AVF, y descenso en V2-V5.

Se diagnóstica de Síndrome Coronario Agudo con Elevación del ST, y se activa a la UVI móvil para traslado al Hospital.

Enfoque individual: Paciente con dificultad idiomática por origen extranjero.*Enfoque familiar y comunitario:* Casado con su mujer, con la que mantenía una excelente relación.*Juicio clínico:* Infarto Agudo de Miocardio. Shock Cardiogenico. Rotura Cardíaca.*Tratamiento, planes de actuación:* Se realizan técnicas de Soporte y tratamiento de Síndrome Coronario Agudo. AAS 300 mg. SF 500 IV.*Evolución:* En hospital: A la llegada al hospital comienza a inestabilizarse, con entrada en Shock Cardiogenico, se traslada a Unidad de Cuidados Intensivos.*Pruebas complementarias:* Angio TAC: se diagnóstica de rotura cardíaca en ventrículo derecho, y en Coronariografía, se ven disecadas las Arterias Coronarias adyacentes al Ventrículo derecho. El paciente tras dos días de ingreso en UCI fallece.**Conclusiones**

En Atención Primaria, contamos con los dos recursos fundamentales, la anamnesis y la exploración física, con la que podemos diagnosticar un alto porcentaje de patologías, es importante entrenarlas y utilizarlas.

Palabras clave

Shock, Cardiogenico, Dispepsia, Infarction

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Disnea, dificultad diagnóstica

Cabo López A¹, Vázquez Alarcón RL², Cintado Sillero MC³

¹ Médico de Familia. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

² Médico de Familia. CS Vera. Almería

³ Médico de Familia. Hospital Valle del Guadalhorce. Málaga

Ámbito del caso

Atención Primaria y Especializada.

Motivo de la consulta

Disnea y tos de 6 meses de evolución.

Historia Clínica

Paciente de 52 años de edad, como antecedente personal HTA, dislipemia, diabetes mellitus y exfumador. Consulta por disnea de meses de evolución a esfuerzos moderados, coincidiendo con cuadros catarrales, acompañándose de tos seca no productiva.

Enfoque individual: En atención Primaria se le realizó Radiografía de tórax, electrocardiograma, analítica de sangre con gasometría y NTProBNP y espirometría. En los resultados destaca en la Radiografía de tórax patrón pulmonar intersticial bilateral y en la espirometría un patrón restrictivo leve.

Enfoque familiar y comunitario: El paciente vive sólo, trabaja de camarero.

Juicio clínico: Sarcoidosis grado 2.

Diagnóstico diferencial: Como causas fundamentales de disnea, hay que destacar la Insuficiencia Cardíaca, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (ya que era exfumador).

Identificación de problemas: con las pruebas disponibles en atención Primaria no se podía concluir un diagnóstico preciso, por lo que se decidió derivación a Neumología para estudio.

Planes de actuación: El paciente al llegar a la consulta de Neumología le cursaron ingreso para realizar pruebas complementarias en el TAC tórax lesiones compatibles con sarcoidosis grado 2. Que se confirmó con la biopsia obtenida en la broncoscopia.

Tratamiento: de inicio se comenzó tratamiento con corticoides orales a bajas dosis (Prednisona 15 mg/ 24 horas).

Evolución: El paciente presenta buena evolución tras el tratamiento con corticoides, mejorando la disnea.

Conclusiones

Es un buen caso para valorar la capacidad diagnóstica del Médico de Familia. Usando las herramientas de las que dispone, como realización de una espirometría, la determinación del NTProBNP, radiografía de tórax y electrocardiograma, a la no obtención de Resultados concluyentes fue necesario derivación a atención especializada para realizar el diagnóstico.

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Doctora no puedo respirarGonzález Contero L¹, Salva Ortiz N¹, Bermúdez Torres FM²¹ Médico de Familia. Urgencias Hospital San Carlos. San Fernando (Cádiz)² Médico de Familia. Arcos de la Frontera (Cádiz)**Ámbito del caso**

Urgencias hospitalarias.

Motivo de la consulta

Disnea brusca.

Historia Clínica

Varon de 27 años de edad con los siguientes antecedentes personales de interes: RAM conocida a Penicilina. Niega habitos toxicos. Alergias ambientales. Niega antecedentes médico quirúrgicos de interés. Tratamiento domiciliario: Loratadina 10 mg a demanda.

Motivo de consulta: Acude por presentar, de forma brusca, desde hace unas 8-10 horas aproximadamente disnea. Refiere ortopnea. No CVA dias previos. No tos. No expectoración. Afebril. No dolor torácico. No otros síntomas asociados. Se constata al tumbar al paciente en la camilla una saturación de 88%. Ha sido valorado en Urgencias de Atención Primaria donde es diagnosticado de Ansiedad, se administra Alprazolam 0.5 vía oral. Ante la no mejoría el paciente decide acudir a consultar de nuevo.

Exploración física: TA 150/75 Sat basal sin aporte de oxígeno 95% (sentado) T° 36.5 Frecuencia cardíaca 110lpm. Taquipneico en la posición decúbito supino. Ligera respiración abdominal. Auscultación cardíaca. Tonos puros, rítmicos sin soplos. Auscultación pulmonar: MVC sin ruidos patológicos. Abdomen anodino. Miembros inferiores sin edemas ni signos de TVP.

Pruebas complementarias: ECG: Taquicardia sinusal, no signos de isquemia aguda. Radiografía de Tórax: elevacion de ambos diafragmas. *Analítica:* Bioquímica con

marcadores de daño cardíacos dentro de la normalidad. Hemograma con leucocitosis de 12540 80% Neutrófilos. Coagulación dentro de la normalidad. Dímero D negativo. Se sospecha de la posibilidad de la existencia de una parálisis diafragmática, por lo que se valora ingreso para su diagnóstico, estudio y tratamiento.

Enfoque individual: Paciente activo y con muy buena calidad de vida.

Enfoque familiar y comunitario: Varón soltero, en paro, vive con sus padres y dos hermanas menores. Bajo nivel socio-económico. Entorno familiar hiperdemandante.

Juicio clínico: Parálisis diafragmática.

Diagnósticos diferenciales: TEP, ICC, Miastenia gravis, Lesión medular, Esclerosis múltiple.

Tratamiento, planes de actuación: Se ingresa en UCI para iniciar VMNI y fisioterapia respiratoria a posteriori. Se inicia estudio para ver causas subyacentes de la parálisis.

Evolución: El paciente evoluciona de forma favorable. Actualmente de alta en domicilio y con seguimiento en consultas externas.

Conclusiones

Insistir en la importancia de la realización de una correcta historia clínica, así como tener en cuenta las patologías poco frecuentes pero existentes en nuestro medio.

Palabras clave

Hypoxemia, Dyspnoea, Diaphragm

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Hematoma en úvulaGonzález Contero L¹, Salva Ortiz N¹, Bermúdez Torres FM²¹ Médico de Familia. Urgencias Hospital San Carlos. San Fernando (Cádiz)² Médico de Familia. Arcos de la Frontera (Cádiz)**Ámbito del caso**

Atención Primaria. Urgencias Hospitalarias.

Motivo de la consulta

Hematoma espontáneo en úvula.

Historia Clínica*Antecedentes familiares:* tia ca. mama*Antecedentes personales:* no alergias medicamentosas, no hábitos tóxicos, asma bronquial con crisis esporádicas. Tratamiento habitual: plusvent 50/250 mcg, ebastina 10 mg. Enfermedad actual: valorado por su médico de Atención Primaria que deriva a urgencias por presentar desde hace 48 horas petequias en cavidad oral y hematoma en úvula.*Exploración física:* Buen estado general, consciente y orientado, eupneico en reposo, buena coloración de piel y mucosas. Auscultación cardíaca rítmica sin soplos. Auscultación pulmonar: murmullo vesicular conservado. Abdomen: hematoma ovalado en fosa iliaca derecha de unos 8 cm de longitud, blando y depresible sin masas ni megalias, no doloroso a la palpación, no signos de irritación peritoneal. A nivel lumbar izquierdo presenta hematoma en resolución. Orofaringe: petequias puntiformes en cara interna de mejillas, pilares y úvula. No adenopatías.*Pruebas complementarias:* Bioquímica: función renal e iones normales, GPT/GOT 140/109, PCR: 6.3
Hemograma: Hb: 15.5 g/dl, leucocitos 11150, plaquetas 14.000. Rx torax normal. Frotis de sangre periférica: células de aspecto displásico compatible con posible mononucleosis infecciosa vs posible leucemia. Aspirado medular e inmunofenotipo: Aspirado medular normocelular, con infiltración masiva porblastos y severa depresión de la hematopoyesis residual normal. Los blastos son de morfología homogénea, de tamaño pequeño, forma redondeada y contorno liso, relación N/C alta, núcleo redondeado o frecuentemente plegado, cromatina laxa sin nucleolo y citoplasma claro, ligeramente basófilo y con 2-7 vacuolas (en el 59% de los blastos). Morfología compatible con LLA L¹ (+2 puntos de la FAB). Ecografía abdominal: Hepatomegalia con aumento difuso de la densidad hepática (¿infiltración? ¿esteatosis?). Ecocardio normal*Enfoque individual:* Paciente joven sano sin antecedentes de interes que comienza con hematomas espontáneos.*Enfoque familiar y comunitario:* Estudiante de derecho, vive con sus padres.*Juicio clínico:* Leucemia Aguda Linfoblástica T.*Diagnóstico diferencial:* infecciones, otros tipos de leucemias.*Tratamiento:* ciclo de dexametasona, transfusión de plaquetas.*Plan de actuación:* pendiente de tratamiento (PETHEMA 2011).*Evolución:* Pendiente de inicio tratamiento.**Conclusiones**

Importancia de una anamnesis detallada y una exploración física minuciosa para detectar patologías que inicialmente podrían parecer banales.

Palabras clave

Male, Hematoma, Leukemia

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Doctor mi madre dice cosas rarasGonzález Contero L¹, Salva Ortiz N¹, Bermúdez Torres FM²¹ Médico de Familia. Urgencias Hospital San Carlos. San Fernando (Cádiz)² Médico de Familia. Arcos de la Frontera (Cádiz)**Ámbito del caso**

Urgencias hospitalarias.

Motivo de la consulta

Acude a urgencias por encontrarse con un comportamiento extraño, olvida cosas, se siente mareada.

Historia Clínica*Antecedentes personales:* Fumadora ocasional. Trabaja como empresaria. No toma de medicación de forma habitual. Intervenido de cesárea. Enfermedad actual: Cervicalgia y cefaleas desde hace unas horas con mareo, amnesia parcial de lo realizado en el día.*Exploración física:* Nerviosa, orientada en tiempo y espacio, reconoce familiares. ACP: normal cuello: contractura cervical, no adenopatías, Meníngeos negativos. Exploración neurológica sin focalidad aguda.*Pruebas complementarias:* Hemograma, bioquímica y coagulación dentro de la normalidad. Tóxicos en orina negativos. TC craneal: l hemorragia subaracnoidea con restos hemáticos en ventrículo lateral izquierdo y IV ventrículo que se asocia con discreta dilatación del sistema ventricular. ANGIO-TC POLÍGONO DE WILLIS: No refiere antecedentes alérgicos a contrastes yodados. En segmento C5 de arteria carótida interna derecha se identifica una formación aneurismática de morfología sacular de aproximadamente 6 x 2.5 mm, con cuello de unos 2.5 mm. Cranealmente se identifica una segunda formación aneurismática sacular en el segmento C7 de unos 2 mm de diámetro, con cuello de difícil valoración debido a su pequeño tamaño. En segmento C7 de arteria carótida

interna izquierda se visualiza otro aneurisma sacular "en espejo" a la descrita en segmento C7 de ACI derecha, también de 2 mm de diámetro.

Enfoque individual: Paciente valorada en urgencias con realización de pruebas complementarias precisando valoración por neurocirugía.*Enfoque familiar y comunitario:* Casada, madre de dos hijos, empresaria con importante estrés laboral.*Juicio clínico:* HSA espontánea probablemente secundaria a rotura aneurismática.*Diagnóstico diferencial:* tumores, encefalitis, meningitis, consumo de tóxicos.*Tratamiento:* embolización con coils asistida con balón de los aneurismas de C7 izquierdo en primer lugar y de C5 derecho posteriormente, con resultado satisfactorio.*Planes de actuación:* control de factores de riesgo cardiovascular por parte de su Médico de Atención Primaria.*Evolución:* Favorable tras embolización**Conclusiones**

Importante la exploración clínica de estos pacientes para sospechar patologías potencialmente mortales.

Palabras clave

Female, Subarachnoid, Agitation

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Síndrome Charles BonnetMartín Márquez EC¹, Cuenca del Moral R², Ramírez Martín C³¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Albarizas. Málaga² Médico de Familia. CS Las Albarizas. Marbella (Málaga)³ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Las Albarizas. UD de MFyC. Málaga**Ámbito del caso**

Atención Primaria-Salud Mental.

Enfoque familiar y comunitario: Separada. Vive con su única hija. Apoyo de las hermanas.**Motivo de la consulta**

Alucinaciones visuales.

Juicio clínico: Alucinosis orgánica o síndrome de Charles Bonnet.**Historia Clínica**

Mujer de 54 años. Antecedentes de miopía magna en ambos ojos con amaurosis ojo derecho por desprendimiento de retina sin solución quirúrgica desde los 30 años, hipoacusia coclear bilateral, carcinoma ductal invasor de mama derecha en seguimiento por Oncología, hipotiroidismo postquirúrgico por nódulos tiroideos. En seguimiento por Salud Mental desde 1993 por trastorno de adaptación mixto ansioso-depresivo secundario a ceguera con evolución desfavorable hasta trastorno obsesivo compulsivo.

Diagnóstico diferencial: Migraña con aura, epilepsia, enfermedades neurodegenerativas, tóxicos, enfermedades psiquiátricas (psicosis), lesión ocupante de espacio a nivel cerebral (metástasis).

Tratamiento, planes de actuación: Farmacológico antipsicóticos (dosis ascendentes de Quetiapina) y seguimiento por la unidad de Salud Mental para ajuste de medicación.

Enfoque individual: Acude a su médico de Atención Primaria por ver desde hace un mes insectos en sus fluidos y cavidades corporales, así como en alimentos. Se deriva a urgencias de Salud Mental donde se valora a la paciente presentando alucinaciones visuales con conciencia clara y reconocimiento de las mismas sin otra alteración en la exploración física o cognitiva. No consumo de tóxicos ni acontecimientos estresantes recientes. Pautan Risperidona 0.5miligramos cada 12 horas y deriva nuevamente a su médico de familia para descartar organicidad. Se deriva a urgencias para realización de tomografía computarizada de cráneo sin hallazgos significativos. A la semana es valorada por Oncología con mamografía y radiografía de tórax sin signos de recidiva tumoral y persistencia de la sintomatología a pesar del tratamiento antipsicótico.

Evolución: Se deriva a Medicina Interna para completar estudio de organicidad que tras valorarla solicita resonancia magnética de cráneo (dentro de los parámetros normales), suspende Risperidona e inicia tratamiento con Quetiapina 25miligramos/12horas.

Conclusiones

Síndrome poco conocido por lo general, en el que aparecen alucinaciones visuales en pacientes con déficit visual bilateral sin una patología orgánica de base. Requiere cumplimiento de criterios para el diagnóstico y la exclusión de otras patologías. Suele responder adecuadamente a antipsicóticos aunque la solución es la corrección del defecto visual.

Palabras clave

Visual Hallucinations, Vision Disorders

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

¿Hay un ecógrafo en la sala?Martín Jiménez A¹, Rodríguez Vallejo JJ¹, Gragera Hidalgo M²¹ Médico de Familia. Hospital San Carlos. San Fernando (Cádiz)² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Olivillo. Cádiz**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

Motivo de la consulta

Dolor fosa renal derecha y hematuria.

Historia Clínica

Varón de 61 años, sin antecedentes, salvo fumador de 20-30 cigarrillos/día y bebedor habitual. Atendido de manera casual en AP (Atención Primaria) de urgencias por dolor en fosa renal derecha. Sin clínica miccional ni fiebre asociada. En la exploración, el abdomen es doloroso a la palpación generalizada sin signos de peritonismo. La puñopercusión renal derecha es positiva. Con tira de orina positiva para hemáties y leucocitos. Se diagnostica como cólico renoureteral no complicado, pautando tratamiento ambulatorio, con derivación a su Médico de AP para seguimiento. Semanas más tarde y de nuevo de manera casual, atendemos al paciente en urgencias del centro por persistencia del dolor esta vez con hematuria como agua de lavar carne. Destaca en su historial clínico numerosas visitas a urgencias para control del dolor. Su Médico lo ha derivado a urología y la primera cita tendrá lugar dentro tres meses. Al disponer de ecografía en el centro, se realiza en el mismo acto, y se observa dilatación del sistema excretor bilateral, con adelgazamiento de parénquima sugestivo de hidronefrosis. En

vejiga se halla una masa excrecente sugestiva de neoplasia.

Juicio clínico: Neoplasia vesical.

Tratamiento, planes de actuación: Con estos hallazgos se deriva de manera preferente y dirigida a consulta de hematuria siendo atendido en la misma semana donde se confirma nuestro diagnóstico, y en la que actualmente realiza seguimiento.

Conclusiones

En este caso se documenta el diagnóstico de un tumor vesical mediante ecografía abdominal en AP, lo que permite fundamentar la importancia del uso de la ecografía por Médicos de Familia y la disponibilidad de ecógrafos en los centros de salud, además de la formación en esta técnica. Siempre complementando la historia clínica detallada y la exploración física, la capacitación en ecografía en AP puede aportar una orientación diagnóstica y terapéutica que nos permita derivar de una manera más precoz y precisa al especialista según la patología, evitando así múltiples citas y demoras en el diagnóstico.

Palabras clave

Hidronefrosis, Hematuria

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Doctor, me fallan las piernasSoriano Molina MA¹, Vázquez Fernández RM²¹ CS Villanueva Del Arzobispo. Jaén² Enfermera. DA Jaén Nordeste. Jaén**Ámbito del caso**

Atención Primaria y hospitalaria.

Motivo de la consulta

Mujer de 52 años con pérdida de fuerza e inestabilidad en ambos miembros inferiores.

Historia Clínica*Anamnesis:* La Paciente consulta por debilidad progresiva de ambos miembros inferiores de predominio derecho con inestabilidad sobre todo cuando se pone tacones. No presenta dolor lumbar.*Antecedentes Personales:* Fumadora, Enfermedad de Graves Basedow, Tiroidectomía, Oftalmopatía tiroidea.*Exploración:* Pares craneales normales, paresia 4/5 proximal crural derecha, paresia flexión dorsal pie izquierdo con limitación caminar de puntillas con el pie izquierdo. ROT bicipital izdo 2/4, aquíleos 1/4 y rotulianos exaltados. Sensibilidad normal.*Enfoque individual:* La paciente es ingresada en el hospital para la realización de pruebas.*Pruebas complementarias: Analítica:* Hemograma normal, bioquímica: creatinina 1.19, colesterol 313, LDL 237, hierro 37, FR 132 y ANAs positivos. Punción lumbar: líquido claro a presión normal. Bioquímica normal. Electromiografía: Conducción motora miembros inferiores y miembro superior derecho con importante disminución de amplitud de respuestas tibiales y grado leve-moderado peroneos. Resonancia magnética cerebral normal y medular con cambios degenerativos lumbares sin repercusión medular ni radicular.*Enfoque familiar y comunitario:* La paciente ha tenido que solicitar baja laboral por la debilidad y para los ingresos para diagnóstico y tratamientos.*Juicio clínico:* Afectación motora pura con distribución distal en miembros inferiores con hiperreflexia rotuliana y arreflexia aquilea con 2 posibilidades 1. Neuropatía motora multifocal (A favor el carácter autoinmune del cuadro). 2. Enfermedad de motoneurona: muy poco probable aunque a favor iría la hiperreflexia rotuliana.*Tratamiento, planes de actuación:* Se inició tratamiento con corticoides sistémicos lo que no mejoró la clínica en absoluto. Tras el estudio se procedió al ingreso para iniciar tratamiento con inmunoglobulinas intravenosas a dosis de 0.4 g/Kg durante 5 días.*Evolución:* Revisada la paciente a los 2 meses se ha producido una mejoría clínica moderada y se está a la espera de un nuevo estudio electromiográfico para comprobar el éxito del tratamiento.**Conclusiones**

Los médicos de familia debemos estar atentos a cualquier síntoma, por inespecífico o nimio que parezca porque puede esconder un problema neurológico, o de otra causa, bastante importante. La exploración neurológica metódica y exhaustiva es importantísima y básica para darnos una pista de la existencia de un problema neurológico que a simple vista pudiera no existir.

Palabras clave

Motor Neuron, Autoimmunity, Inmunoglobulins (Motoneurona, Autoinmunidad E Inmunoglobulinas)

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Ataxia por iatrogenia medicamentosa

Rodríguez Vázquez A, Salas Domínguez J, Santos Calonge A

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Candelaria. Sevilla

Ámbito del caso

Atención Primaria y Enfermedades Neurológicas.

Motivo de la consulta

Vértigo.

Historia Clínica

Varón de 71 años que acude a consulta de Atención Primaria refiriendo vértigo de reciente aparición. Sin otra clínica.

Exploración neurológica: sin focalidad neurológica ni déficit cognitivo. Otoscopia: conducto auditivo externo y tímpano sin alteraciones. Auscultación cardiorrespiratoria: corazón rítmico a buena frecuencia. Murmullo vesicular conservado. Abdomen no doloroso sin masas ni visceromegalias. Extremidades: sin edemas ni otras alteraciones. Inicia tratamiento con Betahistina 8 mg/8h. A los 15 días acude por inicio de insomnio, que comienza a tratar con Lormetazepam y Midazolam a dosis de 2 mg y 7,5 mg/día respectivamente.

Evolución: mórbida, apareciendo debilidad muscular y mayor sensación de inestabilidad. A la exploración destaca marcha con aumento de base de sustentación, en tándem. Temblor cefálico. Romberg negativo, no dismetría. Sensibilidad vibratoria y fuerza conservada.

Enfoque individual: Sin alergias medicamentosas conocidas. HTA en tratamiento. Fumador 1 paquete/día. No otros hábitos tóxicos.

Enfoque familiar y comunitario: Sin antecedentes familiares de enfermedad cerebrovascular ni demencias. Soltero, vive solo. Trabaja como actor.

Juicio clínico: ataxia no filiada.

Diagnóstico diferencial: lesión ocupante de espacio. Ataxia por tóxicos/ infecciones. Hidrocefalia. Alteraciones metabólicas y déficit vitamínicos. Enfermedad desmielinizante.

Tratamiento, planes de actuación: Se solicita analítica completa con valores de Vitamina B12, ácido fólico y serologías para VIH y sífilis. Todos los parámetros en rango de normalidad. Derivación a consultas de Neurología.

Evolución: En Neurología se solicita: RM: sistema ventricular y espacios extra axiales de situación y morfología normales. No aumento de líquido hidrocefálico ni lesiones ocupantes de espacio. Atrofia global compatible con la edad. Anticuerpos anti neuronales negativos. Se revisa reacciones adversas de su tratamiento, comprobándose que el uso de benzodiazepinas puede provocar síntomas extrapiramidales como temblor muscular, movimientos tónico-clónicos, ataxia, y vértigo así como insomnio como reacción paradójica. La Betahistina puede aumentar el insomnio. Tras un mes sin tratamiento, desapareció la sensación de inestabilidad y mejoría del insomnio.

Conclusiones

Papel esencial del Médico de Familia como coordinador del conjunto de medicamentos prescritos y sospecha de reacciones adversas de los mismos ante la aparición/ exacerbación de nuevos síntomas ausentes previo al inicio de tratamiento. Importancia de informar al paciente del beneficio del abandono de éstos y criterio de deprescripción antes de derivación a otro especialista.

Palabras clave

Ataxia, Iatrogenia, Polimedicación

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Hepatitis A: a propósito de un caso

Delgado Ortega MA, Ruiz Granada MD, Sayago Alcázar AJ

*Médico de Familia. CS Alameda-Perchel. Málaga***Ámbito del caso**

Atención Primaria, Urgencias y Atención Especializada.

Motivo de la consulta

Fiebre sin foco.

Historia Clínica

La primera visita fue en Atención Primaria por fiebre de tres días de evolución, sin otra sintomatología. A los pocos días acudió a Urgencias por dicha fiebre persistente, asociando náuseas, vómitos, anorexia y leve ictericia.

Enfoque individual. Antecedentes personales: Sin antecedentes de interés.

Anamnesis: Varón asiático de 22 años, con barrera idiomática, que acude a Urgencias por fiebre de hasta 40°C de varios días de evolución, anorexia, náuseas y vómitos, sin otra sintomatología.

Exploración: física general y por aparatos normal, excepto leve ictericia muco-cutánea. Abdomen anodino.

Pruebas complementarias: Analítica sanguínea: destaca TP 62%, INR 32, AST 4241, ALT 3495, GGT 635, FA 154, Bilirrubina total 6.83 (directa 5.42). PCR 27. Sistemático de orina: destaca proteínas+, bilirrubina+, urobilinogeno+. Radiografía y ecografía de abdomen normales. Posteriormente, en Consulta de Digestivo: Analítica con serología: persistencia de elevación de transaminasas y bilirrubina, TP 88%, y anticuerpos VHA Ig M +. Resto sin alteraciones.

Enfoque familiar y comunitario: Varón joven, que vive con su familia asiática (hermana, padre y madre) en Málaga desde hace pocos

años, con poco conocimiento del español. Nivel sociocultural medio, con negocio familiar común en una tienda. No situación estresante familiar ni con su red de amistades. Relaciones sexuales de riesgo en las últimas semanas con otro chico.

Juicio clínico: Hepatitis A.

Diagnóstico diferencial: hepatitis agudas virales, hepatitis autoinmune, coledocolitiasis, colecistitis.

Problemas: fundamentalmente la barrera idiomática, que hizo difícil una buena historia clínica y enterarnos por ejemplo que había tenido exposiciones sexuales de riesgo en una zona con alta prevalencia hepatitis A. Por otro lado, la clínica algo difusa de fiebre sin dolor abdominal ni ictericia de primeras, hizo más difícil encauzar el diagnóstico.

Tratamiento, planes de actuación: Medidas higiénico-dietéticas. Vitamina K. Vigilancia domiciliaria y derivación a Digestivo para completar estudio serológico.

Evolución: Nuestro paciente fue dado de alta por Digestivo y seguido desde Primaria posteriormente, con parámetros analíticos normales y mejoría total clínica.

Conclusiones

Aparte de la importancia del seguimiento de los pacientes en AP con dicha patología, superar la barrera idiomática y la falta de tiempo, para hacer una buena anamnesis y exploración física, para enfocar bien a nuestros pacientes y evitar más visitas al área de Urgencias.

Palabras clave

Hepatitis A, Fever, Anti-HAV

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

A veces la clínica nos engaña

Navarro Gallardo P¹, Rodríguez García MC², González Torres M²

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Antequera Estación. Antequera (Málaga)

² Médico de Familia. CS Antequera Estación. Antequera (Málaga)

Ámbito del caso

Urgencias extrahospitalarias de Atención Primaria.

Motivo de la consulta

Dolor precordial.

Historia Clínica

Varón de 56 años que acude a urgencias del CS por dolor centrotorácico de inicio brusco de quince minutos de duración, irradiado a escápulas, sin cortejo vegetativo, y sin modificación con cambios posturales, que cede con un comprimido sublingual de nitritos. Niega cuadro catarral u otra patología destacable. Describe un episodio similar que cedió con paracetamol 12 horas antes.

Exploración: TA 125/70; glucemia: 87; acr: mvc, rítmico sin soplos. EKG: elevación ST > 1 mm en II y aVL, T invertida en III.

Enfoque individual: Agricultor, sin patología previa. AP: hipertiroidismo. Neumonía bibasal con ingreso en 2014. Tratamiento actual: carbimazol 5 mg / 48 horas.

Enfoque familiar y comunitario: Padre: cardiopatía isquémica con episodio de taquicardia ventricular. Madre: valvulopatía. Un hermano sin patología. Familia estable, como acontecimiento vital estresante boda de su hija.

Juicio clínico: Dolor precordial, posible síndrome coronario agudo (SCA).

Diagnóstico diferencial: dolor osteomuscular, SCA, neumotorax, aneurisma de aorta,

pleuritis, pericarditis. En el SCA es prioritario la rapidez de actuación para mantener las cronas de cara al tratamiento hospitalario. En unidad de cuidados intensivos presenta fiebre.

Tratamiento, planes de actuación: Ante la sospecha de SCA se traslada a hospital de referencia, monitorizado, con oxigenoterapia, vía periférica, nitritos sublingual, AAS 500 mg y clopidogrel 75 mg.

Evolución: En hospital se ingresa en unidad de cuidados intensivos, se realiza fibrinólisis. Clínicamente estable, sin cambios en EKG y sin elevación enzimática en analítica seriada. A las 24 horas episodio de fibrilación auricular a 130 lpm, coincidiendo con pico febril de 37. 8º, que revierte con flecainida. En ecocardiograma se descarta patología estructural. Se realiza cateterismo con coronarias normales, con dominancia derecha. El paciente es dado de alta con diagnóstico de posible pericarditis y derivado a consulta de cardiología en tratamiento con AAS 100 mg.

Conclusiones

Es importante el diagnóstico precoz en el SCA clínica y electrocardiográficamente para prevenir complicaciones, tarea que realizan los equipos de atención extrahospitalarios para respetar los tiempos de actuación. En nuestro caso no hubo elevación enzimática y el diagnóstico inicial no se confirma, sospechando una posible pericarditis.

Palabras clave

Chest Pain, Acute Coronary Syndrome, Differential Diagnosis

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Cefalea y meningiomaPaniagua Urbano D¹, Aragonés Jiménez A¹, Navarro Gallardo P²¹ Médico de Familia. CS Antequera. Málaga² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Antequera. Málaga**Ámbito del caso**

Medio rural.

Motivo de la consulta

Cefalea intensa desde hace dos días, desorientación, alteraciones de la conducta y relajación de esfínteres.

Historia Clínica

Anamnesis: Paciente de 53 años que consulta por cuadro de cefalea intensa desde hace 2 días que se localiza a nivel frontal, acompañada de disartria y alteraciones del comportamiento. La paciente no sabe su nombre, ni su edad, ni el año en qué estamos. La noche anterior presentó relajación de esfínteres. Afebril. No síntomas digestivos. No síntomas respiratorios. No síntomas urinarios.

Exploración física: BEG. Escala Glasgow 13. BHyB. Carótidas laten rítmicas. ACR: Tonos rítmicos sin soplos. MVC sin ruidos sobreañadidos. Abdomen: Sin hallazgos patológicos valorables. Exploración neurológica: Pupilas mióticas, arreactivas a la luz y a la acomodación. Resto de pares craneales conservados. Buen tono y fuerza muscular y Sensibilidad normal en los 4 miembros. Equilibrio normal. Reflejos osteotendinosos conservados. Signos menígeos negativos. MMII: No edemas. No signos de TVP.

Enfoque individual. Antecedentes personales: Histerectomía subtotal, no hábitos tóxicos ni alergias medicamentosas.

Enfoque familiar y comunitario: Familia monoparental. El anterior año quedó viuda por fallecimiento de su esposo por Infarto Agudo de Miocardio. Hija trabaja de maestra y vive en domicilio.

Juicio clínico: Sospecha de Accidente Cerebrovascular Agudo vs masa tumoral.

Diagnóstico diferencial: Hemorragia subaracnoidea. Masa tumoral cerebral (Meningioma).

Tratamiento, planes de actuación: Se procede a traslado asistido del paciente a hospital de referencia activando Código ictus. Se realiza TAC Craneal con contraste: Masa frontal de 5 por 4.5 mm con calcificaciones e hipercaptante. Efecto masa con elevación de la Hoz y desplazamiento posterior de la rodilla del cuerpo caloso y separación de astas frontales. Rodeado de edema de la sustancia blanca. Hiperostosis de seno esfenoidal. Compatible con Meningioma.

Evolución: Ingresa en observación. Se pasa a servicio de neurocirugía donde se confirma la sospecha diagnóstica tras craneotomía con resección tumoral e informe anatomopatológico de MENINGIOMA.

Conclusiones

El meningioma es el tumor primario más común del sistema nervioso central. Tiene un pico de incidencia en la sexta y séptima década de la vida. Siendo más frecuentes en las mujeres. La incontinencia urinaria, así como las alteraciones del comportamiento orientan a tumor frontoparietal. No obstante, se debe de descartar otro tipo de patologías de tipo neurológico compresivo como la hemorragia subaracnoidea.

Palabras clave

Stroke, Headache, Brain Tumor

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Dolor escapular complicadoNeila López MJ¹, González Aguilera JM², Arregui Reyes J³¹ CS Bollullos Par del Condado. Huelva² CS El Torrejón. Huelva 2. Huelva³ CS Los Rosales. Huelva**Ámbito del caso**

Servicio de Urgencias.

Motivo de la consulta

Dolor escapular.

Historia Clínica

No RAMc. Exfumador de 40cig/día desde 2014. No otros Factores de riesgo cardiovascular.

Antecedentes Personales: enfermedad por reflujo gastroesofágico. EPOC. Neumotórax en 2000. Enfermedad actual: paciente que acude por dolor escapular izquierdo de 24 horas de evolución continuo, que empeora con los movimientos y la respiración profunda. Sin traumatismo o esfuerzo previo. Ausencia de disnea, palpitaciones, ni náuseas ni vómitos. Afebril.

Exploración: Consciente, buena hidratación. Normocoloreado. Eupneico en reposo. TA 125/87, SAT O₂ 94%, FC 112lpm. Auscultación cardiopulmonar: rítmico a buena crecencia, buen Murmullo vesicular en hemitórax derecho, abolición del murmullo en tercio inferior de hemitórax izquierdo. MMII sin edemas ni signos de TVP. ECG: ritmo sinusal a 90lpm. Resto normal. Hemograma, Bioquímica, Coagulación, Enzimas cardiacas normales. Radiografía tórax: Neumotórax izquierdo.

Enfoque individual: varón. 52 años.

Enfoque familiar y comunitario: Paciente divorciado, padre de dos hijos menores de edad, que acude a urgencias el día 31 de diciembre.

Juicio clínico: Neumotórax izquierdo.

Tratamiento, planes de actuación: Se ingresa al paciente en Servicio de cirugía para colocación de Tubo de tórax de manera urgente.

Evolución: Durante el ingreso no se consigue la reexpansión completa del pulmón, por lo que precisa colocación de Pleurecath. Posteriormente, el paciente sufre empeoramiento, por lo que se cambia por Drenaje pleural tipo Argylle. Desde ese momento, presenta buena evolución, siendo dado de alta en 5 días. Al día siguiente, el paciente reingresa por neumotórax recidivante izquierdo. Se coloca Drenaje pleural tipo Argylle, tras lo que presenta dolor intenso, por lo que se retira tras comprobar reexpansión pulmonar. Es dado de alta 5 días más tarde, remitiéndose a consultas externas de Cirugía torácica en HU Virgen Macarena por neumotórax recidivante, previa realización de TAC torácico con contraste (Enfisema paraseptal con bullas supleulares en ambos campos pulmonares, mayores en lóbulo superior izquierdo. Atelectasias laminares en lóbulo inferior izquierdo).

Conclusiones

Este caso nos hace plantearnos la importancia de una exploración completa de los paciente que llegan al Servicio de Urgencias; para evitar que se nos pasen por alto patologías graves, con clínica inicial larvada, pero que puedan tener repercusiones serias para el paciente. En este caso, gracias a la auscultación que mostró la disminución del Murmullo vesicular y a la imagen radiográfica, se pudo detectar el neumotórax en un paciente que presentaba dolor escapular y se encontraba hemodinámicamente estable.

Palabras clave

Neumotórax, Dolor Escapular, Diagnóstico Diferencial

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Doctora, ¡mire cómo tiene mi padre las manos!

Pulido Vázquez C¹, Artacho Pino R¹, Navas Vegas S²

¹ Médica de Familia. UGC Antequera Estación. Antequera (Málaga)

² Médico de Familia. UGC Antequera Estación. Antequera (Málaga)

Ámbito del caso

Atención Primaria y Atención Hospitalaria.

Motivo de la consulta

Deformidad en dedos de las manos.

Historia Clínica

Paciente de 60 años. Fumador activo, sedentario. *Antecedentes personales:* Cardiopatía isquémica con dos Stents coronarios isquemia arterial crónica en miembros inferiores.

Enfoque individual: Acude a consulta en Atención Primaria acompañado por su hija (“él no quería venir”) porque ella ha notado que “los dedos se le han deformado” en ambas manos en los últimos dos meses. No refiere dolor torácico, disnea, ortopnea, pérdida de peso ni otros síntomas.

Exploración: Buen estado general. Eupneico. Saturación 94%. TA 130/80. Auscultación: Tonos rítmicos a 90 p. p. m. sin soplos, MVC. Dedos “en palillo de tambor” en ambas manos.

Enfoque familiar y comunitario: Casado, vive con su mujer. Su hija vive en la misma calle.

Juicio clínico: Acropaquias de origen a filiar.

Tratamiento, planes de actuación: Se solicita radiografía de tórax y analítica general. Acude la hija por los resultados. Radiografía de tórax: masa en LID. *Analítica:* leucocitos 16300, hemoglobina 10.7, plaquetas 804000, PCR 19.45.

Juicio clínico: Cáncer de pulmón.

Evolución: Se deriva a urgencias del hospital de referencia donde ingresa en Medicina Interna. TAC de tórax: Masa sólida en LID con linfangitis/neumonitis periférica en relación con probable neoplasia. Adenopatías hiliares ipsilateral y subcarinales de tamaño significativo. Fibrobroncoscopia: masa necrótica endobronquial. PET: masa hipermetabólica sugestiva de patología tumoral sin afectación a otros niveles. Biopsia pulmonar: Carcinoma escamoso poco diferenciado. JC: Carcinoma escamoso de pulmón en LID. Osteoartropatía hipertrófica pulmonar. Valorado en cirugía de tórax, se realiza lobectomía inferior derecha (ganglios linfáticos libres de neoplasia). Se deriva a oncología.

Conclusiones

Las acropaquias (engrosamiento de las falanges distales de los dedos de las manos y/o de los pies) pueden ser de origen hereditario, aunque lo más frecuente es que sean signos de alguna patología subyacente. Su presentación unilateral debe hacernos pensar en aneurismas de grandes vasos, tumor de Pancoast o fístulas arteriovenosas en las extremidades. Si son bilaterales valoraremos posibles patologías respiratorias (destacando el cáncer de pulmón), cardíacas y digestivas, entre otras. Tras una detallada historia clínica y exploración física, una analítica completa con hormonas tiroideas y una radiografía de tórax en dos planos son las pruebas complementarias iniciales para orientar el diagnóstico.

Palabras clave

Hypertrophic Osteoarthropathy, Adenocarcinoma of Lung, Thoracic Surgical Procedures

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

“Encima del cáncer doctor, ahora la pierna y ahogo”

Yera Cano R¹, Vasco Roa T², Gallardo Ramírez M²¹ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Úbeda. Jaén² Médico de Familia. ZBS Jaén Norte/nordeste. Jaén**Ámbito del caso**

Mixto, Atención Primaria y Medicina Interna.

femoral superficial y poplítea. Escala Wells: Probabilidad clínica elevada (7puntos).

Motivo de la consulta

Inflamación de miembro inferior izquierdo de 3 días de evolución y disnea brusca la noche anterior.

Enfoque familiar y comunitario: Viuda, vive con su hija con la que mantiene una buena relación y se ayudan mutuamente, nivel sociocultural medio-bajo.**Historia Clínica**

Refería haber comenzado con inflamación de la pierna izquierda, muy caliente y que notó la noche anterior dificultad respiratoria de forma brusca que no le dejaba estar acostada.

Juicio clínico: Tromboembolismo Pulmonar, Trombosis venosa profunda. *Diagnóstico diferencial:* Insuficiencia cardíaca congestiva, taponamiento pericárdico... *Problemas:* Dificultad para explicar el diagnóstico y su situación clínica, debido a sus antecedentes y nivel sociocultural.*Enfoque individual: Antecedentes personales:* Mujer de 74 años, no alergias medicamentosas, cáncer ductal infiltrante de mama derecha, actualmente en tratamiento quimioterápico (4º ciclo).*Tratamiento, planes de actuación:* Se comunica telefónicamente con Medicina Interna para ingreso hospitalario. Se realiza angio-TAC y arteriografía, confirmándose tromboembolismo pulmonar. *Tratamiento:* Enoxaparina dosis miligramo/kilogramo de peso cada 12 horas.*Anamnesis:* Refiere dolor en miembro inferior izquierdo con inflamación y tumefacción desde hacía 3 días, además de disnea a moderados esfuerzos e intolerancia al decúbito desde la noche anterior. No síntomas añadidos.*Evolución:* Satisfactoria. Alta y seguimiento estrecho en consulta.*Exploración:* BEG, taquipneica. AC: normal. AR: murmullo vesicular disminuido, sibilantes y roncus generalizados. Extremidades: pulsos simétricos, aumento del diámetro y empastamiento en pierna izquierda, no cambios de temperatura, Homans negativo.**Conclusiones**

Es importante en Atención Primaria conocer el día a día de los distintos tipos de cáncer así como su tratamiento, ya que hay un aumento de riesgo de trombosis. El tromboembolismo pulmonar es una complicación muy grave de la trombosis venosa profunda. La importancia de valorar la probabilidad clínica con escalas en estos casos, ya que de ello dependerá en gran parte nuestra actuación a seguir.

Pruebas complementarias: Analítica: Dímero D: 11100, gasometría: Alcalosis respiratoria, hipoxemia. ECG: ritmo sinusal 80lpm, patrón SIQIIITIII. RX Tórax: Normal. Ecografía Doppler en consulta: Signos de Trombosis Venosa Profunda en tercio distal de la vena**Palabras clave**

Quimioterapia, Trombosis, Tromboembolismo

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

¿Y si un angiodema no responde?Villatoro Ruiz M¹, Martínez López M², Cuerva Gómez R³¹ Médico de Familia. CS Illora. Granada² Médico de Familia. CS Baza. Granada³ Médico de Familia. CS Guadix. Granada**Ámbito del caso**

Urgencias Hospitalarias.

Motivo de la consulta

Edema facial.

Historia Clínica

Mujer de 52 años, alérgica a Metamizol y antiinflamatorios con reacción que aparece en torno a los 45 años con un patrón aditivo, presentado episodios recidivantes de edemas, así como dolor abdominal.

Antecedentes familiares de lupus eritematoso sistémico. Acude a nuestro servicio por nuevo episodio de edema, afectando a toda la región facial, de instauración gradual, no pruriginoso, con dolor abdominal y ligera disfonía. Nuestra paciente relaciona el cuadro con la ingesta de Paracetamol dos horas antes del inicio del episodio, por odontalgia. A la exploración presentaba inflamación facial y de cavidad buccal con disfonía.

Enfoque individual: Ante cuadro evaluamos la gravedad, siendo de riesgo vital alto. Se inició tratamiento con Antihistamínicos, Corticoides y adrenalina. No hubo buena respuesta y se planteó distinguir entre angioedema alérgico y Angiodema hereditario (AEH); se encontraron más de tres ítems junto con la historia familiar, el angiodema, el dolor abdominal y factor precipitante del estrés nos lleva a solicitar estudio del Inhibidor de la esterasa C1.

Enfoque familiar y comunitario: Es importante intentar comunicar al paciente su posible prevención de ataques para minimizar el acontecimiento vital estresante de la

emergencia. Realizar Genograma por su componente hereditario y carga familiar.

Juicio clínico: Nuestra paciente presentaba Angioedema Hereditario.

Diagnóstico diferencial: Síndrome de vena cava superior, Hipotiroidismo, Triquinosis, Actinomicosis y Angioedema adquirido. Complicación muerte súbita y consultas a los servicios de urgencias.

Tratamiento, planes de actuación: Lo más importante es pensar en el AEH como tal. Lo primero valorar compromiso orofaríngeo y aplicar tratamiento sintomático. Ante la sospecha de AEH se utilizarán Berinert 20 U/Kg IV o Icatibant 30 mg SC.

Evolución: La evolución de nuestra paciente fue satisfactoria y se derivó a consulta Alergia y consultas de Sistémicas.

Conclusiones

El AEH es una enfermedad rara con gran impacto sobre la calidad de vida. Tiene origen genético transmitiéndose mediante patrón autosómico dominante. La prevalencia de la enfermedad no presenta diferencias según género ni predominio de raza. Necesita del conocimiento de un equipo multidisciplinar para favorecer el diagnóstico precoz, siendo importante estudiar a los familiares de los pacientes.

Palabras clave

Urgencia, Angioedema, Inhibidor de la Esterasa C1

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Problemas actuales de la adolescenciaPazos Pazos N¹, Luna Pereira M², Pérez Cornejo Y¹¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Gibraleón. Huelva² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Molino de la Vega. Huelva**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

Motivo de la consulta

Pérdida de peso en los últimos meses y amenorrea.

Historia Clínica

Acude a consulta de Atención Primaria una adolescente de 14 años con sus padres. Sus padres la acompañan a consulta por la pérdida de peso reciente y amenorrea en los tres últimos meses.

Enfoque individual: Mujer de 14 años sin antecedentes de interés, que acude por pérdida de peso y amenorrea. Refiere que todo comienza modificando su estilo de vida, comienza a cocinar más sano. Así comenzó todo, pero con el paso de los días comienza a obsesionarse por las calorías que toma en cada comida que realiza. Al preguntarle a ella dice que está tomando últimamente 800 cal/día, limitándose sólo a la ingesta de manzanas y agua. La madre refiere que ha perdido 20 kilos, pero que lo que la tiene más preocupada es la falta de menstruación desde hace 3 meses. La exploración física está dentro de la normalidad, estado anímico depresivo, refiere que no se siente contenta con su físico y que le gustaría seguir perdiendo peso. Peso: 43 Kg, talla: 1.50m, IMC: 19.11. Solicita test de gestación, electrocardiograma y analítica para control de iones y perfil abdominal. Las pruebas complementarias estaban dentro de la normalidad.

Enfoque familiar y comunitario: La paciente convive con sus dos hermanas, padres muy exigentes, acude a colegio privado. Comenta que le gustaría dedicarse a la moda.

Juicio clínico: Según la DSM- V se hace el diagnóstico de anorexia nerviosa (F50.0) tipo restrictivo.

Tratamiento, planes de actuación: Iniciamos tratamiento con sertralina 50 mg/24h (para mejorar su ánimo) y derivamos a la Unidad de Salud Mental.

Evolución: Tras varios años de tratamiento farmacológico junto a tratamiento psicoterapéutico la adolescente va mejorando y aceptando la enfermedad. En el seguimiento observamos que lleva una vida normal habiendo conseguido una alimentación equilibrada y realizar deporte a diario, método que también le ayuda en el ánimo.

Conclusiones

La anorexia nerviosa es una enfermedad muy grave, dada la necesidad de un abordaje multidisciplinar, gran apoyo familiar e intento de concienciación de enfermedad por parte de la paciente, para un control y seguimiento estrecho de forma conjunta con múltiples especialistas.

Palabras clave

Calories, Teenagers, Obsession

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Avisos que engañan

Huesa Andrade M¹, González Lavandeira M², Fernández Bonilla CM³¹ Médico de Familia. CS Pilas. Sevilla² Médico de Familia. DCCU³ Médico de Familia. CS Arahal. Sevilla**Ámbito del caso**

Atención Primaria y Urgencias.

Motivo de la consulta

Aviso domiciliario, por gonalgia mecánica.

Historia Clínica

Mujer de 73 años que presenta ictericia.

Enfoque individual. Antecedentes personales: No alergias medicamentosas. Hipertensión arterial. Poliartrosis.*Anamnesis:* Mujer de 71 años, pone aviso domiciliario por gonalgia mecánica. A nuestra llegada objetivamos que la paciente presenta ictericia evidente. Preguntamos acerca de la sintomatología. Se inició hace una semana y se acompaña de discreta molestia en epigastrio con irradiación a hipocondrio derecho, sin fiebre.*Exploración:* Buen estado general. Eupneica. Hemodinámicamente estable. Ictericia de piel y mucosas. Abdomen muy globuloso, blando y depresible. Sin masas ni megalias. Murphy negativo, Blumberg negativo. Ruidos hidroaéreos conservados. No existen datos de irritación peritoneal.*Evolución:* y seguimiento del caso: Se deriva a Hospital de referencia para valoración analítica urgente.*Pruebas complementarias:* *Analítica:* Hemograma: leucocitosis 15000 con neutrofilia 83.4%. Coagulación: Tiempo de Protrombina (TP) 25.2s, INR 1.95, Tiempo de Tromboplastina Parcial Activado (TTPA) 43.2. Bioquímica: Bilirrubina Total (BbT) 10.6, Bilirrubina directa (Bb d) 8.93, Lactato deshidrogenasa (LDH) 198 U/L, Alanina aminotransferasa (GPT) 72 U/L. Elemental orina: nitritos positivos, Bb elevada. Ecografía abdominal: Dilatación significativa de lavía biliar intrahepática, imagen ecogénica con sombra acústica posible síndrome de Mirizzi. TAC *abdomen:* Colangiocarcinoma intrahepático.*Enfoque familiar y comunitario:* Familia normofuncional con importante red de apoyo.*Juicio clínico:* Colangiocarcinoma.*Diagnósticos diferenciales:* Litiasis biliar, carcinoma de vesícula biliar, síndrome de Mirizzi, metástasis biliares.*Tratamiento, planes de actuación:* Se deriva a oncología y cirugía hepatobiliar. Se realiza colangiografía transparietohepática (CTPH) y se colocan dos prótesis endobiliares, disminuyendo progresivamente la ictericia. Tras ser valorado por cirugía hepatobiliar, considerado el tumor como irreseccable.*Evolución:* La paciente tras conocer el pronóstico y extensión de la enfermedad decide no recibir tratamiento con quimioterapia. Actualmente en seguimiento por su médico de atención Primaria.**Conclusiones**

El caso nos hace pensar en lo importante de ver físicamente al paciente. Si hubiéramos ajustado por teléfono la analgesia por la gonartrosis que padece, no hubiésemos evidenciado la ictericia. Solventar problemas o cuestiones por teléfono puede agilizar la consulta pero también implica en ocasiones no atender síntomas que el paciente puede menospreciar. También destacar el constante estudio del Médico de Familia. Repasando síndromes menos frecuentes como el de Mirizzi.

Palabras clave

Ictericia, Family Practice, Cholangiocarcinoma

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Síndrome de Conn. "La importancia del análisis rutinario en pacientes con Hipertensión Arterial"Navas Vegas S¹, Pulido Vázquez C², Artacho Pino R²¹ Médico de Familia. CS Antequera-Centro. Antequera (Málaga)² Médica de Familia. CS Antequera-Centro. Antequera (Málaga)**Ámbito del caso**

Atención Primaria y atención hospitalaria.

Motivo de la consulta

Hipopotasemia.

Historia Clínica

Mujer de 80 años, sin hábitos tóxicos ni alergias medicamentosas conocidas. Sin antecedentes familiares de interés.

Antecedentes personales: Enfermedad de Alzheimer, insuficiencia venosa crónica, HTA, hipopotasemia sin filiar en tratamiento con boi-K desde hace seis meses.*Enfoque individual:* Derivada desde residencia a urgencias hospitalarias por empeoramiento de hipopotasemia (2.1 mg/dl) en análisis de control rutinario. Clínicamente asintomática.*Exploración:* Consciente, desorientada, bien hidratada y perfundida. Eupneica. TA 154/79, FC 75 lpm, afebril, saturación 99%. Auscultación: Rítmica sin soplos, MVC sin ruidos sobreañadidos. Abdomen y miembros inferiores sin alteraciones. *Analítica:* Destaca hemoglobina 11.9, VCM 85.8, potasio 2.9, TSH y cortisol normales, renina 0.13, aldosterona 0.20, ACTH 15.9, potasio en orina 43.1, urocultivo negativo. EKG: Sinusal a 75 lpm, HBAI, T negativa en precordiales izquierdas. RX tórax normal. TC abdomen: Hiperplasia suprarrenal izquierda; hernia de hiato; ateromatosis aortoiliaca.*Enfoque familiar y comunitario:* Paciente dependiente para actividades básicas de la vida diaria, con vida cama-cama. Institucionalizada. Hasta hace dos meses vivía con sus hermanas.*Juicio clínico:* Hiperaldosteronismo primario secundario a hiperplasia suprarrenal izquierda. Posible síndrome de Conn. HTA secundaria.*Tratamiento, planes de actuación:* Ingreso en planta. Espironolactona a dosis altas.*Evolución:* Buena respuesta a tratamiento con normalización de potasemia (5 mg/dl) y de cifras tensionales. Permanece asintomática. Alta con Espironolactona 100 mg (1-1/2-1). Se suprime Boi-K.**Conclusiones**

El Síndrome de Conn es una enfermedad rara caracterizada por HTA, hipopotasemia, hiporreninemia y aumento de excreción de aldosterona. El adenoma productor de aldosterona (35%) y el hiperaldosteronismo primario (60%) son los subtipos más comunes. En atención Primaria es fundamental el control rutinario de pacientes hipertensos, prestando especial atención a los parámetros analíticos, que pueden hacer cambiar el enfoque diagnóstico y terapéutico de nuestro paciente.

Palabras clave

Conn's Syndrome, Primary Hiperaldosteronism, Hypokalemia

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Lo que se esconde tras un síndrome miccional

Martín Márquez EC¹, Cuenca del Moral R², Rodríguez Ruiz R³¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Las Albarizas. Málaga² Médico de Familia. CS Las Albarizas. Marbella (Málaga)³ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Las Albarizas. Málaga**Ámbito del caso**

Atención Primaria. Atención Hospitalaria.

Motivo de la consulta

Síndrome miccional.

Historia Clínica

Varón de 45 años. Acude a urgencias por síndrome miccional sin síntomas o signos de complicación de cuatro semanas de evolución acompañado de “restos blanquecinos cremosos” en el meato uretral. Se realiza urocultivo y pendiente de resultado se trata como una candidiasis uretral con Fluconazol 150miligramos en dosis única y se remite a su médico de Atención Primaria.

Enfoque individual: Antecedentes de diverticulosis colónica con único episodio de diverticulitis aguda. Tras una semana persistiendo la clínica acude a médico de familia para resultados de urocultivo siendo negativo por lo que se solicita exudado uretral y analítica sanguínea con serología de enfermedades transmisión sexual (ETS) ambos estudios negativos por lo que se solicita cultivo seminal con aislamiento de Ureaplasma Urealyticum que se trata con Doxicilina 100 mg/12horas/7días. Al mes y medio persiste clínica solicitándose urocultivo y cultivo seminal aislándose Escherichia coli que se trató con Fosfomicina 500 mg/8horas/7días. Tras cinco meses consulta por persistencia del síndrome miccional que mejora tras tratamiento antibiótico pero que recidiva destacando en la anamnesis la emisión de gas

por la uretra por lo que se deriva a Urología con sospecha de fístula enterovesical.

Enfoque familiar y comunitario: Familia en extensión completa.

Juicio clínico: Fístula enterovesical.

Diagnóstico Diferencial: Enfermedad diverticular de colon, cáncer del colon, enfermedad de Crohn, complicaciones de radioterapia y cáncer vesical

Tratamiento, planes de actuación: Urología solicita tomografía computarizada abdominopélvica hallándose colección adyacente a vejiga con posible fístula sigmo vesical. Se inicia de forma ininterrumpida tratamiento con Levofloxacino 500miligramos/24horas.

Evolución: Valorado por Cirugía General que solicita colonoscopia preferente pendiente de realización.

Conclusiones

La enfermedad diverticular de colon sigmoide es la primera causa de fístula enterovesical. La neumaturia está presente en el 50-70% de los casos, siendo el síntoma más frecuente. Importancia de anamnesis completa y diagnóstico diferencial correcto en los motivos de consulta más habituales en Atención Primaria.

Palabras clave

Urynari Bladder Fistula, Diverticulosis Colonic

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Hipertransaminasemia con IgM citomegalovirus positivoCuenca del Moral R¹, Martín Márquez EC², Ramírez Martín C³¹ CS Las Albarizas. Marbella (Málaga)² MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Las Albarizas. Málaga³ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Las Albarizas. Málaga**Ámbito del caso**

Atención Primaria, atención hospitalaria.

Motivo de la consulta

Control de salud.

Historia Clínica

Mujer de 50 años. Ama de casa. Acude para valoración de solicitud de analítica por no haber realizado ningún control previo.

Enfoque individual: No alergias medicamentosas. No patología conocida. No tratamiento habitual. No antecedentes familiares de interés. Bebedora social. Ex fumadora de 10 paquetes /año desde hace 20 años. En analítica se observa hipertransaminasemia con cifras de GGT 487 GPT 42 GOT 51 sin otras alteraciones. Se repite analítica con hemograma, coagulación, perfil férrico TSH y serología a las 4 semanas: GGT 493 GPT 41 GOT 52 fosfatasa alcalina 359. Serología Citomegalovirus (CMV) Ig M positivo. Resto de pruebas normales. Historia dirigida, sólo refiere astenia de semanas de evolución.

Exploración física normal con coloración normal. Afebril. Tórax normal. Abdomen normal sin megalias. Inicialmente se asocia hipertransaminasemia a infección por CMV. Se realiza control posterior con persistencia de patrón de colestasis disociada por lo que se amplía estudio con Ig A total, Ig A antitransglutaminasa y ANA. Resultado positivo para ANA 1/1280 con patrón citoplasmático granular compatible con

anticuerpos antimitocondriales positivos (AMA >1/80). Se remite a estudio por Aparato digestivo. Ecografía de abdomen normal. colangio RMN barro biliar en vesícula sin otras alteraciones

Enfoque familiar y comunitario: Familia en extensión completa. Vive con su marido (recién intervenido de necrosis avascular de cadera) y una hija cursando estudios secundarios.

Juicio clínico: Diagnóstico: sospecha de Cirrosis Biliar Primaria.

Problemas: La paciente se niega a biopsia hepática transcutánea.

Tratamiento, planes de actuación: Se exploran miedos y creencias. Se explica procedimiento. Posible patología, seguimiento y tratamiento en caso de confirmación.

Evolución: Finalmente acepta diferir biopsia hepática hasta recuperación total de marido.

Conclusiones

Importancia de seguimiento clínico de los pacientes hasta resolución del cuadro. En este caso el diagnóstico final no se corresponde con el primer diagnóstico diferencial planteado

Palabras clave

Transaminases Levels, Cytomegalovirus, Liver Cirrhosis Biliary

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Tromboembolismo pulmonar: “el gran simulador”Pulido Vázquez C¹, Navas Vegas S², Artacho Pino R²¹ Médica de Familia. UGC Antequera Estación. Antequera (Málaga)² Médica de Familia. UGC Antequera-Centro. Antequera (Málaga)**Ámbito del caso**

Atención Primaria y Atención Hospitalaria.

Motivo de la consulta

Dolor torácico.

Historia Clínica

Paciente de 65 años. Sin hábitos tóxicos. Deportista. Sin alergias ni antecedentes patológicos.

Enfoque individual: Consulta en Atención Primaria por opresión torácica irradiada hacia la espalda que comenzó mientras caminaba esa misma mañana (no sabe definir hora de inicio), acompañada de sudoración, disnea y debilidad. El día anterior episodio similar de 5 minutos de duración, cediendo con el reposo. Cansancio y disnea de esfuerzos moderados en el último mes.

Enfoque familiar y comunitario: Casado, vive con su mujer.

Juicio clínico: SCASEST.

Tratamiento, planes de actuación: Se administran 300 mg de AAS VO y nitroglicerina sublingual, tras segundo comprimido desaparece el dolor. Se traslada al hospital de referencia con DDCU. En urgencias: Glucemia 322, CPK normal, troponina 0.227. ECG: similar a previo. Radiografía de tórax: sin hallazgos. Ingresa en Medicina Interna: *Analítica:* glucemia 157, LDL 112, HBA1c 9.5%. Ecocardiograma: Hipoquinesia inferior del ventrículo izquierdo. Cateterismo cardíaco: normal.

Juicio clínico: SCASEST con coronarias normales. DM tipo 2.

Tratamiento: enalapril, omeprazol, AAS, dapagliflozina /metformina y atorvastatina. Alta.

Evolución: Cuatro días después consulta en AP por inflamación MID desde el alta. No dolor torácico ni disnea.

Exploración: aumento de diámetro MID, empastamiento y aumento de temperatura con respecto al contralateral.

Juicio clínico: Sospecha de TVP. Se deriva a urgencias. Doppler MID: TVP del eje femoropoplíteo. ECG: Similar a previos. Rx tórax: sin hallazgos. Angio TAC: TEP masivo. Ingresa en Medicina Interna con buena evolución, asintomático. Se añade Acenocumarol al tratamiento previo, suspendiendo AAS. Revisión en cardiología, medicina interna, neumología y hematología.

Hematología: Estudio de trombofilia: Mutación heterocigota C46T del factor XII con niveles de FXII normales, elevación de los factores VIII, IX y XI. Anticoagulación oral indefinida. Estudio de mutación a sus hijos. Alta.

Conclusiones

El TEP es una patología con múltiples presentaciones clínicas desde el paciente asintomático hasta la simulación de un síndrome coronario agudo. Además, puede elevar troponinas y dar alteraciones variadas en el ECG. Mantener un alto nivel de sospecha frente a esta entidad en situaciones de disnea y dolor torácico es fundamental para que el “gran simulador” no pase desapercibido.

Palabras clave

Pulmonary Embolism, Venous Thrombosis, Chest Pain

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Repercusiones patológicas de un diente incluidoReyes Gilabert E¹, Bejarano Ávila G¹, Sánchez García MC²¹ Odontóloga. DS Aljarafe-Sevilla Norte. Sevilla² Médico de Familia. CS Alcalá de Guadaíra. Sevilla**Ámbito del caso**

Atención Primaria y Hospitalaria.

Motivo de la consulta

Paciente que acude a medicina de familia con secreciones nasales, dolor nasal y dolor auditivo.

Historia Clínica

Hombre de 49 años que acude por sinusitis crónica con secreciones nasales, dolor infraorbitario con lagrimeo constante, dolor nasal y dolor auditivo, todos los síntomas en el lado izquierdo. Se remite desde medicina de familia a otorrinolaringología sin juicio clínico y vuelve a la consulta de medicina de familia donde se deriva a odontología de Atención Primaria.

Exploración: Paciente edéntula en maxilar superior e inferior. Mucosa de color normal.

Pruebas complementarias: Ortopantomografía con canino incluido en posición horizontal con raíz en comunicación con el seno maxilar izquierdo. Imagen radiolúcida en periápice de canino incluido.

Enfoque familiar y comunitario: Paciente trabaja como conductor de camión casado y con dos hijos.

Juicio clínico: Sinusitis crónica de causa dental debido a la relación entre los síntomas del paciente y la presencia de un foco de infección dentario encontrado en el examen radiográfico. La sinusitis odontógena supone el 10 a 12% de

los casos de sinusitis maxilar, ocurre por interrupción del mucoperiostio. Las causas dentarias son abscesos periapicales, infección periapical crónica, lesiones periodontales o perforación del piso o mucosa antral en extracción dental. El diagnóstico puede pasar inadvertido con persistencia de sintomatología y fracaso del tratamiento.

Tratamiento, planes de actuación: Extracción quirúrgica de canino incluido y antibioterapia Amoxicilina/clavulánico 500/125 mg cada 8 horas durante 10 días. Ibuprofeno 600 mg cada 6 horas si existe dolor.

Evolución: Control postoperatorio al mes de la intervención con mejoría del cuadro. Al año se realiza control radiográfico con ortopantomografía donde se observó el seno maxilar sin patología, así como la desaparición de todos los síntomas del paciente.

Conclusiones

La patogénesis odontógena puede ser causa de sinusitis maxilar aguda, así como de una forma crónica, como complicaciones de infecciones dentarias desconocidas al no ser tratadas adecuadamente. El Médico de Familia debe conocer esta patología en síntomas unilaterales en sinusitis crónica, buscando patologías dentales que expliquen cuadros rinosinuales máxilo Etmoidales.

Palabras clave

Sinusitis, Maxillary sinusitis, Otolaryngology, Tooth Impacted

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Doctora, este color me preocupa

Salmerón Latorre RM, Yera Cano R, Rivas De la Torre M

*MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Virgen del Gavellar. Úbeda (Jaén)***Ámbito del caso**

Urgencias hospitalarias.

Motivo de la consulta

Dolor abdominal e ictericia cutánea.

Historia Clínica

Varón de 60 años refiere dolor abdominal, coluria, acolia e ictericia cutánea desde hace 1 semana.

Enfoque individual. Antecedentes personales: No alergia a medicación, Hipertensión Arterial, en tratamiento con Valsartan/hidroclorotiazida. Colectomía hace 8 años.

Anamnesis: Acude por dolor abdominal tipo cólico no irradiado, heces blancas y orina oscura, desde hace una semana. Sin náuseas ni vómitos. Afebril. No molestias miccionales. Hábito intestinal conservado. Pérdida >10 kg de peso en dos meses.

Exploración: Buen estado general. Eupneico. Tinte icterico en piel y mucosas. Auscultación cardiorrespiratoria normal. Abdomen blando y depresible, doloroso a la palpación en flanco derecho, sin masas ni megalias, no signos de peritonismo. Murphy y Blumberg negativos. Ruidos hidroaéreos presentes. Puñopercusión bilateral negativa.

Pruebas complementarias: Analítica sanguínea (Bilirrubina total 7.3 mg/dl, Alanina aminotransferasa 732 mg/dl, lactato deshidrogenasa 320 UI/L. Proteína C Reactiva normal). Urianálisis (bilirrubina 3+, urobilinogeno 4+). Radiografía abdominal que resulta normal. Ecografía abdominal: importante dilatación de vía biliar intrahepática y hepatocolédoco proximal, no pudiendo valorar causa responsable. Se decide ingreso hospitalario para continuar estudio: Resonancia Magnética pancreática: Neoplasia de cuello pancreático con infiltración de tronco

celiaco y porta común. TC tórax, abdomen y pelvis (estudio de extensión): masa peripancreática de 3,3 cm. Adenopatías epigástrico. Nódulos pulmonares compatibles con metástasis.

Enfoque familiar y comunitario: Vive con su mujer. Tiene dos hijas casadas. Buena relación familiar. Padre fallecido de gástrico. Propietario de una zapatería.

Juicio clínico: Ictericia obstructiva secundaria a neoplasia del cuello pancreático con infiltración de tronco celiaco y porta común. Metástasis pulmonares (estadio IV).

Diagnóstico diferencial: pancreatitis aguda o crónica, otros cánceres de vía biliar.

Identificación de problemas: Realización de varias pruebas para llegar al diagnóstico, imposibilidad de tratamiento curativo, difícil control del dolor.

Tratamiento, planes de actuación: Tras valoración por cirugía, se decide Quimioterapia paliativa. Uso de morfínicos para control del dolor. El paciente pasa a cargo de Cuidados Paliativos.

Evolución: Presenta mala evolución (neutropenia febril en la última revisión).

Conclusiones

Aunque el cáncer de páncreas es poco prevalente (2,1% de todos los tumores), su mortalidad es muy elevada (supervivencia del 4%). Debemos sospecharlo ante ictericia, glucemias elevadas, digestiones pesadas o dolor abdominal, para hacer un diagnóstico y tratamiento precoz.

Palabras clave

Pancreatic Cancer, Neoplasm Metastasis, Jaundice Obstructive

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

De sinusitis a poliangeitis granulomatosaMartínez Vera MJ¹, Moreno Fontiveros MA², González Igenio V²¹ Consultorio Gilena. Sevilla² Médico de Familia. CS Estepa. Sevilla**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

Motivo de la consulta

Fiebre, tos, expectoración, cefalea frontal, sensación de peso al agacharse.

Historia Clínica

Varón de 33 años, con fiebre de varias semanas, tos, disnea, cefalea, molestias oculares, varias consultas a urgencias, diagnóstico bronconeumonía, posteriormente sinusitis, tratamiento con antibiótico oral y corticoide nasal, no mejora.

Enfoque individual: Trabajador agrícola, contacto con animales, fumador 20 cigarrillos/día. Consultas repetidas en dermatología (pitiriasis rosada), digestivo (dispepsia, reflujo), traumatología (dolores articulares, escoliosis).

Exploración sin hallazgos significativos, ACR normal. abdomen. miembros inferiores normales, destaca la hiperemia ojo derecho. Derivado al hospital para pruebas complementarias analítica con PCR, VSG, perfil renal, anticuerpos anticitoplasma de los neutrófilos (ANCA), RX tórax, TAC, Resonancia magnética, biopsia bronquial

Enfoque familiar y comunitario: Madre con artritis reumatoide. Ansiedad familiar importante por la duración y síntomas del cuadro del paciente.

Juicio clínico: Poliangeitis granulomatosa (Enfermedad de Wegener).

Diagnóstico diferencial: Enfermedades inflamatorias con afectación vascular, lupus eritematoso sistémico, granulomatosis linfomatoide, enfermedad de Churg-Straus, enfermedades infecciosas, neoplasia del tracto superior e inferior.

Identificación de problemas: epiescleritis, microhematuria, afectación nodular pulmonar, bronquiectasias.

Tratamiento, planes de actuación: Tratamiento inicial: prednisona, metotrexate, ácido fólico, omeprazol.

Plan de actuación: Reducir prednisona al controlar síntomas, analíticas periódicas. Revisiones en oftalmología, nefrología, neumología y reumatología.

Evolución: Favorable, paciente asintomático, escasas molestias articulares y digestivas. Piensa reincorporarse al trabajo.

Conclusiones

La granulomatosis de Wegener es una vasculitis sistémica, necrosante y granulomatosa, afecta el tracto respiratorio superior e inferior y riñón; es la vasculitis anticuerpos anticitoplasma del neutrófilo (ANCA) positiva más frecuente. El diagnóstico se basa en la clínica, la biopsia de los órganos afectados y la presencia de ANCA en el suero. El tratamiento se divide en dos fases: de inducción a la remisión y de mantenimiento. En la primera es necesario el uso de terapia inmunosupresora intensiva: ciclofosfamida más esteroides para controlar la actividad de la enfermedad (tres a seis meses). En la fase de mantenimiento, se emplean inmunosupresores como azatioprina, metotrexate, micofenolato de mofetilo. La granulomatosis de Wegener, es una enfermedad grave, su tratamiento conlleva riesgos significativos pero el diagnóstico en fase inicial, las pruebas regulares para seguir la actividad de la enfermedad, tratamiento adecuado, mejora enormemente el pronóstico.

Palabras clave

Granulomatosis, Vasculitis. Anticuerpos Anticitoplasma de Neutrófilos, Prednisona

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Dolor ocular: debut de aneurisma cerebralFernández Bonilla CM¹, Huesa Andrade M², González Lavandeira M³¹ Médico de Familia. CS Arahal. Sevilla² Médico de Familia. CS Pilas. Sevilla³ Médico de Familia. DDCU Sevilla**Ámbito del caso**

Atención Primaria y Urgencias Hospitalarias.

Motivo de la consulta

Dolor ocular.

Historia Clínica

Mujer de 63 años remitida por su Médico de Familia en al menos cuatro ocasiones a urgencias hospitalarias por cuadro de dolor ocular que no remite con analgesia habitual.

Enfoque individual. Antecedentes personales: HTA, dislipemia, diabetes mellitus tipo 1 y trombocitopatía mixta que contraindica la toma de AAS. Realiza tratamiento con insulina, atorvastatina, amlodipino y losartan.

Anamnesis: Paciente de 63 años derivada a Urgencias Hospitalarias en repetidas ocasiones por dolor en tabique nasal y retroorbitario derecho, extendiéndose a área auricular y frontal, que no cedía con analgesia habitual. Comenzó de forma intermitente hasta hacerse continuo y acompañarse de ptosis palpebral completa y visión doble binocular, motivo por el que se deriva de nuevo al hospital, siendo diagnosticada de neuropatía del III par craneal de probable origen isquémico en paciente diabética (Analítica y TAC craneal: normal. RMN de órbita y craneal: lesión crónica de probable origen isquémico en cuerpo caloso). Tras diez días en domicilio, ante la falta de mejoría clínica, su médico vuelve a derivarla a Urgencias.

Exploración: ptosis palpebral derecha completa. Paresia de recto interno, recto superior y recto inferior derechos. Pupila

derecha midriática y arreactiva. Resto de exploración por aparatos y sistemas normal.

Pruebas complementarias: En el segundo ingreso se realiza Angio-RMN en la que no se encuentran alteraciones radiológicas significativas y posteriormente Arteriografía cerebral que muestra dilatación infundibular de arteria comunicante posterior derecha con aneurisma que nace de la cara inferior de la dilatación infundibular.

Enfoque familiar y comunitario: Familia nuclear con parientes próximos, etapa V (final de la contracción), fase centrífuga del ciclo vital familiar (familia normofuncional). Red social con alto apoyo emocional.

Juicio clínico: Neuropatía del tercer par craneal derecho secundaria a aneurisma de la arteria comunicante posterior derecha. Dados sus factores de riesgo cardiovascular inicialmente se pensó en el origen isquémico.

Tratamiento, planes de actuación: Se cateterizó el aneurisma y se embolizó.

Evolución: Tras un año de la intervención ha evolucionado de forma favorable, ya no ve doble, no tiene diplopia ni ptosis.

Conclusiones

Este caso pone de relevancia una de las funciones fundamentales del Médico de Familia: el seguimiento de sus pacientes, en especial las altas hospitalarias.

Palabras clave

Intracranial Aneurysm, Eye Pain

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Doctora, si no tengo bastante con lo mío, ahora esto

Salmerón Latorre RM, Rivas De la Torre M, Yera Cano R

*MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Virgen del Gavellar. Úbeda (Jaén)***Ámbito del caso**

Urgencias hospitalarias.

Motivo de la consulta

Fiebre en paciente oncológico.

Historia Clínica

Mujer de 48 años, con cáncer de mama que acude por fiebre de 38.2^aC, cefalea y odinofagia desde hace 3 días.

Enfoque individual. Antecedentes personales: No alergia a medicación conocida. Carcinoma infiltrante en mama izquierda RE, RP Y Her2 negativos (en tratamiento con quimioterapia), mastopatía fibroquística.

Anamnesis: Acude por fiebre de 38,2^oC, cefalea y odinofagia desde hace 3 días. No dolor torácico, no tos ni expectoración, no disnea. No nauseas ni vómitos. No molestias miccionales. Hábito intestinal conservado. Última sesión de quimioterapia hace 9 días. Próxima sesión en 5 días.

Exploración: Buen estado general, eupneica, hemodinámicamente estable. Faringe hiperémica sin placas. Auscultación cardiorrespiratoria normal. Abdomen anodino. Exploración neurológica normal.

Pruebas complementarias:

Análisis sanguíneo: Leucocitos 1680/ μ L, neutrófilos 190/ μ L (11.2%), linfocitos 1080 (64%). Proteína C Reactiva 13.2. Resto normal. Uri *Análisis:* Normal. Radiografía de tórax: Normal. Se decide ingreso hospitalario en habitación aislada. Analíticas con evolución favorable durante el ingreso. Cultivos negativos.

Enfoque familiar y comunitario: Casada desde hace 20 años. Vive con su marido (propietario de una empresa de construcción) y sus dos hijos, de 15 y 17 años, ambos buenos estudiantes. Buena relación familiar. Tiene gran apoyo familiar. Trabaja como profesora de instituto, aunque se encuentra de baja por su enfermedad.

Antecedentes familiares: Tía materna fallecida de cáncer de mama. Abuela materna fallecida de cáncer páncreas.

Juicio clínico: Neutropenia febril secundaria a tratamiento quimioterápico.

Diagnóstico diferencial: Fiebre de origen infeccioso (infecciones faríngeas, meningitis) o tumoral

Identificación de problemas: Aislamiento precoz de la paciente, que precisó de ingreso hospitalario. Incertidumbre para la siguiente sesión de quimioterapia.

Tratamiento: Tratamiento durante el ingreso: Filgastrim, recuperándose la neutropenia. Tratamiento al alta hospitalaria: Amoxicilina 875/clavulánico 125 mg cada 8 horas durante 7 días.

Plan de actuación: Acudir a sus citas en *consultas externas* de Oncología.

Evolución: favorable durante el ingreso, no presentando sintomatología al alta y recuperándose la neutropenia tras el uso de Filgastrim. Ha podido recibir todas las sesiones programadas de quimioterapia.

Conclusiones

Los pacientes con fiebre y neutropenia son una emergencia Médica. Dicha situación ocurre entre el 10 y el 50% de los pacientes con tumores sólidos, y en más del 80% de las neoplasias hematológicas que han recibido tratamiento quimioterápico. En cuanto a términos de mortalidad, se sitúa entre el 4 y el 30%, elevándose hasta un 70% si no se instaura precozmente el tratamiento antibiótico empírico correcto. Como Médicos de Atención Primaria, debemos conocer el manejo de estas situaciones.

Palabras clave

Unilateral Breast Neoplasms, Chemotherapy Induced Febrile Neutropenia

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Pancitopenia por rifabutina. A propósito de un casoLuque Escalante ML¹, González Begines V², Gómez Rodríguez P³¹ Médico de Familia. UGC Los Alcores. Sevilla² Médico de Familia. CS Nuestra Señora Del Castillo. Lebrija (Sevilla)³ Médico de Familia. UGC Sevilla Sur. Morón De La Frontera (Sevilla)**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

Motivo de la consulta

Odinofagia, fiebre y diarreas.

Historia Clínica

Mujer de 34 años. Endometriosis. Cistitis de repetición. Realizó tratamiento con Rifabutina 10 días por diagnóstico de Helicobacter Pylori (H. P), tras fracaso de tratamientos anteriores. Refiere odinofagia, diarreas y fiebre de hasta 39°C desde hace 6 días, que cede con paracetamol. Pérdida de 3 kg en una semana. Se realiza analítica y nos avisan de laboratorio ante los resultados.

Enfoque individual. Exploración: Buen estado general, normocoloreada. Afebril. Buena hidratación. No adenopatías. Faringe levemente hiperémica. Auscultación normal. Abdomen anodino. *Analítica:* HB 11,3 g/dL, plaquetas 96000 k/uL, 1200 k/uL leucocitos con 300 k/uL neutrófilos. Frotis sin anomalías morfológicas. Nos ponemos en contacto con el servicio de Hematología, y derivamos a la paciente al hospital. Aspirado de médula ósea (MO): hipocelularidad global, sin infiltración por elementos extramedulares ni presencia de células inmaduras. Biopsia de MO: normocelularidad.

Enfoque familiar y comunitario: Estudio de la familia y la comunidad.

Juicio clínico: Diagnóstico: Insuficiencia medular transitoria inducida por Rifabutina e infección urinaria por Klebsiella. La neutropenia es una reducción del recuento de neutrófilos sanguíneos. Si es severa, aumentan el riesgo y la gravedad de infecciones

bacterianas y micóticas. Hay múltiples causas que pueden provocar pancitopenia. En el aspirado de MO descartamos síndromes mielodisplásicos, defectos medulares intrínsecos, mielocatexis... Los estudios de autoinmunidad, descartarán que sea debido a procesos como LES, Artritis reumatoide, síndrome de Felty... Además la morfología en sangre periférica excluirá infecciones víricas (linfocitos activados), neoplasias hematológicas o metastásicas (precursores hematopoyéticos)... En la neutropenia inducida por fármacos, éstos pueden haber sido tomados durante meses o años. Es una enfermedad grave, de comienzo agudo, con mal estado general, fiebre alta y puede haber dolor orofaríngeo por úlceras en mucosa oral y faríngea.

Tratamiento, planes de actuación: Con una sospecha de insuficiencia medular inducida por medicamentos, se inició antibioterapia empírica dada la ausencia de focalidad. Los hemocultivos fueron negativos, pero en orina se aisló Klebsiella cuyo antibiograma permitió el tratamiento oral.

Evolución: La paciente evolucionó favorablemente. En la revisión mensual las cifras de leucocitos se habían normalizado, desapareciendo la pancitopenia.

Conclusiones

Destacar la importancia de una buena historia clínica para poder realizar el diagnóstico diferencial ante una paciente con pancitopenia, y la importancia de una actuación multidisciplinar.

Palabras clave

Neutropenia, Infection, Drug

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Mediastinitis producida por un mondadientesAmador Chamón AL¹, Camargo Bello LM¹, Vázquez Alarcón RL²¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Vera. Almería² Médico de Familia. CS Vera. Almería**Ámbito del caso**

Atención Primaria Atención hospitalaria.

Motivo de la consulta

Atragantamiento con mondadientes.

Historia Clínica

Antecedentes personales: Varón de 56 años. DM2, HTA, Dislipemia, pie diabético con amputación pierna derecha por vasculopatía arterial. Fumador activo, alcoholismo.

Anamnesis: Primera visita Atención Primaria (AP): 2 días antes se ha tragado un mondadientes mientras se quedó dormido, (está en deshabitación tabáquica esa semana) acude por odinofagia y afonía. En la exploración física orofaringe: no se visualiza cuerpo extraño, se deriva a urgencias de hospital, donde se extrae por digestivo con alta domiciliaria sin tratamiento. Segunda visita AP a los 4 días: Persiste la afonía y odinofagia, con exploración física donde se evidencia orofaringe hiperémica con Mughet oral, y halitosis. Se pauta amoxicilina 875/clavulánico y nistatina oral. Recomendaciones de alarma. Tercera visita AP a los 2 días: No acude el paciente sino su esposa refiriendo, agresividad, desafiante, desesperación, alucinaciones visuales, odinofagia. Se indica que acuda a urgencias del hospital por delirium. Pero el paciente no va. Cuarta visita AP: Persiste síntomas y halitosis. Se deriva a hospital.

Exploración física: absceso faríngeo con hemorragia.

Pruebas complementarias: Analítica: hemograma leucocitosis (12900), neutrofilia (89%), PCR 177.

Rx cervical: aumento volumen cervical anterior. TAC Cuello-Tórax: Dilatación del espacio retrofaríngeo con gran contenido de aire y leve cantidad de líquidos con perforación pared

posterior de la faringe a nivel de la epiglotis, no se visualiza aire en el mediastino. Interconsulta ORL ingreso Hospitalario con Cirugía Torácica-ORL de Hospital de referencia, donde ingresa en UCI por mediastinitis.

Enfoque individual: Alcoholismo de 4 U/día. Fumador de 30 paq/año.

Enfoque familiar y comunitario: Núcleo familiar: matrimonio con 2 hijas.

Juicio clínico: Absceso retrofaríngeo tras cuerpo extraño, mediastinitis, neumomediastino.

Diagnóstico diferencial: faringitis, epiglotitis, absceso, laringitis.

Identificación de problemas: dependencia al alcohol y tabaco, empeorando la diabetes, dificultando la evolución del absceso y tratamiento.

Tratamiento, planes de actuación: Sedación, antibióticos y corticoides IV

Evolución: 40 días ingresado en UCI, curas/12h. Sedado, empeorando con atelectasia bilateral y neumomediastino.

Conclusiones

Es fundamental la consulta de AP, donde el paciente confía en su médico, siendo el eje donde se ha evolucionado la sintomatología del paciente, dirigiendo los pasos de actuación en todo momento.

Palabras claves: mediastinitis, gagging, abscess.

Palabras clave

Mediastinitis, Abscess, Mediastinal Emphysema

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Atención a los signos paraneoplásicosGómez Torrado RM¹, Ayala Cardoso F², Rodríguez Vázquez A¹¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Candelaria. Sevilla² Médico adjunto de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Candelaria. Sevilla**Ámbito del caso**

Atención Primaria, urgencias y planta de hospitalización.

Motivo de la consulta

Neuropatía progresiva.

Historia Clínica

Varón de 59 años, exfumador excesivo, actualmente 10 cig/día, atendido en domicilio por su médico de Atención Primaria por pérdida progresiva de sensibilidad y fuerza motora en los cuatro miembros e imposibilidad a la deambulación. Sin datos de infección.

Enfoque individual. Exploración: consciente y orientado. Eupneico. Tensión arterial 125/80 mmHg. FC 82lpm. SatO₂ 94%. Glasgow 15/15. Afebril. Corazón rítmico sin soplo. Buen murmullo vesicular sin ruidos patológicos. Abdomen no doloroso sin masa ni visceromegalia. No edema en miembro. Pulsos femorales conservados. Exploración neurológica: movimientos oculares muy rápidos en plano horizontal en miradas laterales, principalmente hacia la izquierda, compatible con un Flutter ocular. Balance motor: MMSS t2/5 MMII 3/5. Balance sensitivo: hipoestesia en ambas manos, en todo MII y en MID en calcetín. Fallos sensibilidad artrocinética en MSI. Marcha inestable con aumento de la base de sustentación.

Pruebas complementarias: Analítica: hemoglobina 156 mg/dL. Leucocitos 6.23/mm (neutrófilos 56%). Plaquetas 294/mm. Glucosa 100 mg/dL. Creatinina 0,58mg/dL. Sodio 136 mEq/L. Potasio 4,2 mEq/L. INR 1.27. Fibrinógeno 4.7. EKG: ritmo sinusal sin alteraciones. RX Tórax: normal. TAC craneal: sin alteraciones. Punción lumbar: LCR normal. EMG/ENG: neuropatía aguda axonal sensitivo-motora (AMSAN). TAC Toraco-abdominal: lesión nodular pulmonar espiculada. Marcadores tumorales: CA 19.9 75.6 U/MI

Fibrobroncoscopia y biopsia: adenocarcinoma bien diferenciado, infiltrante. PET-TC: nódulo pulmonar derecho hipermetabólico.

Enfoque familiar y comunitario: Paciente soltero con nivel socio económico medio-bajo, vive con la madre desde la enfermedad, anteriormente emancipado.

Juicio clínico: Polineuropatía subaguda sensitiva axonal y demielinizante de curso progresivo de probable origen paraneoplásico. (Síndrome Miller-Fisher).

Diagnóstico diferencial: Polineuropatía simulada. Accidente isquémico bascular. Síndrome Guillain-Barré.

Tratamiento, planes de actuación: Lobectomía pulmonar. Realización de fisioterapia respiratoria. Revisiones en consulta de cirugía torácica. Seguimiento por su médico de Atención Primaria.

Evolución: Tras la resolución del evento agudo el paciente quedó con secuelas motoras/sensitivas utilizando andador, no dependiente.

Conclusiones

Ante pacientes con factores de riesgo para el desarrollo de cáncer de pulmón es importante evidenciar síntomas que puedan ser debidos a los llamados síndromes paraneoplásicos, alcanzando hasta un 15% de los pacientes con cáncer al diagnóstico, permitiéndonos un estudio y diagnóstico más precoz. Además, un 70% de los enfermos con Cáncer de Pulmón pueden presentar dichos síndromes durante la enfermedad.

Palabras clave

Primary Health Care, Polyneuropathies, Lung Neoplasms

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Noto inflamación en el brazo desde ayerDe Juan Roldán JI¹, Rodríguez Escobar J¹, Flores Montañés MM²¹ Médico de Familia. CS Palma-Palmilla. Málaga² Médica de Familia. CS Palma Palmilla. Málaga**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

Motivo de la consulta

Tumefacción miembro superior izquierdo.

Historia Clínica

Paciente que acude a su médico de familia por tumefacción, dolor y aumento de temperatura en hombro y región proximal de miembro superior izquierdo de 24 horas de evolución. No ha realizado esfuerzo ni ha sufrido traumatismo previo. No ha presentado otra clínica.

Enfoque individual: Mujer de 67 años. Vive sola. Independiente para las actividades básicas de la vida diaria. Trabajó como cocinera, ahora jubilada. Sin alergias medicamentosas pero con intolerancia a la metformina.

Antecedentes personales: hipertensión arterial bien controlada, diabetes mellitus tipo 2 de 15 años. Dislipemia. Accidentes isquémicos transitorios de repetición. Cáncer de mama derecha diagnosticado en 2012 e intervenido con mastectomía derecha con QT-RT adyuvante. Estenosis esofágica en relación con radioterapia y en tratamiento con dilataciones por aparato digestivo. Intervenciones quirúrgicas: apendicectomía, colecistectomía y mastectomía derecha. En tratamiento con triflusal, atorvastatina, enalapril, saxagliptina.

Exploración física: buen estado general, estable hemodinámicamente y eupneica en reposo. ACR: rítmica y regular, murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. Miembros inferiores: sin edemas ni signos de

trombosis. Miembro superior izquierdo: empastamiento, eritema, circulación colateral, discreto edema (Imagen 1). Movilidad conservada en todos los planos. Ante la sospecha de trombosis venosa, se decide derivación a urgencias. Se realiza analítica que resulta anodina salvo dímero-D 1473. Se solicita ecografía y angio-TC de tórax: trombosis vena yugular izquierda y subclavia izquierda.

Enfoque familiar y comunitario: Acompañada de su vecina y amiga que es la que le ha insistido en acudir a su médico de familia. Poco apoyo familiar.

Juicio clínico: Trombosis venosa profunda.

Tratamiento, planes de actuación: Alta domiciliaria con tratamiento con bemiparina, suspender triflusal y cita con medicina interna.

Evolución: Citamos cada dos días a la paciente para ver buena evolución.

Conclusiones

La trombosis venosa profunda es una complicación frecuente en pacientes con antecedentes de un proceso oncológico. Ante la sospecha clínica es necesario realizar una correcta exploración física con inspección visual de la zona y realizar pruebas de imagen para su confirmación.

Palabras clave

Venous Thrombosis, Neoplasms, Inflammation

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

“Doctora, tengo un bulto en la axila”

Pérez Delgado de Torres MJ¹, Aguilera Luna A¹, Cutiño Ruiz D²¹ Médica de Familia. CS Camas. Sevilla² Médico de Familia. CS Camas. Sevilla**Ámbito del caso**

Atención Primaria y atención hospitalaria.

Motivo de la consulta

Tumoración axilar derecha.

Historia Clínica

Tumoración axilar derecha, asintomática, de 2 semanas de evolución.

Enfoque individual: Mujer de 77 años, con antecedentes personales de hipertensión arterial y dislipemia, que consulta a su médico de familia por tumoración axilar derecha de 2 semanas de evolución sin otros síntomas acompañantes.

A la exploración, presenta tumoración de consistencia dura, adherida a planos profundos, no dolorosa a la palpación, de 7×6cm de diámetro. Se solicita mamografía bilateral en la que se observa nódulo ovalado, isodenso, bien delimitado, de 8×6mm en cuadrante superior interno de mama izquierda de características radiológicas benignas (categoría BIRADS 2). Ante los datos clínicos referidos en la anamnesis, se solicita una ecografía mamaria bilateral en la que se visualiza un nódulo hipoecoico, bien delimitado, de 5×4 cm en axila derecha, sospechoso de malignidad (categoría BIRADS 4). Se realiza biopsia guiada por ecografía para estudio anatomopatológico del nódulo axilar, con resultado de sarcoma de células claras con reordenamiento del gen EWSR1 en el 62% de las células tumorales. En PET-TC de cuerpo entero para realizar estudio de extensión, se detecta afectación linfática (axilar e hilar derecha) y metástasis hepática, esplénica y pulmonar.

Enfoque familiar y comunitario: Antecedentes familiares de hija fallecida por cáncer de ovario en 2011.

Juicio clínico: Sarcoma de células claras con afectación linfática (axilar e hilar derecha) y metástasis hepática, esplénica y pulmonar.

Diagnóstico diferencial: Melanoma maligno fusocelular.

Tratamiento, planes de actuación: Pendiente de valoración por Oncología Médica el 17/5/17.

Evolución: La paciente se mantiene asintomática, sin cuadro constitucional acompañante, y con buena aceptación de la enfermedad.

Conclusiones

El sarcoma de células claras, también llamado melanoma maligno de partes blandas debido a las similitudes histológicas e inmunohistoquímico con el melanoma, es un tumor agresivo raro que comprende menos del 1 % de los sarcomas de partes blandas. Suele verse como lesión profunda principalmente en miembros inferiores o superiores y, con frecuencia, se disemina a los ganglios linfáticos cercanos. Es más frecuente en adultos jóvenes. El análisis molecular revela la translocación t(12; 22)(q13; q12) que da como resultado el gen quimérico EWSR1/ATF1.

Palabras clave

Sarcoma de Células Claras (Sarcoma, Clear Cell), Breast Neoplasm (Neoplasias De La Mama), Lymphatic Metastasis (Metástasis Linfática)

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Un diagnóstico pesadoMartín Jiménez A¹, Rodríguez Vallejo JJ¹, Hurtado Soriano R²¹ Médico de Familia. Hospital San Carlos. San Fernando (Cádiz)² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Olivillo. Cádiz**Ámbito del caso**

Urgencias Hospitalarias.

Motivo de la consulta

Cuadro sincopal.

Historia Clínica

Varón de 35 años transferido desde urgencias extrahospitalarios a urgencias por cuadro sincopal en dos ocasiones desde esa mañana de dos minutos de duración. El paciente fue asistido en el traslado por bomberos de la zona debido a la obesidad que padecía. En el box de críticos comentaba padecer de manera progresiva disnea a medianos esfuerzos desde hace dos semanas. Además presentó episodio de molestias centrotorácicas ese mismo día. Se encontraba taquicárdico, sudoroso y taquipneico por lo que ingresa en el área de observación. La auscultación cardíaca y pulmonar era normal. Se extrajo analítica y gasometría, realizamos electrocardiograma y radiografía de tórax. En la bioquímica destacó una elevación del Dímero D de 4800 microgramos/litro y en el electrocardiograma se apreció una taquicardia sinusal con Patrón S1Q3T3.

Enfoque individual: Entre los antecedentes clínicos del paciente llamaba la atención una obesidad mórbida tipo III, con un IMC de 61 Kg/m² (peso 224 kg, altura 192cm).

Enfoque familiar y comunitario: Trabaja como seguridad privada en una discoteca de la zona.

Juicio clínico: Tromboembolismo pulmonar (TEP).

Tratamiento, planes de actuación: Por la alta probabilidad de TEP se comenzó con anticoagulación a dosis plenas. Dada las características morfológicas del paciente fue inviable técnicamente la realización de un angio-TAC o Gammagrafía que apoyaran nuestro diagnóstico. Solicitamos ecodoppler de miembros inferiores donde se reveló trombosis en región poplítea de MID. La ecocardiografía no fue valorable, debido también a limitaciones técnicas.

Evolución: El paciente ingresó en UCI ya que hemodinámicamente se mantuvo inestable, con una lactacidemia de 2,8. No requirió apoyo ionotrópico ni vasoactivo. Posteriormente evolucionó favorablemente aunque precisando soporte de oxigenación y CPAP nocturna con oxígeno suplementario. Posteriormente ingresó en Neumología donde fue dado de alta con BiPAP nocturna y Anticoagulación oral.

Conclusiones

La obesidad es un factor de riesgo para el TEP, por estar asociada a estados de hipercoagulabilidad e insuficiencia venosa. Estos pacientes además presentan dificultades para la deambulación, algunos presentan policitemia secundaria a la insuficiencia pulmonar que promueve el estasis venoso. El diagnóstico fue dificultoso debido a que el paciente era demasiado obeso e impidió la realización de pruebas de imágenes pero siguiendo el algoritmo diagnóstico se catalogó como TEP y fue tratado de manera exitosa.

Palabras clave

Síncope, Tromboembolismo pulmonar, Obesidad

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Dolor torácico en paciente jovenGonzález Aguilera JM¹, Neila López MJ², Ambrona García E³¹ CS El Torrejón. Huelva² MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Bollulos Par del Condado. Urgencias Hospital Infanta Elena. Huelva³ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Torrejón. Urgencias Hospital Infanta Elena. Huelva**Ámbito del caso**

Multidisciplinar.

Motivo de la consulta

Dolor torácico.

Historia Clínica*Antecedentes personales:* Fumador 30cig/día. No Alergias medicamentosas.*Anamnesis:* Acude por dolor centrotorácico de 3 días, punzante, transfixiante, irradiado desde región interescapular hacia delante y ambos brazos, que comienza mientras trabaja y mejora tras toma de AINE. El dolor se alivia al incorporarse hacia delante. No se modifica con respiración profunda. No cortejo vegetativo. No palpitaciones. Afebril. No viriasis previa. CS administran analgesia IV con lo que llega asintomático a urgencias.*Exploración:* TA 130/85mmHg FC 70lpm. Auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen, miembros y neurológica, anodina.*Pruebas complementarias:* EKG Ritmo sinusal a 71lpm con Ondas T negativas en aVL. Hemograma 12.090 leucocitos 88% neutrófilos. Bioquímica TnT 84.95, CK 215 y resto normal. Coagulación normal. Sistemático y Tóxicos en orina negativos. Radiografía de Tórax normal. Mientras esperamos resultados de pruebas, el paciente avisa por nuevo episodio de dolor EVA 7 de mismas características. Repetimos EKG: Ritmo sinusal a 71lpm con elevación punto J V1-V3 con ondas T altas y picudas, y en aVL. Descenso ST en III, aVF y V4-V6. Administramos Dexketoprofeno IV (EVA 1). Comentamos con UCI y pasamos a observación para seriar enzimas cardíacas y ver evolución. El paciente se mantiene durante la noche

asintomático y estable hemodinámicamente. Control enzimas: TnT: 148.3 – 152.8 y CK: 196 – 149. Por la mañana comienza con dolor en hemitórax izquierdo, se repite EKG: RS a 60lpm con onda T bifásica en V2-V3 y el dolor desaparece con NTG sl. Ingresamos en Planta como sospecha de Miopericarditis Aguda vs Síndrome Coronario Agudo (SCA).

Enfoque individual: Varón 36 años.*Enfoque familiar y comunitario:* Soltero. Poco frecuentador.*Juicio clínico:* Miopericarditis aguda vs SCA.*Tratamiento, planes de actuación:* Reposo relativo y progresivo 3 meses. AAS 100 mg/24h. Ticagrelor 90 mg/12h. Bisoprolol 2.5mg/24h. Ramipril 2.5mg/24h. Atorvastatina 80 mg/24h.*Evolución:* En planta se realiza coronariografía donde se objetiva lesión severa en arteria Descendente anterior que se revasculariza con Stent. Ecocardiografía sin hallazgos. Se da de alta con diagnóstico final de cardiopatía isquémica tipo iam-sin q patológica.**Conclusiones**

Ante una elevación de ST, plantearnos diferentes causas y realizar correcto diagnóstico diferencial (DD). Para realizar DD entre miopericarditis aguda e isquemia miocárdica insistir en: Características del dolor. Presencia de roce pericárdico. Alteraciones electrocardiográficas. Anamnesis dirigida buscando: infección previa y FRCV.

Palabras clave

Síndrome Coronario Agudo, Miocarditis, Pericarditis

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

“El silencio del cáncer de páncreas”

Pérez Delgado de Torres MJ¹, Aguilera Luna A², Álvaro Calero A²

¹ Médico de Familia. CS Camas. Sevilla

² Médico de Familia. CS La Candelaria. Sevilla

Ámbito del caso

Atención Primaria y atención hospitalaria.

Motivo de la consulta

Dorsalgia inflamatoria, descompensación glucémica y cuadro constitucional.

Historia Clínica

Dorsalgia inflamatoria, descompensación glucémica y cuadro constitucional de un mes de evolución, con aumento del perímetro abdominal en la última semana.

Enfoque individual: Mujer de 64 años, fumadora activa de 1.5 paquetes/día, ex-bebedora moderada y diabética tipo 2 en tratamiento con antidiabéticos orales, que consulta a su médico de familia por dorsalgia inflamatoria irradiada en cinturón, descompensación glucémica, sensación de plenitud gástrica y cuadro constitucional con astenia, anorexia y pérdida de 8 Kg de peso de un mes de evolución, y aumento del perímetro abdominal en la última semana.

En la exploración, abdomen es blando y depresible, con dolor a la palpación generalizada y hepatomegalia 2 traveses, sin peritonismo. No ictericia, coluriani acolia. Afebril. Pendiente de analítica previamente solicitada, se solicita radiografía columna dorsal con resultado normal y ecografía abdominal objetivándose ascitis. Se deriva a urgencias, donde realizan analítica de sangre y radiografía de tórax y abdomen con resultado normal, derivándose a consultas de Medicina Integral (MI). Ante el progresivo aumento del perímetro abdominal, se deriva de nuevo a urgencias donde repiten analítica, realizan paracentesis diagnóstica con resultado de ascitis quilosa (triglicéridos 124.1) y cursan ingreso en MI para estudio. Durante el ingreso, realizan analítica con elevación de

transaminasas, bilirrubina total a expensas de directa, fosfatasa alcalina, colinesterasa y reactantes; serología de Epstein Barr, Citomegalovirus, Varicela-Zoster, Herpes virus y Hepatitis con resultado negativo; TAC tórax Abdomen visualizándose neoplasia de cuerpo pancreático con extensión locorregional (trombosis de vena esplénica y mesentérica superior) con metástasis hepática, peritoneal y probable pulmonar, sin confirmación anatomopatológica; y biopsia con aguja gruesa guiada por ecografía (BAG).

Enfoque familiar y comunitario: Antecedentes familiares de madre y hermana con cáncer de mama.

Juicio clínico: Neoplasia de cuerpo pancreático con extensión locorregional (trombosis de vena esplénica y mesentérica superior) con metástasis hepática, peritoneal y probable pulmonar, sin confirmación anatomopatológica.

Tratamiento, planes de actuación: Paliativo.

Evolución: Durante el ingreso, difícil control de hiperglucemia e hipotensión, fracaso renal agudo y bradipsiquia. Se suspende BAG y se informa a la familia de situación de últimos días.

Conclusiones

El cáncer de páncreas es un tumor silencioso y agresivo que suele debutar en estadios avanzados, con mal pronóstico.

Palabras clave

Ascitis Quilosa (Chylous Ascites), Pérdida de Peso (Weight Loss), Neoplasias Pancreáticas (Pancreatic Neoplasms)

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Cervicalgia, cefalea, dolor mandibular. Estás tensa, lo normalDíaz Rueda M¹, Ramón Albertus MC², Romero Carmona M²¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Doctores. Granada² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Chana. Granada**Ámbito del caso**

Atención Primaria, urgencias extra y hospitalarias CCEE Medicina Interna.

Motivo de la consulta

Cervicalgia, irradiada a área mandibular e intensa cefaleas de 25 días de evolución.

Historia Clínica

Mujer de 76 años que durante un mes estuvo en reiteradas ocasiones en urgencias hospitalarias por cefalea holocraneal, Cervicalgia que irradiaba a área mandibular que no cedían pese a instaurar tratamiento sintomático e ir aumentando dosis y asodiando fármacos de la escala analgésica.

Enfoque individual: AP: HTA- Hipercolesterolemia- SII. TTO: Losartan/HCTZ, Tramadol, Paracetamol. Acude a nuestra consulta, con todos los informes de urgencias (más de 6 episodios en 20 días) en los que se descartaba causa central y nos indican que derivemos a Neurología. EXPL: AEG, No rigidez de nuca. PPCC normales. No alteración de la fuerza, ROT simétricos y presentes, RCP flexor. No alteraciones de la sensibilidad, de la marcha ni dismetría. Se palpan temporales induradas, difícil palpación de pulso en la derecha. ACP: rítmico, sin soplos. Abdomen: anodino. EEII: buen aspecto, no signos de TVP. PPCC: TC craneal: sin alteraciones. Analíticas de urgencias: PCR en torno a 10, sin otras anomalías. Analítica solicitada en AP: destaca VSG 88, PCR 5. FR, ANA, Fact citrulinado negativos. Ante la elevada sospecha de Arteritis de la Temporal,

células gigantes, iniciamos tratamiento con Prednisona a mg/kg peso y solicitamos valoración por parte de M. Interna. A los 3 días llamamos a nuestra paciente, quien nos confirma la evolución favorable. En ningún momento refirió alteraciones de la agudeza visual.

Enfoque familiar y comunitario: Casada, vive con su marido. 3 hijos sanos viven fuera.

Juicio clínico: arteritis de la temporal.

Diagnóstico Diferencial: Enf infecciosas, neopásicas, autoinmunes- Migraña- ACV, neuropatía- Artrosis, hernias discales

Tratamiento, planes de actuación: Prednisona, mg/kg peso e ir descendiendo.

Evolución: Desde inicio de corticoterapia muy favorable.

Conclusiones

Integrar toda la información que nos aporta el paciente, investigar e ir más allá de lo que, en ocasiones, "nos mandan" desde la atención hospitalaria. Tener en cuenta la batería de pruebas que podemos solicitar desde nuestra consulta y estar siempre lo mejor actualizados posible en el difícil diagnóstico diferencial de los "dolores" inespecíficos en pacientes mayores.

Palabras clave

Giant Cell Arteritis, Polymyalgia Rheumatica

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Polimialgia reumáticaCintado Sillero MC¹, Vázquez Alarcón RL², Cabo López A³¹ Hospital Valle del Guadalhorce. Málaga² Médico de Familia. CS Vera. Almería³ Médico de Urgencias. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga**Ámbito del caso**

Atención Primaria, urgencias, medicina interna.

Motivo de la consulta

Artromialgias.

Historia Clínica

Anamnesis: Paciente de 77 años que acude a consulta para revisión tras antibiótico por infección urinaria y refiere deterioro del estado general y artromialgias intensas de 3 semanas de evolución más acusadas en cintura pélvica y escapular. Sensación febril no termometrada. No síntomas respiratorios ni digestivos. Tras antibiótico, sin síntomas urinarios. Dada afectación manifiesta, se remite a urgencias para valoración.

Exploración: Afebril, normotensa, consciente y orientada. Sin focalidad neurológica, reflejos normales, limitación movilidad extremidades por dolor. ACP: rítmica, sin soplos. MVC sin ruidos patológicos. Abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpación, no masas ni megalias. MMII sin edemas ni signos de trombosis.

Pruebas complementarias: Analítica: HB 10,2, VCM 84, Leucocitos 8300,73% neutrófilos, plaquetas 438000, glucosa 134, urea 59, creatinina 0,89, PCR 135, ANA negativo, TSH 2,1, T4 1,7, cortisol 27, Ig A 466, C3 184, C4 45, FR 10, proteinograma beta 20,6, resto normal. Serología: VIH, Coxiella, chlamydia, CMV IgG+, VEB IgG +, leishmania, brucella. Rx tórax: cambios degenerativos y osteopenia, resto normal.

Enfoque individual. Antecedentes personales: Intolerancia a codeína. Hipertensión arterial, diabetes, dislipemia. Miomectomía uterina.

Tratamiento: Enalapril, metformina, simvastatina.

Enfoque familiar y comunitario: Independiente vida diaria. Vive con su marido y su hija.

Juicio clínico: Polimialgia reumática.

Diagnóstico diferencial: Síndrome paraneoplásico, mialgias por estatinas, otras enfermedades reumáticas, Parkinson, artropatía por depósito de cristales,

Tratamiento, planes de actuación: Prednisona 30 mg 3 semanas, 20 mg 2 semanas, 10 mg hasta revisión en consulta.

Evolución: Permanece ingresada 8 días en tratamiento con prednisona mejorando la sintomatología y disminuyendo PCR a 8. Es dada de alta con seguimiento en consulta de medicina interna y atención Primaria.

Conclusiones

La polimialgia reumática causa dolor y rigidez en el cuello, hombros y las caderas. Factores ambientales y genéticos juegan un papel importante en la enfermedad. La mayoría mejoran en pocos días tras toma de corticoides. El diagnóstico desde atención Primaria puede retrasarse considerablemente dado las limitaciones desde Primaria y la dificultad de acceso por demora a las consulta de reumatología.

Palabras clave

Polymyalgia Rheumatica, Neoplasms, Rheumatic Syndrome

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Un caso de neoplasia pulmonar

Cintado Sillero MC¹, Vázquez Alarcón RL², Cabo López A³¹ Médico de Urgencias. Hospital Valle del Guadalhorce. Málaga² Médico de Familia. CS Vera. Almería³ Médico de Urgencias. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga**Ámbito del caso**

Atención Primaria, urgencias, oncología.

que viven en el barrio, dos solteras y se ven frecuentemente.

Motivo de la consulta

Dolor abdominal.

Juicio clínico: Diverticulitis aguda. Cáncer broncopulmonar estadio IV. Trombosis vena porta y renal izquierda.**Historia Clínica***Enfoque individual. Antecedentes personales:* Sin alergias. HTA, dislipemia, C. isquémica tipo IAM, EPOC. Ex-fumador desde hace 11 años. Consume cannabis. Tratamiento habitual: nevigolol, AAS, ramipril, irbesartán, atorvastatina.*Diagnóstico diferencial:* Diverticulitis, colitis, pielonefritis, infección tracto urinario, cólico renal.*Anamnesis:* Paciente de 61 años que refiere dolor en fosa iliaca izquierda, náuseas y febrícula de una semana de evolución.*Identificación de problemas:* La neoplasia pulmonar no había dado síntomas pasando desapercibida.*Exploración:* Afectación del estado general por dolor. ACP: rítmico, sin soplos. Murmullo conservado. Abdomen: blando, depresible, dolor intenso en FII.*Tratamiento, planes de actuación:* Analgesia, quimioterapia y radioterapia.*Pruebas complementarias: Analítica:* 13990 leucocitos, 70% neutrófilos, hemoglobina 14, plaquetas 260.000, GOT 48, GPT 67, PCR 70, LDH 568, amilasa, bilirrubina, función renal e iones normales. Orina normal. Rx tórax: condensación LSI. Rx abdomen: sin signos de obstrucción intestinal. Ecografía abdomen: engrosamiento pared colon descendente, sin apreciarse divertículos. TAC abdomen: Proceso inflamatorio en colon descendente en probable relación a diverticulitis no complicada. Nódulo suprarrenal izquierdo que plantea descartar metástasis. Lesión lítica en hueso iliaco derecho. TAC tórax: cáncer broncopulmonar estadio IV. Trombosis portal y vena renal izquierda. Biopsia suprarrenal izquierda: Sugestiva de adenocarcinoma diferenciado de origen pulmonar.*Evolución:* Tras ser explorado en consulta, se deriva a urgencias para descartar diverticulitis. Allí, entre las pruebas complementarias realizadas, en la radiografía de tórax aparece una condensación/masa pulmonar y es ingresado para estudio. Durante el ingreso, con analgesia y dieta astringente mejora clínicamente del dolor abdominal y es diagnosticado de cáncer de pulmón. Es dado de alta con antibioterapia, enoxaparina, fentanilo parches y paracetamol. Se remite a oncología y se propone quimioterapia y radioterapia. Responde mal a tratamiento. Precisa de visitas domiciliarias programadas y de urgencias. Fallece 3 meses después.**Conclusiones**

En ocasiones, encontramos hallazgos casuales en otros motivos de consulta. Sintomatología tardía de la neoplasia que retrasa diagnóstico y tratamiento. Es fundamental el seguimiento y apoyo al paciente oncológico y a su familia desde atención Primaria.

Enfoque familiar y comunitario: Vive con su mujer e hija de 23 años. Tiene tres hermanas**Palabras clave**

Lung Cancer, Abdominal Pain, Palliative Care

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

¿Por qué tiemblo?

Fernández Bonilla CM¹, González Lavandeira M², Huesa Andrade M³¹ Médico de Familia. CS Arahal. Sevilla² Médico de Familia. DDCU Sevilla³ Médico de Familia. CS Pilas. Sevilla**Ámbito del caso**

Atención Primaria, Urgencias Hospitalarias y Consultas de Neurología.

Motivo de la consulta

Episodio de movimientos involuntario de inicio súbito.

Historia Clínica

Mujer de 58 años que consulta por cuadro de "temblores generalizados" de pocas horas de evolución. Ha sufrido episodios similares autolimitados, pero es la primera vez que consulta por ello.

Enfoque individual. Antecedentes personales: fibromialgia y artritis reumatoide. Realiza tratamiento con leflunomida, hidroxiclороquina, corticoides orales, omeprazol, calcio, vitamina D y múltiples analgésicos.*Anamnesis:* mujer de 58 años que acude a nuestra consulta por notar de forma brusca, tras levantarse de la siesta, cuadro de movimientos involuntarios repetitivos de todo el cuerpo. Dado que no existen cambios recientes en su medicación decidimos derivarla al Hospital de referencia.*Exploración:* Buen estado general, consciente, orientada, hemodinámicamente estable y afebril. Exploración neurológica: destacan movimientos clonoides asíncronos espontáneos de distribución generalizada. Pupilas isocóricas y normorreactivas, no alteraciones motoras ni sensitivas, reflejos simétricos, campimetría, lenguaje y exploración de pares craneales normal, no disimetría ni disdiacocinesia. Resto de exploración por aparatos y sistemas normal.*Pruebas complementarias:* Analítica (hemograma, bioquímica, coagulación, PCR,

CPK, cobre, plomo, magnesio), TAC craneal y Electroencefalograma normal.

Enfoque familiar y comunitario: Familia nuclear, etapa IV (contracción), fase centrípeta del ciclo vital familiar (familia normofuncional). Red social con alto apoyo emocional.*Juicio clínico:* Mioclonías secundarias a hidromorfona. Tras las citadas pruebas complementarias se descartó como etiología del cuadro: la existencia de foco epiléptico, la presencia de lesiones estructurales del SNC así como de trastornos metabólicos.*Tratamiento, planes de actuación:* Ingresa en observación iniciando tratamiento con clonazepam 0,5 mg. Ante el carácter episódico del cuadro, la buena respuesta al clonazepam y la normalidad de las pruebas complementarias realizadas, es dada de alta con seguimiento en consultas de neurología.*Evolución:* La paciente se encuentra asintomática en domicilio. Se ha realizado RMN ambulatoria informada como normal. Al revisar el tratamiento domiciliario, encontramos que la hidromorfona, que consume desde hace años puede inducir mioclonías.**Conclusiones**

El dolor es uno de los principales motivos de consulta en atención Primaria. Hemos de explicar a nuestros pacientes los efectos y consecuencias de los analgésicos que prescribimos, así como intentar realizar un abordaje integral del dolor, pues no siempre la única solución "la pastilla".

Palabras clave

Myoclonus, Opioid-Related Disorders, Pain

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Derrame pleural en relación con descompensación hidrópica en paciente con cirrosis hepáticaRíos Carrasco MJ¹, Narváez Martín AI²¹ CS Cartaya. Huelva² CS Osuna. Sevilla**Ámbito del caso**

Atención hospitalaria.

Motivo de la consulta

Aumento de perímetro abdominal y disminución de diuresis.

Historia Clínica

Varón de 58 años que acude a urgencias por aumento de volumen abdominal progresivo y ligera disnea, recorte de diuresis, prurito y cuadro de diarrea, por lo que ha retirado el diurético de su tratamiento.

Enfoque individual. Antecedentes personales: bebedor importante. Cirrosis hepática de origen enólico con varices esofágicas grado II y gastropatía por Hipertensión Portal (HTP) moderada. Esplenomegalia. Diabetes mellitus tipo 2 (DM), dislipemia.

Exploración: aceptable estado general, eupneico. Ictericia mucocutánea. Auscultación cardíaca: tonos rítmicos a buena frecuencia, sin soplos. Auscultación pulmonar: disminución global de murmullo vesicular, abolido en base derecha. Abdomen muy globuloso, lesiones crónicas por rascado. Matidez en ambos flancos. Hepatomegalia a expensas de lóbulo hepático izquierdo (LHI). Oleada ascítica. MMII: edemas sin fovea. Lesiones tróficas de insuficiencia venosa.

Pruebas complementarias: hemograma normal excepto plaquetas 100.000, coagulación normal. Bioquímica: glucosa 118mg/dl, urea 61mg/dl, creatinina 1.24mg/dl, bilirrubina total 2.49mg/dl, Alanina transaminasa 141U/l. Orina: leucocitosis. Radiografía de tórax: derrame pleural derecho. Ecografía de abdomen: abundante ascitis por toda la cavidad intraperitoneal. Hígado aumentado a expensas

de LHI y caudado, vena porta aumentada de calibre. Esplenomegalia. Signos de HTP.

Enfoque familiar y comunitario: Vive sólo, descuidado, mala relación con sus familiares.

Juicio clínico: derrame pleural secundario a descompensación hidrópica.

Diagnóstico diferencial: derrame pleural secundario a neoplasia.

Tratamiento, planes de actuación: Paracentesis evacuadora de 12 litros. Tratamiento farmacológico con reintroducción de furosemida y ver evolución de derrame pleural en 10 días. Abandono total de hábito enólico. Continuar sus revisiones en CCEE de Digestivo.

Evolución: A los 10 días, se reevalúa al paciente, encontrándose con mayor disnea. Tras realizar Rx de tórax se aprecia ligero aumento del derrame, por lo que se realiza toracocentesis con evacuación de 1100ml de líquido pleural (exudado).

Conclusiones

En pacientes con cirrosis hepática alcohólica el cociente GOT/GPT es mayor de 2 y el aumento de GGT dos veces el valor normal. Los pacientes con ascitis descompensada asocian un peor pronóstico y alta mortalidad, por lo que es importante considerar el trasplante hepático como la mejor opción, realizándose previamente abandono del hábito enólico y realizar la clasificación de ChildPugh y la puntuación de MELD.

Palabras clave

Derrame, Cirrosis, Descompensación

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

A propósito de un caso de Guillain BarréCintado Sillero MC¹, Vázquez Alarcón RL², Vázquez González N³¹ Médico de Urgencias. Hospital Valle del Guadalhorce. Málaga² Médico de Familia. CS Vera. Almería³ Médico de Urgencias. Hospital Quirón. Málaga**Ámbito del caso**

Atención Primaria, urgencias, neurología.

Motivo de la consulta

Mialgias en ambas piernas.

Historia Clínica

Anamnesis: Paciente de 16 años que refiere mialgias en ambas piernas desde hacía 4-5 días con empeoramiento progresivo asociándose a debilidad en pierna izquierda que le hacía cojear. Dos semanas antes tuvo gastroenteritis aguda. Sin otros síntomas.

Exploración: Alerta, lenguaje normal, pares craneales normales, no déficit motor en miembros superiores, paraparesia 4/5 en miembros inferiores proximal, distal 3/5 izquierdo y 4/5 derecho. Reflejos normales. RCP flexores. Imposibilidad para ponerse de puntillas y talones. Sensibilidad normal. Auscultación: rítmico, sin soplos. Murmullo vesicular conservado. Abdomen anodino. No edemas ni signos de trombosis en miembros inferiores, pulsos presentes.

Pruebas complementarias: *Analítica:* Hemoglobina 13,6, leucocitos 8300, plaquetas 226000, GPT 130, triglicéridos 338, colesterol 150, fólico 3,26. Inmunoglobulinas normales. Serología virus hepatotropos, lúes y VIH negativos. Rx tórax: normal. TAC cráneo normal. RM craneal y médula normal. EMG: prolongación de latencias distales de respuestas motoras en miembros inferiores, con desincronización de las respuestas y amplitudes reducidas; hallazgos compatibles con polineuropatía motora desmielinizante.

Enfoque individual. Antecedentes personales: Sin interés. No alergias medicamentosas.

Enfoque familiar y comunitario: Es el mayor de 3 hermanos, dos mellizos de 5 años y sus padres están separados. Viven con su madre. Buena relación con su padre.

Juicio clínico: Síndrome de Guillain Barré.

Diagnóstico diferencial: Esclerosis múltiple, mielitis, miastenia gravis, trombosis, botulismo, hipopotasemia, rabdomiolisis.

Tratamiento, planes de actuación: Metilprednisolona e inmunoglobulinas.

Evolución: En la exploración, se aprecia disminución de fuerza en miembros inferiores; se deriva a urgencias. Es ingresado por sospecha de mielitis. Inició tratamiento con metilprednisolona. En los días siguientes, apareció la misma sintomatología en brazos y presentó marcha paraparético atáxica. Añaden al tratamiento inmunoglobulinas. Mejoró progresivamente siendo dado de alta con alteración de la marcha. En la revisión por neurología dos meses después, estaba asintomático.

Conclusiones

Polineuropatía que causa debilidad muscular progresiva, cede espontáneamente, más rápido con tratamiento. Sospecha diagnóstica en atención Primaria por antecedentes de enfermedad infecciosa. Derivación a urgencias para confirmar diagnóstico y tratamiento y debido a clínica progresiva que puede requerir ventilación mecánica.

Palabras clave

Polyneuropathy, Guillain Barre Syndrome, Myopathy

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Crisis hipertensiva en mujer con HTARíos Carrasco MJ¹, Narváez Martín AI², Filipa Alves Martins A²¹ CS Cartaya. Huelva² CS Osuna. Sevilla**Ámbito del caso**

Hospital (Urgencias) + Atención Primaria.

Motivo de la consulta

Cefalea intensa, sensación de palpitaciones, náuseas y mareos.

Historia Clínica

Mujer de 52 años, hipertensa de reciente diagnóstico, con mal control con doble terapia antihipertensiva. En tratamiento con enalapril 5mg + amlodipino 10 mg cada 24h.

Enfoque individual. Antecedentes personales: hipertensión arterial (HTA). Ansiedad. Obesidad.*Anamnesis:* mujer de 52 años, hipertensa, diagnosticada hace 2 meses tras presentar varios cuadros de cefalea ocasional. No hábitos tóxicos. Acude a Urgencias por cefalea de 4h de evolución, con sensación de palpitaciones, mareos y náuseas. No dolor torácico ni disnea. No síntomas neurológicos.*Exploración:* Regular estado general, consciente, colaborado. Bien hidratada y perfundida. Rubicundez facial. Eupneica en reposo. Tensión arterial (TA) 220/120 en ambos brazos. Auscultación cardíaca: rítmico a 98 latidos por minuto (lpm), sin soplos. Auscultación pulmonar: no ruidos patológicos. Buen murmullo vesicular. Abdomen sin hallazgos. Miembros inferiores: no edemas ni signos de trombosis venosa profunda. Pulsos periféricos presentes y simétricos. Exploración neurológica: normal.*Pruebas complementarias (PPCC):* Electrocardiograma: ritmo sinusal a 100lpm, sin trastornos agudos de repolarización. Hemograma normal. Bioquímica: glucosa,

función renal e iones normales. Coagulación normal. Radiografía de tórax: sin hallazgos.

Enfoque familiar y comunitario: vive con su marido y dos hijos, sanos, en un ambiente Urbano vivienda próxima a la de sus padres, de los que cuida.*Juicio clínico:* urgencia hipertensiva.*Diagnóstico diferencial:* patología de órganos diana (corazón, cerebro, riñón) como causa de HTA. Ansiedad.*Tratamiento, planes de actuación:* Se administra alprazolam 0,5mg sublingual + captopril 25mg sublingual. Tras 45 min, continúa con TA elevada (210/110), por lo que se administra captopril 25mg sublingual. Tras 45 min continúa con TA 197/98, por lo que se administra captopril 25mg sublingual + furosemida 20 mg intravenoso. Tras 1h presenta TA 158/92. Tras cuadro de urgencia hipertensiva controlada y PPCC normales, se de alta con control por su Médico de Familia.*Evolución:* Asintomática tras tratamiento administrado.**Conclusiones**

Es muy importante un buen control de factores de riesgo cardiovascular, entre ellos la HTA, principal causa de mortalidad a nivel mundial. Llevar a cabo un control y seguimiento desde Atención Primaria, con dieta, ejercicio y abandono de hábitos tóxicos. Dar a conocer la importancia de la patología y sus consecuencias.

Palabras clave

Hipertensión, Riesgo Cardiovascular, Cefalea Hipertensiva

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Disnea y atención PrimariaCasado Sánchez IM¹, Duran Chiappero MR¹, Gallego Castillo EN²¹ Médico de Familia. DDCU Málaga² Médico de Familia. CS Coín. Málaga**Ámbito del caso**

CS. Urgencias extrahospitalaria y hospitalaria.

Motivo de la consulta

Acude a CS, por disnea de 2 horas de evolución en reposo acompañado de disconfort centrotorácico opresivo y sensación de enfermedad.

Historia Clínica

Exploración física: TA 105/50. FC 110. SatO₂ basal 92%. Glucemia 137. Taquipneica en reposo, acr: mvc, con crepitantes bilaterales hasta campos medios. no edemas en MMII. EKG ritmo sinusal a 104 lpm, sin alteraciones repolarización. Se traslada en ambulancia medicalizada, a urgencias hospital, analítica leuco 19000 (N16400), CK Y Troponinas negativo, Dímero D 1058, gasometría venosa pH 7.43, pCO₂ 21. 3, Bicarbonato 20.2. NTproBNP negativo. En RX tórax derrame en proyección lateral, aumento trama hilar.

Enfoque individual: Mujer de 50 años, no alergias medicamentosas conocidas, fumadora y asmática. Tratamiento: formodual/12h, montelukast 10 mgr/24h, terbasmin.

Enfoque familiar y comunitario: Divorciada, con un hijo. Apoyo familiar.

Juicio clínico: infección respiratoria. Sospecha de tep. Se solicita Angio TAC donde se objetiva

múltiples infiltrados alveolares y en vidrio deslustrado bilaterales y parcheados, con algunas área de consolidación de predominio en región anterior de ambos lóbulos superiores sugestivo de proceso infeccioso con derrame pleural bilateral.

Tratamiento, planes de actuación: Se ingresa en Neumología, con diagnóstico Neumonía Comunitaria, Insuficiencia Respiratoria Aguda. Se inicia tratamiento antibiótico con quinolona (levofloxacino).

Evolución: Evolucionó favorablemente, recibiendo alta a los 4 días, con mejoría clínica y subjetiva (afebril, eupneica, auscultación pulmonar sin ruidos respiratorios. SatO₂ basal 96%. En Rx tórax prácticamente sin infiltrados pulmonares).

Conclusiones

La valoración y tratamiento de un paciente con disnea en Atención Primaria es una tarea compleja, pero debemos tener como objetivo principal, el identificar aquellos casos con criterios de gravedad y para ello, aplicar las recomendaciones basadas en la evidencia científica.

Palabras clave

Disnea, Infección Respiratoria, TEP

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

¡Una despistada anticoagulada!Machio Sosa I¹, González Rodríguez S², Navío León B³¹ CS Pino Montano A. Sevilla² MIR 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Pino Montano A. Sevilla³ MIR 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Alamillo. Sevilla**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

Brody 7, Test de Yesavage⁵, Escala CHA₂DS-VASc 5, Escala HAS-BLED 5.**Motivo de la consulta**

Renovación de medicación.

Enfoque familiar y comunitario: Paciente que vive con su marido (principal cuidador). Tiene 3 hijos que viven en otra Comunidad. Nivel económico y socio-cultural medio.**Historia Clínica**

Paciente que acude por renovación de medicación. Revisamos datos personales y posología de la medicación. Detectamos error en pauta de anticoagulación. Conocemos estado actual de INR (elevado), administramos vitamina K y derivamos a Hospital. Ampliamos historia clínica, enfoque personal y social de la paciente. Concluimos que por las características de la paciente, sus patologías y entorno, deberá continuar con el mismo anticoagulante y con un control adecuado.

Juicio clínico: JC: Deterioro cognitivo. Dxd: Enfermedad de Alzheimer. Deterioro cognitivo de origen vascular. AIT de repetición. Distimia. Adecuar pauta anticoagulante en dicha paciente.

Enfoque individual: Mujer de 74 años con AP: poliposis colónica, AIT, Enfermedad cerebrovascular de pequeño vaso, Osteoporosis, HTA, Estenosis carotídea interna bilateral <50%, Distimia, FA crónica. No fumadora ni bebedora activa.

Tratamiento, planes de actuación: Ajustar pauta de anticoagulación según INR. Coordinar paciente/ patología/ entorno actual.

Exploración: DABVD. COC. BEG. Glasgow 15/15. ACP: normal.

Evolución: Mantener y reajustar la pauta de anticoagulación.

Pruebas complementarias: INR mayor de 8, Mini Examen cognitivo³⁰, Escala de Lawton y

Conclusiones

Revisar la medicación y la posología más frecuentemente. Adecuar la medicación según característica, entorno, valoración por otro personal sanitario. Conocer las variaciones del entorno y de las patologías de nuestros pacientes.

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Adenopatía supraclavicular: ojo con ellaPedrosa Arias M¹, Benítez Torres G², De La Torre Torres P³¹ CS La Zubia. Granada² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Zubia. Granada³ Médico de Familia. CS Arjona. Jaén.**Ámbito del caso**

Atención Primaria, Urgencias Hospitalarias y finalización del caso en especializada.

Motivo de la consulta

Paciente que se ha notado un bulto en el cuello.

Historia Clínica

Antecedentes Personales: hernia discal, síndrome depresivo, liquen simple crónico, alergia a AINES, fumadora de 1 paquete. Mujer de 59 años que acude a la consulta por que desde hace dos semanas se ha notado un bulto en zona supraclavicular izquierda sin otra sintomatología. Previamente fue derivada a dermatología por prurito generalizado que se diagnosticó de liquen simple y se instauró tratamiento tópico y antihistamínicos.

Exploración física: adenopatía en zona supraclavicular izquierda del tamaño de una nuez de consistencia blanda, móvil y no adherida a planos profundos. Exploraciones complementarias: Se realizó una analítica observándose una leucocitosis, aumento de PCR y anomalías en el proteinograma y Rx tórax siendo esta normal. Se hizo una derivación a medicina interna para proseguir estudio. Durante la espera la paciente acude al Servicio de Urgencias al aparecer ictericia cutáneo mucosa, vómitos biliosos, orinas amarillentas, dolor en hipocondrio derecho que no cede a analgesia. Se realiza una analítica donde aparece un patrón colestásico realizándose seguidamente una eco-tac abdominal TAC: probable neoplasia de vesícula con extensión hepática e infiltración de vía biliar y vascular de arteria hepática derecha. Múltiples adenopatías metastásicas retroperitoneales

Enfoque individual: La paciente es cuidadora del marido desde que sufriera síndrome coronario agudo, por lo que no se cuida en exceso. No considera que su "bulto" sea importante.

Enfoque familiar y comunitario: Casada con buen apoyo familiar por parte de su marido. Cuatro hijos que viven algunos en otra provincia e incluso fuera del país.

Juicio clínico: neoplasia de vesícula biliar.

Diagnóstico diferencial: linfoma con afectación hepática, hepatocarcinoma, neoplasia de páncreas.

Tratamiento, planes de actuación: Se hace cargo de la paciente el servicio de digestivo conjuntamente con cirugía para plantear intervención quirúrgica.

Evolución: En la segunda semana de su ingreso, la paciente sufre un empeoramiento de su estado general falleciendo a las pocas horas.

Conclusiones

El hallazgo de una adenopatía supraclavicular requiere de la valoración por Atención Especializada. Desde Atención Primaria nos vemos en ocasiones muy limitados, y sería muy útil crear canales de comunicación (aunque los hay) más directos, acortando plazos de espera y posibilitando valoraciones de forma más preferente.

Palabras clave

Adenopatía, Cáncer, Linfoma

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Pensando en otras causas de Hipertensión ArterialFranco Larrondo Y¹, López Muñoz MM², Franquelo Hidalgo B²¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Palma-Palmilla. Málaga² Médico de Familia. CS Palma-Palmilla. Málaga**Ámbito del caso**

Atención Primaria, Hematología, Cardiología.

Motivo de la consulta

Cefalea.

Historia Clínica

Anamnesis: Varón de 16 años que se ve en consulta de Atención Primaria por cuadro de cefalea intermitente, de un mes de evolución, cede poco con analgesia, no acompañado de aura, ni síntomas de focalización.

Exploración física: Tensión Arterial (TA): 200/100 mmHg, frecuencia cardíaca: 95 lpm. Saturación O₂ 98%. No ruidos patológicos respiratorios ni cardíacos. Abdomen no doloroso, no visceromegalias. No edemas en miembros inferiores, ni signos de trombosis venosa profunda. No focalización neurológica. Se trata con Captopril 5mg y Diazepam 5mg vía oral en ese momento. Se indica estudio analítico y control de TA.

Analítica: Hemoglobina 18 g/dl, hematocrito 53.8%. Resto sin alteraciones significativas. Se revisa historias de los hermanos y se detectan cifras de hemoglobina y hematocrito elevados. Se derivan a Hematología y Cardiología.

Enfoque individual. Antecedentes personales: Sin hábitos tóxicos ni enfermedades crónicas. Dos hermanos, de 20 y 23 años con Hipertensión arterial (HTA). Tío materno fallecido por leucemia.

Enfoque familiar y comunitario: Adolescente que vive con sus padres y dos hermanos. Buena relación familiar. Barrio nivel socio-económico bajo.

Enfoque psicológico: Se explica a la familia la necesidad del estudio genético.

Juicio clínico: Se comienza tratamiento con Enalapril 5mg/24h. Informe Cardiología: Ecocardiograma que descarta cardiopatía estructural. Informe Hematología. Ecografía abdominal sin alteraciones. Estudio genético de la poliglobulia con hemoglobina y hematocrito elevados. Eritropoyetina en rango normal. Gen JAK2, mutación p. Val617Phe negativo. Marcadores tumorales negativos. Poliglobulia familiar e HTA. Se descarta Síndrome mieloproliferativo crónico (entre otros Policitemia Vera) y patología pulmonar o tumoral que lo justifique.

Tratamiento, planes de actuación: Donar sangre tres o cuatro veces al año hasta que cumpla los 18 años. Suplemento de ácido fólico.

Evolución: Asintomático, TA controlada. En espera de resultado analítico tras su primera donación de sangre.

Conclusiones

La HTA es uno de los problemas de salud más prevalentes en Atención Primaria, por eso el Médico de Familia juega el papel protagónico a la hora de resolver una serie de problemas como la detección y diagnóstico de la HTA, el estudio de la etiología, la evaluación clínica del grado de repercusión orgánica, el descarte de otros factores de riesgos asociados, la valoración del pronóstico y la toma de decisiones.

Palabras clave

Polycythemia, Hypertension, Family Health

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

La importancia del dolor torácicoTrillo Díaz EM¹, Rodas Díaz M², Sánchez Fernández EM²¹ CS Vélez Norte. Málaga² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Torrox. Málaga**Ámbito del caso**

Urgencias hospitalarias.

Motivo de la consulta

Dolor torácico, disnea.

Historia Clínica

Varón de 63 años, sin alergias medicamentosas.

Antecedentes personales: diabetes, hipertensión, dislipemia, infarto de miocardio en 2006. Cardiopatía isquémica avanzada con disfunción ventricular moderada. Exfumador. Tratamiento habitual: adiro, carvedilol, enalapril, amlodipino, uniket, lantus, lysumia, metformina, ezetimiba, atorvastatina, omeprazol.

Anamnesis: Refiere dolor centrotorácico opresivo, intermitente, autolimitado, desde hace 4 días, que aparece tanto en reposo como con esfuerzo. Asocia aumento progresivo de su disnea habitual. No consultó por ello. Hoy acude porque desde hace 6 horas, estando en reposo, presenta dolor centrotorácico opresivo, intenso, constante y se acompaña de aumento de disnea, sudoración, náuseas y palidez. Se ha tomado dos vernies sublinguales sin mejoría por lo que acude a urgencias.

Exploración: Mal estado general, taquipneico con habla entrecortada. Tiraje abdominal, palidez mucocutánea. Tensión arterial 88/61mmHg, saturación oxígeno 88%. Auscultación cardiopulmonar: tonos rítmicos, a 100lpm. Hipoventilación global, sibilantes dispersos. Edemas en miembros inferiores con fóvea hasta rodillas. Dada la situación de gravedad/inestabilidad pasa a sala de críticos.

Pruebas complementarias:
Electrocardiograma: bloqueo de rama izquierda (no descrito previamente). Radiografía tórax:

cardiomegalia, infiltrado intesticio-Alveolar bilateral compatible con edema agudo de pulmón. *Analítica:* creatinina 1.35. Hemoglobina 10.8, leucocitos 16220 (neutrófilos 85.60%). Gasometría venosa: pH 7.339, pCO₂ 41.7, HCO₃ 22. Troponinas 0.442.

Enfoque familiar y comunitario: Vive con su esposa. Familia normofuncionante.

Juicio clínico: Síndrome coronario agudo. Edema agudo de pulmón. Shock cardiogénico.

Tratamiento, planes de actuación: Ingreso en UCI. Se pauta morfina, oxígeno, antiagregantes. Se inicia ventilación mecánica no invasiva con CPAP.

Evolución: En UCI persiste hipotenso, taquicárdico, anúrico con disnea y dolor torácico. Se coge vía central, se pautan drogas vasoactivas y furosemida. Dada la persistencia de dolor torácico y en ECG bloqueo de rama izquierda no conocido, se decide fibrinólisis (además de tratamiento antiagregante y anticoagulante). Se procede a intubación orotraqueal y ventilación mecánica. Pese a medidas adoptadas se produce éxitus.

Conclusiones

Este caso nos hace reflexionar sobre la importancia de reconocer síntomas y signos de gravedad (disnea, taquipnea, hipotensión, saturación baja) para priorizar una actuación urgente y convertirla en crítica, para instaurar tratamiento rápidamente. Nunca olvidar que un bloqueo de rama izquierdo no conocido con clínica de dolor torácico es un síndrome coronario agudo mientras no se demuestre lo contrario.

Palabras clave

Chest Pain, Sweating, Dyspnea

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

De la hipotensión al Shock SépticoAragón Aragón T¹, Portela Filgueiras E², Sánchez Sánchez A²¹ Médico de Familia. HAR Écija. Sevilla² Médico de Familia. HAR Utrera. Sevilla**Ámbito del caso**

Atención Hospitalarias (Urgencias).

Motivo de la consulta

Hipotensión en paciente con cuadro de hemorragia digestivas previas.

Historia Clínica

Mujer de 60 años que acude por síncope e hipotensión, refiere familiar que ha tomado diazepam por dolor lumbar. No cuadro de rectorragias actualmente. Valorada en críticos por el mal estado general, pupilas midriáticas reactivas lentas, responde a estímulos dolorosos, arritmia a buena frecuencia, abdomen muy distendido, timpanizado y muy doloroso a la palpación. Tensión arterial 67/40. Temperatura 36°C, Glucemia 45g. Electrocardiograma fibrilación auricular a buena frecuencia 100 lpm. Se realiza hemograma hemoglobina 12,2; VCM 97.3 serie blanca y plaquetas normal. Bioquímica potasio 6,4 creatinina 2, resto normal. Coagulación muestra coagulada. Radiografía de tórax sin hallazgos, radiografía de abdomen con dilatación colon.

Enfoque individual: Alergia al clavulánico, fumadora de 1 paquete al día, fibrilación auricular anticoagulada con sintrom, hipertiroidismo Enfermedad de Graves Basedow, sustitución válvula mitral por prótesis mecánica. Episodio de ingreso en Uci de urgencias por hemorragia digestiva baja en relación a probable colitis isquémica segmentaria meses antes del episodio.

Enfoque familiar y comunitario: Padre fallecido por infarto agudo de miocardio los 63 años,

madre fallecida hemorragia cerebral a los 73 años, dos hijos sanos.

Juicio clínico: Shock Séptico de origen abdominal, diagnóstico diferencial colitis isquémica, acidosis láctica, disfunción ventricular severa.

Tratamiento, planes de actuación: Se administra anexate, 500 cc SSF, glucosmón IV y se deriva al hospital de referencia para valoración.

Evolución: A su llegada al hospital se realiza laparotomía media supraumbilical: isquemia de todo el intestino grueso con engrosamiento de la pared hasta el colon sigmoide, isquemia de los 40 cm dislate de ileon terminal, ascitis clara abundante hígado de aspecto cirrótico, se realiza ileostomía de Brooke en vacío derecho. Finalmente fallece por parada cardiorrespiratoria tras shock séptico de origen abdominal.

Conclusiones

Destacamos en este paciente el manejo rápido de los pacientes críticos con hemorragias digestivas y cuadros agudos abdominales, la inestabilidad hemodinámica es lo primero que debemos tratar orientando pruebas que nos lleven al diagnóstico final. En cuanto al criterio de la medicina de familia tendríamos que destacar la importancia de los antecedentes personales de la historia de salud para poder prever posibles complicaciones del paciente.

Palabras clave

Hipotensión, Dyspnea, Shock Septic

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

“El prurito me llevó al quirófano”

Sevilla Ramírez N¹, Martínez Granero MM², Casado Martín M²

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Camas. Sevilla

² Médico de Familia. CS Camas. Sevilla

Ámbito del caso

Atención Primaria, Servicio de Digestivo y Servicio de Cirugía General.

Motivo de la consulta

Prurito generalizado.

Historia Clínica

Anamnesis: Varón de 31 años que consulta por prurito generalizado de meses de evolución. Refiere orina colúrica. Leve dolor abdominal. No cambios en el hábito intestinal ni en la coloración de las heces. No vómitos. No fiebre. No pérdida de peso ni disminución de la ingesta.

Enfoque individual. Antecedentes personales: No reacción alérgica medicamentosa. Fumador. Úlcera péptica.

Exploración: Buen estado general. Bien hidratado y perfundido. Hemodinámicamente estable. Eupneico. Afebril. Auscultación cardiopulmonar: tonos rítmicos, a buena frecuencia. Buen murmullo vesicular sin ruidos sobreañadidos. Abdomen blando y depresible, no doloroso a la palpación. No masas ni megalias. No signos de peritonismo. No edemas en miembros inferiores.

Pruebas complementarias: Hemograma dentro de la normalidad. Bioquímica: bilirrubina total 2.67, bilirrubina directa 1.41. Serología hepática negativa. Ecografía Abdominal: Hidatidosis hepática y peritoneal con retracción cicatricial del lóbulo derecho hepático, quiste ovoideo/tubular multiloculado en el flanco derecho con diámetro máximo de 12 centímetros y otro de aspecto más sólido en fosa iliaca derecha de aproximadamente 5 centímetros. Probable

vesícula escleroatrófica litiásica sin dilatación de vías biliares. Tomografía Computarizada (TC) Abdomen y Pelvis: signos de cirugía hepática por hidatidosis con pequeña lesión residual de pared calcificada en el lecho de hepatectomía. Hidatidosis peritoneal con múltiples lesiones.

Enfoque familiar y comunitario: Familia nuclear en procreación con dos hijos, en etapa de extensión (etapa IIA del ciclo vital familiar). Nivel sociocultural bajo con escaso apoyo social.

Juicio clínico: Hidatidosis intraabdominal diseminada.

Tratamiento: Albendazol 400 mg cada 12 horas durante 28 días, tras los cuales descansará 14 días. Repetir ciclo dos veces más.

Plan de Actuación: Ante los **Resultados** obtenidos en la ecografía abdominal se deriva al paciente a las consultas de Digestivo y se solicita TC Abdominal. Posteriormente se realiza interconsulta a cirugía general para valorar intervención.

Evolución: Actualmente nuestro paciente está en lista de espera para ser intervenido.

Conclusiones

Con este caso clínico queremos resaltar la importancia de una anamnesis detallada para poder establecer un diagnóstico certero.

Palabras clave

Echinococcosis, Jaundice, Pruritus

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

"Una visita cambia mi vida"Sevilla Ramírez N¹, Martínez Granero MM², De Santiago Cortés R¹¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Camas. Sevilla² Médico de Familia. CS Camas. Sevilla**Ámbito del caso**

Atención Primaria, Servicio de Urgencias y Servicio de Cardiología.

Motivo de la consulta

Desconexión del medio.

Historia Clínica

Anamnesis: Acudimos al domicilio para valorar a nuestro paciente. Se trata de un varón de 69 años que ha presentado tres episodios de desconexión del medio en el último mes, todos ellos en sedestación o decúbito, sin pródromos. Alguno se ha acompañado de eversión ocular y falta de respuesta a estímulos. No dolor torácico ni disnea. No incontinencia de esfínteres.

Enfoque individual. Antecedentes personales: Alergia a penicilina. Hipertensión arterial. Diabetes mellitus tipo 2. Dislipemia. Ictus bulbar con hemiparesia izquierda. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Dependiente para todas las actividades de la vida diaria.

Exploración: Aceptable estado general. Consciente y orientado. Bien hidratado y perfundido. Hemodinámicamente estable. Eupneico. Afebril. Exploración neurológica normal. Auscultación cardiopulmonar: tonos rítmicos hipofonéticos. Buen murmullo vesicular sin ruidos sobreañadidos. Abdomen blando y depresible, no doloroso, sin masas ni megalias. No edema en MMII ni signos de TVP.

Pruebas complementarias: Hemograma dentro de la normalidad. Bioquímica sin alteraciones significativas. Coagulación sin hallazgos de interés. Electrocardiograma: bloqueo auriculoventricular (BAV) de primer grado con BAV de segundo grado tipo Mobitz 1. En

telemetría se registran episodios de BAV de segundo grado tipo Mobitz 2. Radiografía de Tórax: índice cardiorácico dentro de la normalidad, no imagen de condensación ni derrame pleural. Tomografía Computarizada Cráneo: lesión hipodensa de aspecto isquémico establecido en territorio de arteria cerebral posterior derecha, que no presenta datos de transformación hemorrágica ni desvía la línea media.

Enfoque familiar y comunitario: Familia nuclear con dos hijos. Nivel sociocultural medio con buen apoyo social por parte de familiares y amigos.

Juicio clínico: Episodios sincopales en paciente con BAV de alto grado.

Tratamiento: Implantación marcapasos definitivo.

Plan de Actuación: Dada la clínica del paciente y los resultados del electrocardiograma se decide trasladar al paciente a su hospital de referencia para valoración por cardiólogo de guardia.

Evolución: Actualmente nuestro paciente se encuentra asintomático tras la implantación del marcapasos definitivo.

Conclusiones

Con este caso clínico queremos resaltar la importancia de realizar avisos a domicilio para valorar a nuestros pacientes y ver el contexto sociocultural en el que viven.

Palabras clave

Complete A-V block. Bradyarrhythmia. Pacemaker

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

“Las piedras me ahogan”

Sevilla Ramírez N¹, De Santiago Cortés R¹, Martínez Granero MM²¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Camas. Sevilla² Médico de Familia. CS Camas. Sevilla**Ámbito del caso**

Atención Primaria, Servicio de Urgencias y Servicio de Neumología.

Motivo de la consulta

Dolor hemitórax derecho.

Historia Clínica

Anamnesis: Varón de 78 años que consulta por dolor en hemitórax derecho desde hace cinco días, que se ha acompañado de astenia, malestar general y disnea a moderados esfuerzos. El dolor aumenta con los movimientos y con la inspiración, no irradiación ni cortejo vegetativo. Fiebre de tres días de evolución.

Enfoque individual. Antecedentes personales: No reacción alérgica medicamentosa. Coledocolitiasis recidivante sometida a colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE). Colecistitis aguda litiásica complicada. Hepatopatía crónica. Enfermedad renal crónica.

Exploración: Aceptable estado general. Taquipneico en reposo, saturando al 92% sin aporte suplementario. Auscultación cardiopulmonar: taquicardia rítmica. Murmullo vesicular abolido en hemitórax derecho. Abdomen distendido, blando y depresible, doloroso a la palpación en hipocondrio derecho con hepatomegalia. Edema en miembro inferior derecho.

Pruebas complementarias: Hemograma, bioquímica y coagulación sin alteraciones significativas. Radiografía de Tórax: derrame pleural derecho. Ecografía Tórax: en hemitórax derecho se observa cámara líquida de 20x90x40, mínimo derrame pleural izquierdo. Bioquímica líquido pleural compatible con empiema. Tomografía computarizada (TC) de Tórax y Abdomen: colecciones abdominales

abscesificadas con aparente comunicación supradifragmática derecha. Microbiología: en líquido pleural se aísla *Streptococcus anginosus* y *Prevotella* spp; en absceso abdominal *Proteus mirabilis*, *Morganella morganii* y *Streptococcus anginosus*.

Enfoque familiar y comunitario: Familia nuclear con dos hijos. Nivel sociocultural medio con buen apoyo social por parte de familiares y amigos.

Juicio clínico: Absceso intraabdominal multibacteriano complicado con empiema secundario en probable relación con coledocolitiasis tratada con CPRE.

Tratamiento: Se inicia antibioterapia con amoxicilina/clavulánico, que posteriormente se cambia a piperacilina/tazobactan y finalmente se desescaló a ceftriaxona + metronidazol.

Plan de Actuación: Dada la clínica del paciente y los **Resultados** obtenidos en la radiografía se decide derivar al paciente a su hospital de referencia. En el Servicio de Urgencias se realiza toracentesis y se cursa ingreso en Neumología, donde se realiza TC Tórax y Abdomen y se procede al drenaje de las colecciones abdominal con ecografía guiada.

Evolución: Actualmente nuestro paciente se encuentra asintomático y no ha vuelto a presentar ninguna otra complicación.

Conclusiones

Con este caso queremos resaltar la importancia del diagnóstico diferencial en enfermedades menos prevalentes.

Palabras clave

Pleural Effusion, Dyspnea, Abdominal Abscess

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Penfigoide ampoloso en paciente con Vildagliptina

Delgado Rodríguez MA, Olivares Loro AG, Giraldo Abadín FM

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Joaquín Pece. San Fernando (Cádiz)

Ámbito del caso

Atención Primaria y consulta de dermatología.

Motivo de la consulta

Lesiones dérmicas ampollosas.

Historia Clínica

Mujer de 62 años que acude por presentar lesiones ampollosas, pruriginosas, tensas de entre 0,5 y 1 centímetros de diámetro de contenido seroso y con base eritematosa de dos semanas de evolución en miembros superiores. No fiebre ni afectación de mucosas.

Enfoque individual. Antecedentes personales: No RAMC. No HTA. Diabética en tratamiento con metformina y vildagliptina (éste último desde hace pocos meses) con buenos controles de glucemia. Sin otros tratamientos o patologías.

Exploración: ACP: normal. Se aprecian ampollas tensas en miembros superiores. Signo de Nikolsky negativo. No se palpan adenopatías.

Pruebas complementarias: Los valores de las pruebas hepáticas, renales y tiroideas estaban dentro de límites normales. El número de eosinófilos en sangre era normal. Se deriva a consultas externas de Dermatología por sospecha de penfigoide ampoloso. Los hallazgos de la inmunofluorescencia directa perilesional mostraron cúmulos de IgG y C3 de patrón lineal compatibles con Penfigoide ampoloso. La evaluación histológica de las lesiones mostró disrupción dermoepidérmica, infiltrado eosinofílico y discreta reacción inflamatoria confirmando el diagnóstico.

Enfoque familiar y comunitario: Se trata de una paciente de clase social media,

independiente para las actividades básicas de la vida diaria, con dos hijos mayores de edad.

Juicio clínico: penfigoide ampoloso.

Diagnóstico diferencial: pénfigo vulgar, pénfigo gestacional, pénfigo por IgA.

Tratamiento, planes de actuación: El tratamiento con vildagliptina fue suspendido y la paciente fue controlada exclusivamente con dieta diabética.

Evolución: Las lesiones empezaron a involucionar espontáneamente después de suspender el tratamiento.

Conclusiones

El penfigoide ampoloso es una poco común, autoinmune y sub-Epidérmica. La etiología no es completamente comprendida. Puede estar asociado con fármacos, radiación ultravioleta y exposición de rayos X. Hay casos descritos sobre penfigoide ampoloso inducidos por gliptinas (vildagliptina, sitagliptina, saxagliptina) o inhibidores de la dipeptidil peptidasa IV (DPP-IV), que son fármacos cada vez más utilizados en la consulta de atención Primaria. No está claro porque provocan penfigoide, pero es probable que actúe como desencadenante en pacientes con susceptibilidad subyacente, modificando la respuesta inmunitaria o alterando las propiedades antigénicas de la membrana basal epidérmica. Como médicos de familia debemos tener en cuenta esta patología y estar atentos en aquellos pacientes diabéticos que tengan pautado dichos antidiabéticos orales.

Palabras clave

Bullous Pemphigoid

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Mononucleosis infecciosa y los síntomas orofaciales

Reyes Gilabert E¹, Sánchez García MC², Bejarano Ávila G²

¹ Odontóloga. DS Aljarafe-Sevilla Norte. Sevilla

² Médico de Familia. CS Alcalá de Guadaíra. Sevilla

Ámbito del caso

Ámbito del caso: Atención Primaria y Urgencias hospitalaria.

Motivo de la consulta

Fiebre recurrente, inflamación gingival, dolor orofacial generalizado con cefaleas.

Historia Clínica

Varón de 36 años consulta por fiebre, malestar general con inapetencia, sensibilidad a la luz, gingivitis, dolor oral y facial con cefaleas y dolor de garganta. No alergias, no fumador ni consumidor de tóxicos.

El paciente acude a urgencias hospitalaria y se le realiza una analítica sanguínea con resultados de linfocitosis. Fue remitido a su médico de familia y odontólogo de Atención Primaria para seguir evolución.

Exploración: Adenopatías cervicales y gingivitis.

Pruebas complementarias: Ortopantomografía sin hallazgos. Analítica completa, bioquímica, serología y hepatitis. resultados de linfocitosis y elevación de transaminasas. Se sospecha hepatitis vírica pero los resultados son negativos. Se solicita prueba de toxoplasmosis, VIH, virus Epstein Barr y citomegalovirus con resultados positivos en este último.

Enfoque familiar y comunitario: Paciente veterinario casado con dos hijas.

Juicio clínico: Mononucleosis por infección de citomegalovirus.

Diagnóstico diferencial: Virus hepatitis A, B o C, toxoplasmosis aguda, virus Epstein-Barr, Streptococcus pyogenes, corynebacterium diphtheriae. La infección por citomegalovirus puede ser contagiosa si la persona infectada entra en contacto cercano o íntimo con otra persona.

Tratamiento, planes de actuación: Reposo. Clorhexidina en solución oral. No existe tratamiento para la infección por citomegalovirus. El tratamiento con ganciclovir es empleado en pacientes con inmunidad deprimida con enfermedades graves. Las vacunas están en fase de investigación.

Evolución: La fiebre desapareció en 15 días, las adenopatías en 4 semanas, la fatiga y el malestar general continuaron 3 meses.

Conclusiones

Los signos y síntomas de la infección por citomegalovirus se solapan con otros procesos infecciosos, el diagnóstico debe hacerse integrando información de la historia clínica, la presentación clínica y datos de laboratorio. Importante a tener en cuenta, por la medicina de familia, es el hecho de que la mucosa oral es una localización a menudo precoz de diversas alteraciones sistémicas.

Palabras clave

Facial Pain, Cytomegalovirus Infections, Gingivitis

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Abordaje multidisciplinar de un caso de síndrome de apnea-hipopnea obstructiva del sueño (SAHOS).Bejarano Ávila G¹, Sánchez García MC², Reyes Gilabert E¹¹ Odontóloga. DS Aljarafe-Sevilla Norte. Sevilla² Médico de Familia. CS Alcalá de Guadaíra. Sevilla**Ámbito del caso**

Mixto, Atención Primaria (AP) y hospitalaria.

Motivo de la consulta

Hombre, 60 años, acude a la consulta del Médico de Familia (MDF) porque ronca demasiado.

Historia Clínica*Anamnesis:* desde hace años ronca intensamente parándosele la respiración, se acompaña de hiperventilación seguido de ruidos estentóreos, agitación, excesivo sudor y nocturia. Cuando se levanta se encuentra fatigado y con somnolencia diurna excesiva permanente (SDEP).*Enfoque individual. Antecedentes personales:* no reacciones adversas medicamentosas, fumador y bebedor, hipertensión arterial, obeso y ansiedad. Tratamiento actual: olmersartán /amlodipino/ hidroclorotiazida; omeprazol y lorazepam.*Exploración:* obesidad central y abdominal (Índice de Masa Corporal=32, Índice Cintura/Cadera= 1,2 y circunferencia del cuello > 43cm). Se realizó interconsulta con odontólogo por presentar anomalías craneofaciales: macroglosia y paladar ojival.*Pruebas complementarias:* ortopantomografía y telerradiografía objetivándose overjet (maxilar avanzado y/o mandíbula retraída). Después del diagnóstico clínico y de las comorbilidades, ante la sospecha de disnea del sueño, el paciente es derivado a la Unidad del Sueño realizándole una polisomnografía convencional resultando en 3 horas de sueño disminuciones de >90% de la amplitud del flujo

aéreo de >10 segundos en presencia de esfuerzo respiratorio.

Enfoque familiar y comunitario: Familia nuclear con dos hijas.*Juicio clínico:* Síndrome apnea-hipopnea obstructiva del sueño (SAHOS) leve. Se realizó un diagnóstico diferencial de la hipoxia con la disnea paroxística nocturna de la insuficiencia cardíaca (aparición brusca con tos y sibilancias).*Tratamiento, planes de actuación:* Se comenzó por corregir los factores de riesgo de la SAHOS, como un plan alimenticio y de ejercicios mantenidos, disminución de tóxicos, etc. Además se prescribió una máscara oro-nasal de presión positiva continua de aire (CPAP) nocturna.*Evolución:* Inicialmente buena, debido principalmente a la reducción de peso, aunque el paciente manifestó molestias con el uso del dispositivo sustituyéndose por una férula intraoral de reposicionamiento mandibular durante 6 meses, mejorando incluso la ansiedad.**Conclusiones**

Los trastornos respiratorios del sueño son anomalías muy frecuentes que se presentan en las consultas de AP con diversos motivos, por lo que el MDF u odontólogo deberá reconocerlos y corroborarlos con un especialista, para mejorar la calidad de vida del paciente.

Palabras clave

Sleep Apnea, Obstructive, Continuuous Positive Airway Pressure, Primary Health Care

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Insuficiencia renal crónica y patología oral abordaje multidisciplinar

Sánchez García MC¹, Bejarano Ávila G², Reyes Gilabert E²

¹ Médico de Familia. CS Alcalá de Guadaíra. Sevilla

² Odontóloga. DS Aljarafe-Sevilla Norte. Sevilla

Ámbito del caso

Mixto, Atención Primaria (AP) y hospitalaria.

Motivo de la consulta

Sequedad bucal.

Historia Clínica

Anamnesis: Mujer de 44 años, que actualmente está en tratamiento con diálisis peritoneal. Que acude a la consulta de atención Primaria por sequedad bucal, sensación de quemazón y gusto desagradable.

Enfoque individual. Antecedentes personales: Insuficiencia renal crónica pendiente de trasplante, sin alergias medicamentosas conocidas.

Exploración: Exploración intraoral: lesiones cariosas (dos lesiones), mala higiene bucal, tejidos blandos hidratados de coloración pálida, tejido gingival con inflamación moderada generalizada, placas blanquecinas en mucosa bucal y lengua. Se deriva a unidad de Salud Bucodental.

Pruebas complementarias: Control analítico: con tasa de filtración glomerular menor al 25%, discreta anemia y coagulación dentro de los límites de la normalidad.

Enfoque familiar y comunitario: Familia nuclear con una hija adolescente.

Juicio clínico: Estomatitis urémica tipo I.

Diagnóstico diferencial: con leucoplasia vellosa oral, otros tipos de leucoplasia, candidiasis, liquen plano, hiperplasia traumática entre otros.

Tratamiento, planes de actuación: Se realiza interconsulta con Nefrología para ajuste de tratamiento antibiótico. Junto con tratamiento estomatológico y dando recomendaciones de higiene oral.

Evolución: Mejoría de las lesiones en cavidad oral así como de la sequedad oral en sucesivas revisiones.

Conclusiones

Los pacientes con insuficiencia renal crónica requieren consideraciones específicas previas al tratamiento odontológico (riesgo de sangrado, de infección y ajuste de medicación). Es muy importante para el Médico de Familia conocer los diferentes estadios de la enfermedad renal y el tratamiento específico que recibe el paciente, ante cualquier procedimiento odontológico. La estomatitis urémica es una complicación poco frecuente de la uremia, que puede ocurrir como resultado de la insuficiencia renal avanzada. Se observa un eritema de la mucosa, de forma irregular, cubierta por pseudomembranas de color grisáceo en los bordes laterales de la lengua o por debajo de ella, ocasionalmente sintomática.

Palabras clave

Renal Disease, Oral Lesion, Uremic Estomatitis, Xerostomia

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Disnea, inercia diagnósticaCabo López A¹, Cintado Sillero MC², Vázquez Alarcón RL³¹ Médico de Familia. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga² Médico de Familia. Hospital Valle del Guadalhorce. Málaga³ Médico de Familia. CS Vera. Almería**Ámbito del caso**

Atención Primaria y hospitalaria.

Motivo de la consulta

Consulta por nuevo episodio de disnea, el cuarto en 4 meses.

Historia Clínica

Varón de 76 años de edad, ex-fumador hace 15 años, EPOC moderado, DM tipo 2, HTA. Tratamiento habitual: Ventolin, ultibro, Metformina, omeprazol, Losartán/hidroclorotiacida, Zaldiar. El paciente consulta por nuevo episodio de disnea a pequeños esfuerzos, afebril, sin aumento de expectoración habitual, ninguna otra sintomatología, por lo que se prescribe nueva tanda antibiótica (Moxifloxacino) y corticoterapia oral (Prednisona 30 mg a dosis decreciente)

A la exploración física (destaca): roncus dispertos bilaterales y crepitantes bibasales. Edemas en MMII premaleolares fóvea ++. Vuelve a acudir a la consulta por no mejoría del cuadro y además palpitaciones, se realiza una electrocardiograma y se evidencia una fibrilación auricular a 110 lpm, por lo que se le remite a urgencias hospitalarias. En urgencias se le ingresa a cargo de Cardiología, le realizaron angio TAC (que fue normal), cateterismo (sin alteraciones) y Ecocardiogramas: Miocardiopatía dilatada, con disfunción ventricular severa.

Enfoque individual: Es un paciente EPOC conocido, con varios episodios de agudización anuales, por lo que ante un nueva consulta de disnea, de entrada, se le trata como un nuevo episodio de descompensación de su enfermedad.

Enfoque familiar y comunitario: El paciente vive sólo, aspecto descuidado, independiente para ABVD.

Juicio clínico: Miocardiopatía dilatada no conocida, disfunción ventricular severa, Fibrilación Auricular paroxística.

Diagnósticos diferenciales: Tromboembolismo pulmonar, Cardiopatía isquémica, Insuficiencia Cardíaca. FA no conocida. El principal problema es identificar la causa de esa disnea que no mejora, que siempre se ha enfocado como EPOC agudizado.

Tratamiento, planes de actuación: Se añade Bisoprolol 2.5mg/24horas, Apixaban 5mg/12horas, Furosemida 40 mg/24horas y Espironolactona 25mg/24h. Se remite a consulta externa de Cardiología para seguimiento.

Evolución: Tras alta hospitalaria, el paciente mejora de su disnea, con buena tolerancia al nuevo tratamiento, mejorando así su calidad de vida.

Conclusiones

Este caso es un claro ejemplo de inercia diagnóstica en la consulta, ya que es un paciente diagnosticado de EPOC desde hace años, que habitualmente cuando acude a la consulta por nuevo episodio de aumento de su disnea habitual, se le trata como un nuevo episodio de descompensación de su enfermedad, sin plantearse de inicio otra etiología posible de esa disnea. Como en este caso que al final el motivo de la disnea era cardiológico.

Palabras clave

Dyspnea, COPD, Atrial Fibrillation

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

De la consulta al Hospital, ¿tan grave es?De Santiago Cortés R¹, Martínez Granero MM¹, Amodeo Arahal MC²¹ Médico de Familia. CS Camas. Sevilla² Médico de Familia. CS Porvenir. Sevilla**Ámbito del caso**

Atención Primaria y Medicina interna.

Motivo de la consulta

Recogida analítica de control.

Historia Clínica

Varón de 73 años que acude a nuestra consulta para recoger analítica de control, que se le realiza cada 6 meses.

Enfoque individual. Antecedentes personales: Profesión: minero. No RAMC. Hábitos tóxicos: no bebedor, exfumador de 3 años. FRCV: HTA con FEVI normal en tratamiento con ramipril y atenolol, DM tipo II en tratamiento con insulina y ADO, DL en tratamiento con rosuvastatina. Cardiopatía isquémica: SCASEST. Bloqueo AV de 2º grado tipo 1. HBP. Hipotiroidismo en tratamiento con eutirox. Temblor esencial en tratamiento con clonazepam.

Anamnesis: paciente que acude a recoger analítica de control, objetivándose una creatinina de 3,63 mg/dl el 10-11-16, previa de Junio en 1,3. Además refiere aumento de disnea habitual desde hace una semana hasta hacerse de mínimos esfuerzos, no dolor torácico, no fiebre, no lesiones cutáneas. No toma medicación nefrotóxica. Derivamos a MI.

Exploración: constantes mantenidas. ACP: rítmico a buena frecuencia, tonos apagados, no soplos. BMV con discretos crepitantes en base izquierda. Abdomen: depresible, no doloroso. MMII sin edemas ni datos de TVP.

Pruebas complementarias: Analítica: Cr 4,59 mg/dl, Urea 191 mg/dl, HB 9.0 (en descenso), PCR 3.9.

Proteinograma: ALb 3,7, IgG 1898, IgA 416, IgM 53, 40. Orina 24h: proteinuria 2400 mg.

Serología Viral: VHC, VIH negativo. Estudio autoinmunidad: ANCA positivo con patrón MPO 72. Rx tórax: redistribución hacia vértices con datos de edema intersticial bilateral. Eco renal: riñón izquierdo con discreta ectasia piélica. Biopsia renal: Glomerulonefritis rápidamente progresiva, extracapilar.

Enfoque familiar y comunitario: Familia nuclear con dos hijas. Nivel sociocultural medio con buen apoyo social.

Juicio clínico: FRA por vasculitis Poliangeitis Microscópica patrón MPO con afectación renal y pulmonar.

Diagnóstico diferencial: con granulomatosis de Wegener.

Tratamiento, planes de actuación: Metilprednisolona, Ciclofosfamida y plasmaferesis. Revisiones por Nefrología.

Evolución: Deterioro renal progresivo con Cr 5.1, y HB 7. 8, con aumento de su disnea, sin sangrado aparente, se realiza TACAR Tórax con presencia de hemorragia pulmonar asociado a vasculitis. Iniciándose tratamiento endovenoso con ciclofosfamida y bolos de metilprednisolona, tras lo cual inicia mejoría progresiva hasta la fecha de alta.

Conclusiones

La importancia de realizar anamnesis detallada, preguntando de manera sistemática y valorando hasta los pequeños síntomas que cuentan los pacientes, porque un síntoma aislado, puede no tener sentido, pero en su conjunto pueden darte la clave.

Palabras clave

Vasculitis, Acute Renal Insufficiency, Pliarterite Nodosa

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Intervención a paciente de 75 años, con cardiopatía isquémica y múltiples visitas a urgencias por caídas. Disfunción familiar

Villatoro Ruiz M¹, Villatoro Ruiz M², Cuerva Gómez R³

¹ Médico de Familia. CS Illora. Granada

² Enfermera. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva

³ Médico de Familia. CS Guadix. Granada

Ámbito del caso

CS. Atención Primaria.

Motivo de la consulta

Caídas.

Historia Clínica

Varón 78 años, NACM. Anciano independiente para Actividades básicas de la vida diaria. Uso pañales nocturnos. El paciente vive con su esposa, siendo su cuidador. No alergia medicamentosa.

Antecedentes personales de Dislipemia, diabetes tipo 2, Cardiopatía isquémica, Accidentes isquémicos cerebrales, Hemorragia Subaracnoidea (HSA) postraumática, dilatación aortica intervenida. En tratamiento actual con Insulina Lantus 58 U, Metformina 850 mg, ASS 100 mg, Ramipril 10 mg, Carvedilol, Furosemida 40mg, Ranitidina 300 mg. Acude en reiteradas ocasiones a nuestra consulta por pérdida de fuerza y dolor en miembros inferiores.

A la *exploración* está consciente y orientado con labilidad emocional. Leucocoria. Romberg positivo. Taponamiento ambos oídos (hemático?). Soplo sistólico en foco aórtico. Edemas indurados en ambas extremidades inferiores hasta rodillas. Resto sin hallazgos significativos. Escala Rankin 3. Incapacidad moderada. Síntomas que restringen significativamente el estilo de vida e impiden totalmente su autonomía. TAC craneal: signos de HSA, Lesión isquémica crónica, leucoencefalopatía vascular degenerativa crónica.

Enfoque individual: El paciente presenta cuadro de inicio subagudo y curso progresivo “todo podría ocurrir”. Llevando a mala progresión de su patología. El que hasta ahora había sido el cuidador se nos presenta con un grado de dependencia moderada y autónomo para

actividades de tipo instrumental con un grado de inmovilidad tipo IV, necesitando ayuda para caminar.

Enfoque familiar y comunitario: Estamos ante una familia nuclear formada por el matrimonio, sin parientes próximos con bajo apoyo social (Cuestionario MOSS 53 ítems) en la fase V del Ciclo Vital o fin de la contracción con vuelta a periodo centrípeto (familia anciana marcada por la jubilación). Disfunción familiar con Acontecimientos Vitales de gran magnitud (Escala Holmes y Rahe 117 ítems) por múltiples caídas, pérdida del hijo, duelo al perder independencia y figura de cuidador...) con gran necesidad de apoyo externo.

Juicio clínico: Deterioro cognitivo (Vascular / postraumático/ tipo Alzheimer/Depresión), anciano frágil incipiente y disfunción familiar.

Tratamiento, planes de actuación: Identificación de situaciones de riesgo en paciente pluripatológico. Visitas domiciliarias programadas y cuidados de enfermería. Contactamos con trabajadores Sociales y enfermeros de enlace para valorar intervención y posible ingreso en residencia.

Evolución: Progresiva a deterioro cognitivo e inmovilidad.

Conclusiones

Valorar al paciente anciano pluripatológico con elevado riesgo socio-sanitario desde un abordaje integral Biopsicosocial.

Palabras clave

Atención Integral, Demencia, Pluripatológico

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Adenomiomatosis vesicular, cólico biliar que no mejoraCabo López A¹, Vázquez Alarcón RL², Rodríguez Casimiro MC¹¹ Médico de Familia. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga² Médico de Familia. CS Vera. Almería**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

Motivo de la consulta

Dolor en Hipocondrio derecho, tipo cólico que varios días de evolución.

Historia Clínica

Mujer de 61 años de edad, con antecedentes de Insuficiencia Renal crónica grado 2 -3, Dislipemia, HTA, Hernia discal lumbar, Síndrome ansioso-depresivo. No intervenciones quirúrgicas. Tratamiento habitual: Ketazolam 15mg/24h, simvastatina 20 mg/24h, Trazodona 100 mg/24h, Enalapril 10 mg/24h, Desvenlafaxina 50 mg/24h.

Dolor abdominal de meses de evolución en Hipocondrio derecho, acompañado de náuseas y vómitos, es el cuarto episodio en un año, siempre tras transgresiones dietéticas. Diagnosticada de cólico biliar simple.

Exploración física (destaca): Buena coloración de piel y mucosas, McMurphy positivo, no signos de irritación peritoneal. Resto de la exploración anodina.

Pruebas complementarias: no leucocitosis, bilirrubina total 1.8 (a expensas de indirecta), GOT levemente elevada 58, creatinina 1.9 (similar a control previo). ECO abdominal: Litiasis vesical de 18 mm, sin obstrucción de la vía intra, ni extrahepática, vesícula engrosada de tamaño con dilataciones quísticas en su pared, hallazgos compatibles de adenomiomatosis vesicular. Resto del estudio normal. Dado estos hallazgos ecográficos remitimos a la paciente a consulta externa de Cirugía.

Enfoque individual: Es un cuadro de cólico biliar, sin complicaciones, tras la realización de

la ecografía abdominal, se llega al diagnóstico de adenomiomatosis vesicular.

Enfoque familiar y comunitario: Mujer casada, vida activa, trabaja en oficina, con excelente calidad de vida

Juicio clínico: Adenomiomatosis vesicular.

Diagnóstico diferencial: fundamentalmente ecográfico, con imágenes ecogénicas o anecoicas en la pared (colesterosis biliar, colecistitis enfisematosa, varices perivesiculares) o que produzcan engrosamiento de la pared (colecistopatías crónicas, carcinoma vesicular) o falso engrosamiento de la pared (barro biliar).

Tratamiento, planes de actuación: El tratamiento de la adenomiomatosis vesicular sintomática es la colecistectomía.

Evolución: La paciente fue valorada en Consulta Externa de Cirugía, le realizaron TAC abdominal que confirmó el diagnóstico de adenomiomatosis. Mientras está esperando a la intervención quirúrgica, ha tenido varios episodios de cólico biliar sin complicaciones agudas.

Conclusiones

Es una clínica clara de cólico biliar, que ha sido bien enfocada y tratada desde la consulta de atención Primaria, la ecografía abdominal da el diagnóstico definitivo de adenomiomatosis vesicular, que es un proceso benigno, poco frecuente (1-9%) en mujeres en edad media, que se asocia en un 50-90% casos a litiasis. Esto resalta la utilidad de disponibilidad y formación en Ecografía abdominal en atención Primaria.

Palabras clave

Cholangitis, Abdominal Pain, Cholelithiasis

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

A mi edad, y no me puedo levantar de la sillaDe Santiago Cortés R¹, Amodeo Arahal MC², Sevilla Ramírez N¹¹ Médico de Familia. CS Camas. Sevilla² Médico de Familia. CS Porvenir. Sevilla**Ámbito del caso**

Atención Primaria y Medicina interna.

Motivo de la consulta

Debilidad generalizada en cintura escapular pélvica.

Historia Clínica

Varón de 50 años que consulta por pérdida de fuerza en brazos y piernas, refiere estar muy cansado, y tener inflamación de articulaciones de las manos.

Enfoque individual. Antecedentes personales: Profesión: administrativo. No RAMC. Hábitos tóxicos: exbebedor 80-100 gr etanol/día, exfumador de 2 años. FRCV: no HTA, no DM, DL en tratamiento con atorvastatina. Hiperuricemia y ataques gotosos. Esteatosis hepática y metabólica. Obesidad central. H^a oncológica: tumor neuroendocrino en cola de páncreas, incidental, intervenido el 4-11-16, con complicaciones postquirúrgicas, por presencia de fistula pancreática.

Anamnesis: paciente que consulta por cuadro de debilidad generalizada en cintura escapular y pélvica con tumefacción de las articulaciones carpo, metacarpo, tobillos, hombros y limitación en movimientos del cuello, desde hace 1 mes, tras el alta hospitalaria. No fiebre, no diarreas, no cuadro de sofocos, no rigidez de articulaciones, presenta limitación marcada para cerrar las manos y marcado dolor de las articulaciones.

Exploración: constantes mantenidas, Tumefacción de articulaciones carpo-

metacarpofalángicas, no tumefacción codos, si de ambos tobillos. Limitación funcional cintura escapular y cintura pélvica. No edemas ni signos de TVP.

Pruebas complementarias: Analítica: Cr 0,85, Urea 31, proteínas 7,3, calcio 9,7, fósforo 5, PCR 0,5, ASLO 27,6. Autoinmunidad: ANCA/ANA negativos. Electromiograma: compatible con diagnóstico.

Enfoque familiar y comunitario: familia nuclear con dos hijos. Nivel sociocultural medio con buen apoyo social.

Juicio clínico: Polimiositis paraneoplásica.

Tratamiento, planes de actuación: Prednisona oral altas dosis.

Evolución: presenta mejoría clínica mientras se mantiene prednisona a altas dosis, pero en el primer intento de reducirla, reaparece toda la clínica, por lo que se mantiene tratamiento inicial.

Conclusiones

La presencia de pacientes complejos, demandantes, nos puede impedir realizar una buena anamnesis y exploración, no caigamos en ello. Los pacientes acuden a nuestras consultas, porque se notan algo que no es normal, y siempre hay que valorarlo y anotarlo.

Palabras clave

Polimiositis, Deratomyositis, Inflammatory Myopathies

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Lo que parecía un cuadro miccional

Sánchez Sánchez A¹, Portela Filgueiras E¹, Aragón Aragón T²¹ Médico de Familia. HAR Utrera. Sevilla² Médico de Familia. HAR Écija. Sevilla**Ámbito del caso**

Atención Primaria y urgencias.

Motivo de la consulta

Dolor en región lumbar y dificultad para la micción.

Historia Clínica

Paciente de 88 años de edad que acude por dificultad para la micción de 12h de evolución junto a dolor lumbar irradiado a abdomen sin otra clínica añadida que tras cambio postural junto a sondaje urinario, sufre episodio sincopal e hipotensión refractaria en principio a volumen junto a malestar general intenso y sudoración profusa. TA MSD 90/50 mmHg, TA MSI 100/60.

Enfoque individual. Antecedentes personales: No alergias conocidas. Exfumador. HBP. Faparoxtística. Tratamiento de Furosemida 20 mg cada 24h. IQ: Prótesis de cadera derecha.

Exploración: Muy mal estado general. Pálido, sudoroso y taquípneico. SatO₂ 91% con mascarilla reservorio. Se constata hipotensión (TAS 90/50 mmHg en ambos brazos). AC: taquicárdico, sin soplos. AR con MVC bilateral. Abdomen: distendido, doloroso a la palpación difusa, con defensa. No masa pulsátil ni soplos audibles. MMII: con livideces hasta raíz de miembros, con frialdad. Pulsos femorales asimétricos (no se palpa derecho).

Enfoque familiar y comunitario: Vive solo y es independiente para todas las AVD.

Pruebas complementarias: Analítica: GSV: pH 7.10, pCO₂ 68.2 mmHg, HCO₃ 20.4 mmol/l. HB 105 g/l. Iones normales. Gluc 207 mg/dl.

Ác. láctico 9.9. Angio TAC de tórax y abdomen que constata rotura de aneurisma de aorta abdominal infrarrenal con formación de hematoma retroperitoneal.

Juicio clínico: Aneurisma de aorta abdominal infrarrenal.

Diagnóstico diferencial: TEP. IAM. -Sepsis. Shock. Síndrome aórtico agudo. Isquemia mesentérica.

Tratamiento: medidas de soporte, analgesia.

Plan de actuación: ante la posibilidad quirúrgica muy limitada se comunica a la familia y se decide sedación paliativa.

Evolución: Mala evolución, el paciente fue sedado y analgesiado hasta su fallecimiento.

Conclusiones

La prevalencia de la enfermedad aneurismática aumenta en nuestro medio paralelamente al incremento de la esperanza de vida y la disminución de la mortalidad cardiovascular. La exploración ecográfica tiene una elevada sensibilidad y especificidad, no es agresiva y su coste es bajo además de poder predecir una reducción de la incidencia de rotura en al menos el 50%. Nuestra práctica clínica de la técnica podría resolvernlos muchos casos de este tipo así como su detección precoz para poder tener una oportunidad quirúrgica.

Palabras clave

Acute Aortic Syndrome, Aneurysm, Abdominal Aorta

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

A propósito de un caso de odinofagia. Abordaje multidisciplinar

Sánchez García MC¹, Bejarano Ávila G², Reyes Gilabert E²

¹ Médico de Familia. CS Alcalá de Guadaíra. Sevilla

² Odontóloga. DS Aljarafe-Sevilla Norte. Sevilla

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivo de la consulta

Acude por odinofagia y disfagia de meses.

Historia Clínica

Antecedentes personales: Fibromialgia y tabaquismo.

Anamnesis: Acude a la consulta una paciente de 53 años por odinofagia de unos 8 meses de evolución, dolor con la masticación, sensación de disfagia a sólidos y líquidos, el dolor empeora con la ingesta de líquidos fríos le despierta por la noche y se extiende hasta el oído y zona retroauricular derecha. Ha perdido peso por dificultad para la ingesta. No presentando otros síntomas acompañantes.

Exploración física: Se objetiva desviación de la úvula hacia el lado izquierdo y disminución del reflejo nauseoso, aumentando el dolor con la movilización de la mandíbula.

Pruebas complementarias: Se deriva al Otorrinolaringólogo quien realiza un TAC cervical que es normal. Viendo que no mejora la clínica y que además se asocia con parestesias en zona mandibular derecha se deriva al Neurólogo, en la resonancia craneal se objetiva inflamación del nervio glossofaríngeo derecho, la analítica de sangre es normal.

Enfoque familiar y comunitario: Mujer viuda que vive con una hija soltera.

Juicio clínico: Neuralgia glossofaríngea, mejorando la sintomatología.

Diagnóstico diferencial: El dolor es similar al de la neuralgia del trigémino, pero difiere en cuanto a su localización, aunque en ocasiones pueden coexistir ambas entidades la neuralgia trigéminas y la glossofaríngea. Hay que descartar que no sea secundaria a una lesión ocupante de espacio como puede ser un tumor base de cráneo, de orofaringe, de raíz de la lengua o fosa posterior.

Tratamiento, planes de actuación: Se trata con carbamazepina.

Evolución: Mejora la sintomatología, se programan citas desde atención Primaria, la paciente se va recuperando de su pérdida ponderal progresivamente.

Conclusiones

La neuralgia del glossofaríngeo es muy infrecuente. Es importante realizar un buen diagnóstico diferencial con otras entidades como la neuralgia trigémino o la del nervio laríngeo superior. Así como descartar que no se deba a tumores u otras lesiones. Esta afección está muy relacionada con la odontología debido a que puede estar relacionado con infecciones a nivel de la cavidad oral y que el dolor se puede desencadenar con la masticación, deglución y con los movimientos mandibulares.

Palabras clave

Odynophagia, Dysphagia, Glossopharyngeal Neuralgia

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

A propósito de un caso de celiaquía y patología bucal

Sánchez García MC¹, Reyes Gilabert E², Bejarano Ávila G²

¹ Médico de Familia. CS Alcalá de Guadaíra. Sevilla

² Odontóloga. DS Aljarafe-Sevilla Norte. Sevilla

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivo de la consulta

Aftas en cavidad oral.

Historia Clínica

Antecedentes personales: anemia ferropénica.

Anamnesis: Mujer de 36 años de edad que acude a consulta de atención Primaria por aftas bucales de repetición, en la consulta además nos cuenta que presenta deposiciones de consistencia blanda y aumentadas en frecuencia de varios meses de evolución.

Exploración física: Exploración cavidad oral: aftas bucales, resto sin hallazgos.

Pruebas complementarias: Se solicita una analítica: hierro 20µg/dL, ferritina 7 ng/mL, ácido fólico 2 ng/mL, anticuerpos anti-gliadina IgA (AGA) y anti-transglutaminasa IgA (tTGA) positivos. Se deriva a Digestivo, donde se solicita biopsia duodenal en la que se objetivan atrofia vellositaria, hiperplasia glándular y linfocitosis intraepitelial.

Enfoque familiar y comunitario: Soltera vive con sus padres.

Juicio clínico: Enfermedad celiaca.

Diagnóstico diferencial: Con enteritis infecciosa, VIH, giardiasis, inmunosupresión,

síndrome de malabsorción, enfermedad inflamatoria intestinal (Enfermedad de Crohn), carencias nutricionales (déficit vitaminas, hierro), enfermedad de Behçet, síndrome del intestino irritable, intolerancia a la lactosa, linfoma intestinal, entre otros.

Identificación problemas: por motivos laborales tiene problemas en realizar una alimentación saludable y variada.

Tratamiento, planes de actuación: Se prescribe dieta exenta de gluten y tratamiento tópico con lidocaína para las aftas.

Evolución: Mejoría del hábito intestinal con las modificaciones dietéticas y de las actas orales.

Conclusiones

La patología bucal puede ser carta de presentación de una patología sistémica subyacente por lo que hay que descartar su existencia, como en el caso que nos ocupa con un detallado estudio. La malabsorción de nutrientes puede afectar tanto a la mucosa oral como a la dentición, siendo frecuente encontrar lesiones en la mucosa oral en aquellos pacientes con EC, en algunas ocasiones puede ser el único signo evidente de dicha patología.

Palabras clave

Celiac Disease, Oral Pathology, Intestinal Biopsy

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

A propósito de un caso de osteomielitis postextracción de tercer molar mandibular en atención PrimariaBejarano Ávila G¹, Sánchez García MC², Reyes Gilabert E¹¹ Odontóloga. DS Aljarafe-Sevilla Norte. Sevilla² Médico de Familia. CS Alcalá de Guadaíra. Sevilla**Ámbito del caso**

Atención Primaria (AP).

Motivo de la consulta

Dolor intenso en ángulo mandibular derecho irradiado al oído.

Historia Clínica*Antecedentes personales:* No reacciones adversas medicamentosas, fumadora. Episodios de isquemia transitoria de repetición (ITU) y nefrectomía. Tratamiento actual: cleboprida/simeticona.*Anamnesis:* Mujer, 53 años, que le realizaron una extracción traumática quirúrgica de un tercer molar inferior mandibular (diente 48) y viene derivada por su médico de AP, una semana después, a odontología, manifestando un dolor intenso en ángulo mandibular derecho que se irradia al oído. Se administró amoxicilina 1 g, con resolución aparente de la clínica. A los 20 días de la intervención, la paciente refirió nuevamente dolor intenso, asociado a signos de inflamación local y trismus siendo tratada con clindamicina 300 mg.*Exploración física:* Dolor a la palpación en ángulo mandíbulas derecho.*Pruebas complementarias:* Ortopantomografía: lesión osteolítica en la zona de extracción. Tomografía: secuestros óseos al mismo nivel.*Enfoque familiar y comunitario:* Mujer casada con dos hijas adultas. Buen apoyo familiar y social.*Juicio clínico:* Osteomielitis mandibular esclerosante difusa crónica.El *diagnóstico diferencial* se ha de hacer con abscesos o adenoflemones, granuloma reparador, displasia fibrosa etc.*Tratamiento, planes de actuación:* Se realizó una secuestrectomía y legrado quirúrgico de la zona con muestras para el estudio microbiológico y anatomopatológico. Se administró amoxicilina-clavulánico a dosis habituales 15 días, metamizol y enjuagues con clorhexidina. El cultivo fue positivo a microorganismo anaerobio tipo Bacillus. La anatomía patológica: fibrosis e inflamación granulomatosa junto fragmentos de hueso compatibles con secuestro óseo.*Evolución:* Ausencia del dolor y parestesia en la región del nervio dentario inferior derecho. Buena cicatrización de la herida y recuperación progresiva de la sensibilidad. En la ortopantomografía a los meses se observó regeneración ósea.**Conclusiones**

La osteomielitis mandibular no es una complicación excepcional después de la extracción de terceros molares incluidos debido a la combinación del proceso infeccioso, la inclusión dentaria y el trauma de la extracción. Además si coincide con condiciones desfavorables locales, enfermedades sistémicas o hábitos tóxicos puede ser necesaria una pauta antibiótica profiláctica. Es un proceso que puede ser abordado en AP resultando clave su diagnóstico y tratamiento precoz para evitar futuras complicaciones.

Palabras clave

Sleep Apnea, Obstructive, Continuous Positive Airway Pressure, Primary Health Care

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Fibroma no osificante: un hallazgo casual

Correa Gómez V

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

Ámbito del caso

Urgencias y Traumatología.

Motivo de la consulta

Traumatismo pierna derecha.

Historia Clínica

Mujer de 12 años con traumatismo a nivel de 1/3 distal de pierna derecha, tras caída casual, que le impide la deambulaci3n.

Enfoque individual: Sin antecedentes personales ni familiares de inter3s, no alergias medicamentosas conocidas ni h3bitos t3xicos. Refiere ca3da casual tras resbal3n con barro, mientras estaba en la feria de su pueblo. Con contusi3n y dolor intenso a nivel de 1/3 distal tibial derecho, asociado a edema perilesional e impotencia funcional con imposibilidad a la deambulaci3n.

Enfoque familiar y comunitario: Estudiante de Educaci3n Secundaria. Vive con sus padres, con los que tiene una relaci3n conflictiva desde que comenz3 el instituto y esta se ha incrementado tras la 3ltima evaluaci3n trimestral. Tambi3n tiene hermana peque1a de 7 a1os.

Juicio cl3nico: La principal sospecha es la de la fractura de 1/3 distal tibial derecho, debido al intenso dolor e imposibilidad a la marcha. Se realiza radiograf3a en la que se aprecia rarefacci3n a nivel de 1/3 distal con reborde escleroso que insufla cortical de la metáfisis distal de la tibia derecha; sobre esa imagen se visualiza una fractura patol3gica incompleta.

Tratamiento, planes de actuaci3n: Se coloca férula tibial, se indica tratamiento profil3ctico de trombosis y analg3sicos.

Evoluci3n: Ante hallazgo patol3gico casual en radiograf3a se decide continuar estudio. Se solicita gammagraf3a 3sea en el que se aprecia una captaci3n an3mala en 1/3 distal de tibia derecha. Tanto radiograf3a como gammagraf3a confirman un fibroma no osificante. La fractura patol3gica se termin3 resolviendo, decidiendo mantener conducta expectante con revisiones peri3dicas del fibroma no osificante.

Conclusiones

El fibroma no osificante es una lesi3n 3sea no neopl3sica. Se desarrolla t3picamente en la ni1ez y adolescencia. Tiene predilecci3n por los huesos largos, particularmente f3mur y tibia. Normalmente es asintom3tico y se descubren casualmente por unas radiograf3as hechas por otro motivo. Solo da s3ntomas si se provoca fractura de estr3s o fractura patol3gica. Durante la adolescencia persiste o agranda a lo largo del tiempo; pero con la maduraci3n del esqueleto, el fibroma no osificante regresa o finalmente se osifica. Si la lesi3n requiere tratamiento, el curetaje intralesional local con injerto 3seo es suficiente.

Palabras clave

Pathological Fracture, Non-Ossifying Fibroma, Incidentaloma

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

EscombrosidosisLópez Coto MA¹, González Aguilera JM², Ramírez Sánchez AC³¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Torrejón. Huelva² CS El Torrejón. Huelva³ CS Cartaya. Huelva**Ámbito del caso**

Multidisciplinar.

Motivo de la consulta

Reacción eritematosa generalizada al consumir atún fresco.

Historia Clínica

No alergia a medicamentos.

Antecedentes personales: enfermedad de Crohn. Intervenciones quirúrgicas: hidrocele. Tratamiento: no realiza.*Motivo de consulta:* paciente varón de 65 años, desplazado por vacaciones acude al Servicio de Urgencias de atención Primaria, de la zona de costa donde se encontraba alojado. Sufre una reacción eritematosa generalizada acompañada de prurito intenso y sensación de calor tras la ingesta de atún fresco en un restaurante durante la cena. Pautan solumoderin 125 mg intramuscular sin respuesta. Desde el CS es derivado a urgencias del hospital infanta Elena de Huelva dada la nula respuesta a tratamiento. A su llegada a urgencias hospitalarias la exploración fue: Constantes: Tensión arterial 121/56, Frecuencia cardiaca 135, Saturación de O₂ 98%. Muy nervioso y agitado en consulta, verbaliza sensación intensa de calor y prurito. Presenta eritema genealizado con habones por la piel. Auscultación cardiaca: rítmico, taquicárdico, no soplos ni extratonos. Auscultación respiratoria: No ruidos patológicos. Exploración ORL: leve edema de úvula.*Pruebas complementarias:* electrocardiograma a su llegada rítmico a 135 lpm, sin alteraciones agudas de la repolarización. Analítica general con bioquímica, hemograma, coagulación, gasometría arterial sin alteraciones incluyendo troponina T, electrocardiograma al alta: rítmico a 75 lpm, sin alteraciones de la repolarización.*Juicio clínico:* Escombrosidosis: reacción pseudoalérgica a pescado mal conservado.*Tratamiento, planes de actuación:* Hidrocortisona i. v. y ranitidina i. v. desapareciendo la reacción eritematosa.*Evolución:* Se pasa a observación, permanece durante 12 horas estable sin volver desapareciendo el edema leve de úvula que presentaba, en ningún momento presentó dificultad respiratoria. Se procede al alta. Tratamiento al alta: ningún. Ebastina 20 mg cada 12 horas 3 días, y uno cada 24 horas 10 días más. Deflazacort 30 mg en pauta descendente durante 10 días.**Conclusiones**

La escombrosidosis es una patología frecuente. No es una verdadera reacción alérgica, sino una intoxicación por una incorrecta manipulación de los alimentos, el aminoácido histidina se transforma en histamina. El diagnóstico diferencial se establece con la Anisakidosis y con la verdadera alergia al pescado.

Palabras clave

Histamine Agonists, Tuna, Pruritus

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Cancer de mama avanzado y terapias complementarias ¿se aprovechan suficientemente?Calle Cruz Luis F¹, Gomez Sanchez C², Mejías Estévez MJ³¹ Médico de Familia. UGC Alcosa Mercedes Navarro. Sevilla² Médico de Familia. CS Camas. Sevilla.³ Médico de Familia. ESDCP Costa Noroeste. Hospital de Jerez. Cádiz**Ámbito del caso**

Atención Primaria y Especializada.

Motivo de la consulta

Dolor incoercible mama izquierda. Incremento progresivo de dosis opioide.

Historia Clínica

Antecedentes personales. Paciente de 79 años institucionalizados en residencia, encamados, hipertensos, diabéticos y con cáncer mama izquierda avanzado fase IV sin criterio quirúrgico. Presenta úlcera tumoral en mama. Tratamiento: Losartán, hidroclorotiazida, ramipril, tapentadol y fentanilo a dosis crecientes.

Anamnesis: paciente agitada, insomne, con dolor durante las curas de ulcera tumoral sangrante que afecta toda la mama, y precisa cambio progresivo de dosis opioides mayor.

Exploración: consciente y orientado. Taquipnéica. Sudoración profusa. Glasgow 15. Sin rigidez nual. Pupilas isocóricas y reactivas. Movimientos oculares extrínsecos. Sin focalidad neurológica. Auscultación: tonos arrítmicos, buen murmullo vesicular. Abdomen: sin signos de abdomen agudo. TA: 150/90 mmHg. Glucemia capilar: 121. ECG: FA 100-115 lpm. Se traslada al hospital en ambulancia.

Pruebas complementarias: *Analítica:* hemograma normal, bioquímica (glucemia 134, resto normal) PCR y troponina T normales. Rx tórax: sin hallazgos. TAC torácico: masa

tumoral mama izquierda con tejido inflamatorio, úlcera peritumoral sangrante.

Enfoque familiar y comunitario: identifica a cuidador principal y enfermera responsable para planteamiento de terapia alternativa.

Juicio clínico: Úlcera tumoral en contexto de cáncer mama estadio IV avanzado con dolor incoercible que precisa incremento de dosis de opioides por dolor durante las curas.

Tratamiento, planes de actuación: Derivación hospitalaria para la aplicación sobre la mama izquierda de sesiones de radioterapia paliativa, para disminuir el dolor.

Evolución: Muy favorable, reduciéndose el tamaño de la ulcera tumoral y disminuyendo la sobredosificación opioide por dolor de la ulcera tumoral sueño reparador, y mejoría objetiva de calidad de vida.

Conclusiones

La radioterapia paliativa es un eficaz antialgico en las metástasis óseas (vertebras) y ulceras tumorales que no pueden ser intervenidas. Es un tratamiento, cómodo, bien tolerado, y que se puede asociar junto al buen uso de opioides mayores, y aunque no está orientado a curar la enfermedad o prolongar la vida este se encamina a mantener y mejorar la calidad de vida.

Palabras clave

Neoplasia, Terapia Paliativa, Radioterapia

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Hematoma abdominal tras episodio tusígenoSánchez Sanchez A¹, Carbajo Martín L², Donoso Guisado I¹¹ Médico de Familia. HAR Utrera. Sevilla² Médico de Familia. Hospital Valme. Sevilla**Ámbito del caso**

Atención Primaria y urgencias.

Motivo de la consulta

Hematoma abdominal espontáneo.

Historia Clínica

Paciente de 56 años que acude en Noviembre de 2016 por hematoma abdominal espontáneo que ha ido en aumento de tres días de evolución y que relaciona con tos por proceso catarral autolimitado. En enero 2017, es nuevamente reevaluado por dolor abdominal intenso en epigastrio irradiado a espalda de 24h de evolución que no cede a analgesia.

Enfoque individual. Antecedentes personales:

No alergias medicamentosas conocidas. Alergia a gramíneas. Fumador de 6 cig/día. Bebedor esporádico. HTA, no DM, no DLP. Cólicos nefríticos. Hepatitis C a los 20 años sin seguimiento posterior. Serología Noviembre 2016 negativa. Dispepsia gástrica. Tratamiento habitual: cardurán 4mg e higtrotona 50 mg.

Exploración: BEG, NC y NH: BP. Eupneico. Afebril. Abdomen: blando y depresible, disconfort a la palpación profunda en epigastrio con discreto hematoma superficial y flanco derecho con hematoma de color rojo violáceo de 15 cm aprox. de diámetro doloroso a la palpación. No signos de irritación peritoneal.

Pruebas complementarias: Analítica: CPK 922, resto de valores dentro de la normalidad. Eco abdominal (noviembre 2017): hematoma no organizado. LOE hepática que no es descrita en 2013 donde se describen dos LOEs caracterizadas de hemangiomas. TAC hígado (diciembre de 2017): Tres angiomas hepáticos, quiste subcentimétrico y cuatro lesiones focales

milimétricas inespecíficas. colangio RMN (enero de 2017): probable neoplasia de 2cm en cuerpo de páncreas que produce ligera ectasia retrógrada del conducto de Wirsung. Eco endoscopia (enero 2017): dos LOEs en páncreas que impresionan de ser inflamatorias agudas. Ca 19-9 normal. Colangio RM y RM abdomen (mayo 2017): normalización de la morfología y calibre del conducto de Wirsung así como la apariencia del páncreas.

Enfoque familiar y comunitario: Vive con su mujer.

Juicio clínico: Pancreatitis autoinmune
Diagnóstico diferencial: principal: adenocarcinoma de páncreas.

Tratamiento, planes de actuación: ciclo de esteroides dos semanas y reevaluación.

Evolución: Satisfactoria, la normalización de cambios inflamatorios y tras AP de biopsia de lesión, se descarta lesión celular maligna.

Conclusiones

Clínicamente, la pancreatitis aguda puede simular un carcinoma pancreático, y el diagnóstico diferencial puede ser dificultoso. Además, la evidencia descrita de casos de adenocarcinoma de páncreas en pacientes con pancreatitis autoinmune de neoplasia papilar intraductal mucinosa lo que pone de manifiesto la necesidad de realizar seguimiento estrecho de estos pacientes.

Palabras clave

Abdominal Hematoma, Hemangioma, Actute Pancreatitis, Pancreatic Carcinoma

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Visión borrosa como diagnóstico de un hipertiroidismoVázquez Alarcón RL¹, Camargo Bello LM², Amador Chamón AL²¹ Médico de Familia. CS Vera. Almería² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Vera. Almería**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

Enfoque individual: Licenciada universitaria, sin hijos.**Motivo de la consulta**

Visión borrosa y cefalea.

Enfoque familiar y comunitario: Núcleo familiar: casada, en fase de expansión. No hijos.**Historia Clínica**

Antecedentes personales: Mujer de 37 años. No antecedentes familiares de enfermedad. Enfermedad actual: acude a consulta porque refiere tener visión borrosa cuando va a leer, y se acompaña de cefalea holocraneal tipo presión desde hace varias semanas, que no se relaciona con la menstruación, ni se acompaña de náuseas o vómitos. Esto le hace estar nerviosa e intranquila y no duerme bien por las noches debido a la cefalea. Nunca antes había tenido cefalea.

Juicio clínico: Oftalmopatía secundaria a hipertiroidismo.*Diagnóstico diferencial:* hipermetropía, proceso expansivo craneal, anemia microcítica-hipocrómica, ansiedad, arritmia.*Tratamiento, planes de actuación:* Tiamazol 5 mg (2comp/24h) un mes. Bisoprolol 5 mg/12h y lorazepam 1 mg en cena. Lágrimas artificiales para la vista. Derivada a endocrino y oftalmólogo.

Exploración física: Neurológicamente: sin focalidad. Auscultación cardíaca: tonos taquicárdicos, no soplos. Hiperhidrosis en manos. Tensión arterial: 116/76. FC: 100 lpm. IMC: 17.8, palidez cutánea. En primer lugar se achaca a nerviosismo de la consulta e insomnio. Se pauta ibuprofeno y paracetamol para episodio agudo de cefalea, bisoprolol para prevención de recurrencias y lorazepam en caso de insomnio. Se deriva a oculista para valoración de graduación visual y necesidad de uso de lentes. Al mes acude por empeoramiento de visión borrosa acompañándose de fotofobia y lagrimeo ocular. No ha mejorado la cefalea y se nota muy cansada, con caída de cabello, fragilidad ungueal y pérdida de peso.

Evolución: Evoluciona favorablemente de todos los síntomas excepto visión borrosa.**Conclusiones**

El hipertiroidismo no siempre empieza por taquicardias, pérdida de peso o nerviosismo, en este caso el poder evolucionar los síntomas desde atención Primaria hizo factible detectar el hipertiroidismo como casusa de la oftalmopatía. La oftalmopatía de Graves suele aparecer en fase avanzada de hipertiroidismo, y generalmente en forma de exoftalmos o diplopia, es de difícil resolución, empeorando considerablemente la calidad de vida del paciente.

Palabras clave

Hyperthyroidism, Graves Ophthalmopathy, Headache

Se solicitan *Pruebas complementarias:* TC cráneo: no patología. *Análítica:* a destacar: TSH <0.01, T4 2.64. Ac antitiroideos negativos. Rx tórax normal. ECG: TQS sinusal a 105 lpm.

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Un caso de morfea

Cintado Sillero MC¹, Vázquez Alarcón RL², García Vertedor CB³¹ Médico de Urgencias. Hospital Valle del Guadalhorce. Málaga² Médico de Familia. CS Vera. Almería³ Médico de Urgencias. Hospital Costa del Sol. Marbella (Málaga)**Ámbito del caso**

Atención Primaria, dermatología.

Motivo de la consulta

Mancha abdominal.

Historia Clínica*Antecedentes personales:* Sin alergias. Hipotiroidismo subclínico, asma. No tratamiento habitual.*Anamnesis:* Paciente de 41 años que acude a consulta por hiperpigmentación abdominal no pruriginosa de seis meses de evolución sin otros síntomas asociados.*Exploración:* Buen estado general, eupneica. Auscultación: rítmica, sin soplos. Murmullo vesicular conservado. Abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpación. Presenta placas violáceo-grisáceas en tronco e ingles.*Pruebas complementarias:* *Analítica:* leucocitos 4900, discreta eosinofilia, hemoglobina 13, plaquetas 249000. Coagulación normal. Función renal, hepática e iones normales. ANA negativos. Cortisol normal. Serología: borrelia negativa. Biopsia compatible con morfea.*Enfoque familiar y comunitario:* La paciente era nueva en el cupo tras haberse trasladado recientemente desde Marruecos donde no había consultado por la clínica.*Juicio clínico:* Morfea o esclerodermia localizada.*Diagnóstico diferencial:* uso de fármacos, Enfermedad de Addison, síndrome de Nelson, vitíligo, hemocromatosis, porfiria cutánea tardía, melanoma metastásico, exposición solar, esclerodermia sistémica.*Tratamiento, planes de actuación:* Corticoides tópicos, derivación a dermatología, fototerapia.*Evolución:* Se inicia tratamiento tópico con metilprednisolona y se deriva a consulta de dermatología. Acude en otra ocasión a consulta con empeoramiento de las lesiones. En consulta de dermatología, realizan analítica con ANA y borrelia negativos y cortisol normal y prescriben tratamiento con betametasona/calcipotriol. Mejora parcialmente y en vistas continuadas precisa de fototerapia con mejoría evidente.**Conclusiones**

La morfea o esclerodermia localizada cutánea sólo tiene implicaciones estéticas pero, la aparición de lesiones hiperpigmentadas obliga a descartar otro tipo de enfermedades que habitualmente precisan de valoración en atención especializada.

Palabras clave

Localized Escleroderma, Hyperpigmentacion, Morphea

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Mayoría de edad sanitariaCintado Sillero MC¹, Vázquez Alarcón RL², Cañete Vargas MI³¹ Médico de Urgencias. Hospital Valle del Guadalhorce. Málaga² Médico de Familia. CS Vera. Almería³ Médico de Familia Distrito Costal Del Sol. Málaga**Ámbito del caso**

Atención Primaria, ginecología.

Motivo de la consulta

Traumatismo abdominal.

Historia Clínica

Sin antecedentes de interés.

Anamnesis: Paciente de 16 años traída por las fuerzas de seguridad a urgencias de CS tras haberse implicado en una pelea. Gestación de 8 semanas y ha sufrido traumatismo abdominal.

Exploración: Consciente, buen estado general, eupneica. Auscultación: rítmica, sin soplos. Murmullo vesicular conservado. Abdomen blando, depresible, dolor a la palpación generalizada sin signos de irritación peritoneal. Exploración neurológica normal.

Pruebas complementarias: *Analítica:* normal. Orina: sedimento normal. Test gestación positivo. Ecografía transvaginal: Útero en anteversión con saco gestacional intrauterino de 6,9 mm donde se intuye vesícula vitelina y mínimo esbozo embrionario. No líquido libre.

Enfoque familiar y comunitario: Padres separados. Vive con su madre y hermana mayor. Adolescente conflictiva.

Juicio clínico: Contusión abdominal en gestante menor de edad.

Identificación de problemas: Gestante menor de edad.

Tratamiento, planes de actuación: Paracetamol si dolor.

Evolución: Refiere estar embarazada y no habérselo contado a sus padres. Pide ayuda para hacerlo. Contactamos con su madre previo traslado a hospital para valoración por ginecología y ésta refiere que no acude porque en las últimas semanas su hija había abandonado el domicilio familiar y estaba en casa de sus suegros y ahora debía solucionar sus problemas. Las fuerzas de seguridad no tienen claro si podía trasladarse sola o precisaba custodia. Al final, su hermana mayor la acompaña en el traslado. Es valorada por ginecología apreciándose gestación en curso.

Conclusiones

El problema que se planteó fue que era menor de edad y desconocíamos si precisaba representación. En España, la mayoría de edad sanitaria es parcial a los 16 años (siempre que no implique riesgo vital o impacto futuro) y la mayoría de edad civil a los 18 cuando se alcanza la mayoría de edad sanitaria absoluta. Antes, los menores deben ser escuchados y los tutores toman la decisión teniendo en cuenta la del menor. En el caso de menores emancipados o mayores de 16 años, no precisan representación. Cuando la decisión la tome el representante legal y sea contraria al beneficio del menor, los Sanitarios deberán ponerlo en conocimiento de la autoridad judicial.

Palabras clave

Majority Age, Law, Autonomy

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Cuadro catarral, fiebre y tos, ¿más de lo mismo?Aguilar Bueno P¹, Galindo Román I², Galindo Román M³¹ Médico de Familia. CS Bornos. Cádiz² MIR 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Comarcal La Línea de la Concepción. Cádiz³ DUE Urgencias. Hospital La Paz. Madrid**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

Motivo de la consulta

Mujer de 49 años que acude a consulta por cuadro catarral con fiebre y tos de varios días de evolución.

Historia Clínica

Mujer de 49 años No RAMC.

Antecedentes personales: cefalea, insuficiencia venosa. Padre intervenido de cáncer gástrico hace 13 años, vive libre de enfermedad. Intervenciones quirúrgicas: Cesárea. Niega hábitos tóxicos. La paciente acude a consulta por cuadro catarral con fiebre y tos sin expectoración.

Exploración: AC: rítmico sin soplos a buena frecuencia, AP: MVC con leve hipoventilación en base pulmonar derecha, no crepitantes ni sibilantes. Sat O₂: 97% FC: 72 lpm. Se prescribe antibiótico con mejoría clara de la clínica.

Enfoque individual: 3 semanas después la paciente vuelve a consulta por disnea y pérdida de peso (3,5 Kg en pocas semanas). Solicitamos radiografía de tórax donde apreciamos derrame pleural derecho con atelectasia casi completa de pulmón ipsilateral. Tras este hallazgo se deriva al hospital donde es ingresada para estudio en Neumología.

Pruebas complementarias: TAC de tórax: derrame pleural derecho en cuantía abundante, consolidación/atelectasia de LID adyacente y de segmento 5 de lóbulo medio. Adenopatía hiliar derecha de 12 mm. Fibrobroncoscopia: estenosis parcial de S7 derecho. Ecografía torácica: cámara de líquido pleural libre que ocupa 3/3 de hemitórax derecho. Se realizan dos toracocentesis evacuadoras. Ambas citologías negativas para malignidad.

Mamografía bilateral: BIRARDS2. Toracoscopia: signos infiltrativos de escasa extensión afectando a pleura diafragmática de aspecto inflamatorio inespecífico, que se biopsia. AP biopsia pleural: Mesotelioma de tipo epitelioide. TAC abdominopélvico: moderado derrame pleural derecho con loculación en ángulo cardiofrénico anterior y sendas consolidaciones en bases pulmonares. Discreta cantidad de líquido libre en pelvis, engrosamiento peritoneal trabeculado y nódulos múltiples de baja atenuación de predominio en abdomen inferior en torno a los vasos epigástricos y periuterinos de hasta 4 cm de diámetro, compatible con adenopatías/implantes. Exploración ginecológica: sin alteraciones.

Enfoque familiar y comunitario: Casada con dos hijos, acude sola a consulta.

Juicio clínico: Mesotelioma estadio IV. Derrame pleural, neumonía, insuficiencia cardíaca, tuberculosis.

Tratamiento, planes de actuación: Se deriva a Oncología. Quimioterapia con cisplatino/alimta.

Evolución: Actualmente en tratamiento quimioterápico.

Conclusiones

La importancia de solicitar una prueba complementaria tan accesible como es una radiografía de tórax y tener siempre en cuenta el diagnóstico diferencial de patologías tan frecuentes como ésta en la consulta diaria.

Palabras clave

Derrame Pleural, Disnea, Tos (Pleural Effusion, Dyspnea, Cough)

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Vértigo periférico y dolor cervical, correlación o utopíaAguilar Bueno P¹, Galindo Román I², Puerto del Canto L³¹ Médico de Familia. CS Bornos. Cádiz² MIR 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Comarcal La Línea de la Concepción. Cádiz³ DUE Hospital Virgen del Rocío. Sevilla**Ámbito del caso**

Atención Primaria. Urgencias hospitalarias.

Motivo de la consulta

Mujer de 37 años que acude a consulta por Cervicalgia acompañada de cuadro vertiginoso y astenia.

Historia Clínica

Mujer de 37 años con ALERGIA a Aines, paracetamol, metamizol y ácido acetilsalicílico.

Antecedentes personales: Saos, asma bronquial. Intervenciones quirúrgicas: hernia umbilical. Niega hábitos tóxicos.*Enfoque individual:* Presenta Cervicalgia con limitación funcional de la movilidad del cuello (importante dolor a la dorsiflexión y giro cervical) acompañado de cuadro vertiginoso y astenia, no parestesias. Se prescribe tratamiento con analgésicos, corticoides, relajante muscular y antivertiginoso, la paciente presente mejoría clínica importante pero sin desaparición de la sintomatología.*Exploración:* REG. Buena coloración e hidratación de piel y mucosas, ACR: tonos cardiacos rítmicos sin soplos. MVC sin ruidos sobreañadidos. Otoscopia: normal. Exploración neurológica: Consciente y orientada en tiempo y espacio. PICNR. No nistagmos ni disimetría. Movimientos oculares conservados. Pares craneales conservados. Fuerza y sensibilidad en MMSS y MMII conservados 5/5. Romberg negativo, Marcha normal. Exploración cervical: no rigidez de nuca. Se palpa contractura en escalenos. No dolor a la movilización ni a la palpación de apófisis espinosas. Los mareos aumentan con la movilización cervical.Acude a urgencias hospitalarias donde realizan las siguientes *Pruebas complementarias:* Analítica: Hemograma: leucocitos 4500 (fórmula normal), plaquetas 205000, HB 5, Hcto 16.3, VCM 116.4, bioquímica: bilirrubina total 2.98, directa 0.78, LDH 793, resto normal. Orina: nitritos positivos, leucocitos 11-20 por campo. ECG: RS a 81 lpm, no alteraciones de la repolarización. Radiografía de tórax: dentro de la normalidad. Radiografía de abdomen: dentro de la normalidad.*Enfoque familiar y comunitario:* Casada sin hijos, acude con su marido.*Juicio clínico:* Anemia Hemolítica Autoinmune. Cervicalgia mecánica, enfermedades reumáticas, tumores (primarios o metástasis), infecciones.*Tratamiento, planes de actuación:* Transfusión de 5 concentrados de hematíes, corticoterapia, ácido fólico y omeprazol. Se deriva a hematología para completar estudio.*Evolución:* Actualmente asintomática (Hb 13) en tratamiento con dosis descendente de corticoides y en seguimiento por Hematología/MAP.**Conclusiones**

Importante valorar en consulta otros aspectos generales a parte de la exploración clínica del paciente, no solo centrarnos en los síntomas diana de la sospecha diagnóstica. Realizar una exploración completa en consulta.

Palabras clave

Vértigo, Astenia, Dolor Cervical (Vértigo, Astenia, Neck Pain)

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Hipertiroidismo. Enfermedad de Graves- BasedowNieto Pérez I¹, Ramírez Sánchez AC², Gómez Torres J¹¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Isla Chica. Huelva² CS Cartaya. Huelva**Ámbito del caso**

CS.

Motivo de la consulta

Mujer de 32 años que acude por astenia, sensación palpitations e intolerancia al calor desde hace varios meses. Ha acudido en varias ocasiones a Urgencias por la misma clínica.

Historia Clínica

No alergias medicamentosas conocidas. Fumadora de 5 cigarros/día desde hace 5 años. Trastorno de ansiedad generalizada (TAG). Tratamiento; Alprazolam 0'5 mg/12 horas, Lormetazepam 1mg/24 horas.

Enfoque individual: Se realiza EKG con ritmo sinusal a 80 lpm sin alteraciones agudas de la repolarización. Tensión arterial: 120/86 mmHg. Frecuencia cardíaca: 84 lpm. Auscultación cardíaca y respiratoria: anodina. Exploración cuello: aumento de tamaño a la palpación de glándula tiroidea, no visible, no se palpan nódulos. No clínica compresiva. Se solicita analítica con hemograma y bioquímica normal, aumento de tiroxina (T4L) 1'94 ng/dL, disminución de tirotropina (TSH) 0'01 mUI/mL y aumento de anticuerpos anti-tiroperoxidasa (TPO) 250 UI/mL. Se pide prueba de Ecografía tiroidea compatible con tiroiditis linfocitaria.

Enfoque familiar y comunitario: Madre y hermana con bocio nodular. Desde hace 3 años diagnosticada de TAG por situación personal complicada (separada con mala relación con su expareja). Actualmente en paro.

Juicio clínico: Enfermedad de Graves Basedow.

Diagnóstico diferencial: Hipertiroidismo, Trastorno de ansiedad, Alteraciones del ritmo cardíaco, Bocio nodular tóxico, Linfoma.

Tratamiento, planes de actuación: Carbimazol 5 mg 1 comprimido al día. Derivación a Servicio de Endocrinología para estudio.

Evolución: Buena evolución clínica con control de función tiroidea con medio comprimido de Carbimazol al día y sin cambios significativos en ecografía tiroidea.

Conclusiones

La enfermedad de Graves Basedow es una enfermedad de base autoinmune y la principal causa de hipertiroidismo. La combinación de signos oculares, bocio y síntomas de hipertiroidismo (pérdida de peso, aumento de apetito, intolerancia al calor, palpitations, nerviosismo, insomnio, poliuria, fatiga.) nos debe hacer sospechar esta patología. El diagnóstico se realiza con un estudio de la función tiroidea (TSH, T4 libre, triyodotironina (T3), anticuerpos TPO, anticuerpos anti-tiroglobulina) y una prueba de imagen, generalmente ecografía. Es importante realizar un correcto diagnóstico diferencial ya que la clínica del hipertiroidismo es bastante inespecífica. Entre ellas destacan trastorno de ansiedad, alteraciones del ritmo cardíaco, tirotoxicosis facticia, uso de amiodarona, yoduro, linfoma, feocromocitoma. Las formas de tratamiento, incluyen fármacos antitiroideos, terapia de yodo y cirugía.

Palabras clave

Hyperthyroidism, Tachycardia, Anxiety

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Abscesos hepáticos como primer hallazgo de enfermedad pélvica inflamatoria. Presentación de un casoRodrigo Molina MM¹, Díaz Alcázar MM², Jódar Sánchez JM³¹ Médico de Familia. CS Huétor-Tájar. Granada² Aparato Digestivo. Hospital Universitario San Cecilio. Granada³ Médico de Familia. CS La Zubia. Granada**Ámbito del caso**

Urgencias hospitalarias.

Motivo de la consulta

Dolor abdominal difuso y malestar general.

Historia Clínica

Paciente de 36 años que consulta en SUE por dolor abdominal difuso y malestar general. Refiere cuadro de una semana de evolución de vómitos alimenicios e intolerancia a alimentación y fiebre. Hábito intestinal conservado

Enfoque individual. Antecedentes personales: Sin antecedentes de interés, fórmula obstétrica 53222, no usa anticoncepción.

Anamnesis: Dolor abdominal difuso y malestar general de una semana de evolución con vómitos de contenido alimenticio e intolerancia a alimentación. Además fiebre de hasta 39.2°C estos 2 últimos días. No alteraciones del hábito intestinal. No síndrome miccional. No otra sintomatología.

Exploración: Regular estado general. Consciente y orientada. Buena perfusión distal. Buena hidratación de piel y mucosas Temperatura: 38.4°C; TA: 90/60; FC: 96 lpm. ACR: tonos rítmicos sin soplos. Murmullo vesicular conservado. No ruidos patológicos sobreañadidos. Abdomen: blando y depresible. Doloroso a la palpación difusa en hipogastrio con leve hepatomegalia de 2 traveses. No signos de peritonismo. RHA conservados. Blumberg y Murphy negativos.

Pruebas complementarias: Analítica: bilirrubina total y transaminasas en rango, elevación de enzimas de colestasis (GGT 156 U/L, FA 204 U/L), PCR>480, leucocitosis 18090 (PMN 82%) e INR 1.42. Se solicita ecografía abdominal: hepatomegalia con dos imágenes nodulares,

heterogéneas, con contornos mal delimitados y líquido escaso perihepático y perivesicular. Se realiza a continuación TAC *abdominal*: hallazgos sugerentes de enfermedad pélvica inflamatoria, hepatomegalia, edema periportal y colecciones hepáticas que, en el contexto clínico, son compatibles con abscesos hepáticos.

Enfoque familiar y comunitario: Mujer que había comenzado una relación con una nueva pareja. Actualmente sin planificación familiar y sin uso de anticoncepción ni métodos de barrera para evitar ETS.

Juicio clínico: Enfermedad pélvica inflamatoria.

Tratamiento, planes de actuación: La paciente fue valorada e ingresada en Ginecología. La exploración ginecológica mostró leucorrea maloliente. Se instauró tratamiento antibiótico y los abscesos hepáticos fueron drenados bajo control ecográfico.

Evolución:

Controles analíticos y ecográficos mostraron progresiva mejoría. Fue dada de alta con antibioterapia oral hasta completar seis semanas y seguimiento por Ginecología y Cirugía General.

Conclusiones

La EIP puede extenderse más allá del aparato reproductor y provocar peritonitis pélvica, generalizada, perihepatitis y abscesos pélvicos. Importante para el médico de Atención Primaria tener en cuenta las posibles complicaciones diseminadas y tenerlas presentes en el diagnóstico diferencial.

Palabras clave

Enfermedad Pélvica Inflamatoria, Abscesos Hepáticos, Hepatomegalia

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Manchas en las piernas

Real Campaña MSV, Vega Calvellido M, Gómez Rodríguez S

*MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Ribera del Muelle. Puerto Real (Cádiz)***Ámbito del caso**

Urgencias.

Motivo de la consulta

Aparición de manchas cutáneas en MMII en relación con cuadro febril autolimitado.

Historia Clínica

Paciente varón de 59 años que acude a la consulta por episodio de fiebre de 48 horas acompañado de lesiones purpúricas/vasculíticas en ambos muslos y mitad inferior del abdomen, sin ninguna otra sintomatología de interés.

A la *exploración* se observan máculas eritematosas en MMII que no desaparecen a la presión.

Pruebas complementarias: En la analítica se observa elevación de RFA: PCR 18 [0-0,5], Leucocitos 14.14x10000 [4.5-10.8], Resto normal. Rx de tórax: Aumento de trama broncovascular con hemidiafragma derecho polilobulado. Se deriva a Hospital de Día de Medicina Interna que tras valoración solicita analítica general con serología y perfil autoinmune completo así como Mantoux y frotis faríngeo. Hemograma: normal. VSG: 20/41. Coagulación: normal. Bioquímica: amilasa: 108. Resto normal. Autoinmunidad: ANA y anti DNA en rango. ANCA: neg. ECA 55.7. Crioglobulinas: positivas. Proteinograma: PT 5.9. IgA: 46,5. Inmunofijación: banda Ig G-kappa. Cadenas ligeras libres en orina 24 horas: cadenas Kappa: 13,5. Lambda y bence Jones negativos. Sistemático de orina: >2000 htes. Prot >100. Cultivo exudado faríngeo: flora normal. Mantoux 19 mms.

Enfoque individual: Urticaria crónica en tratamiento con loratadina. IQ: Bursitis en rodilla

Enfoque familiar y comunitario: Casado, buena relación con su mujer e hijos. El paciente no suele

acudir al CS Relación cordial con los vecinos. Barrio nivel socio-cultural medio.

Juicio clínico: Crioglobulinemia mixta esencial. Banda monoclonal Ig G- Kappa.

Diagnóstico diferencial: Colagenosis (LES. A. R. S. de Sjögren). Enfermedad inflamatoria intestinal (colitis ulcerosa enfermedad de Cröhn). P-púrpura hipergammaglobulinémica de Waldenstrom.

Identificación de problemas: La imposibilidad por parte del Médico de Atención Primaria para solicitar determinadas pruebas complementarias de manera que esta clase de patologías deben de ser derivadas a otros servicios para su estudio.

Tratamiento, planes de actuación: Isoniazida/Piridoxina 300/50 un comprimido en desayuno durante 6 meses. Prednisona 0,5mg un comprimido en desayuno. Calcio lactogluconato + calcio carbonato un comprimido cada 12h. Omeprazol 20 mg un comprimido en desayuno.

Plan de actuación: Cita en hematología para valoración por pico monoclonal. Cita en nefrología ante la presencia de hematuria/proteinuria persistente en vasculitis (sospecha de glomerulopatía asociada).

Evolución: Estable hemodinámicamente, sin aparición de nuevos brotes desde que comenzó el tratamiento con corticoides.

Conclusiones

En la crioglobulinemia mixta esencial es importante realizar un despistaje de enfermedades autoinmunes, infecciosas y linfoproliferativas.

Palabras clave

Crioglobulina,
Hipergammaglobulinemia

Púrpura,

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Tos persistente con pruebas complementarias aparentemente normales

Pérez Eslava M¹, Flores Cebada EM², Moreno Rodríguez AM³

¹ Médico de Familia. CS Sanlúcar. Cádiz

² Médico de Familia. CS Vejer de la Frontera. Cádiz

³ Médico de Familia. CS Loreto Puntales. Cádiz

Ámbito del caso

Atención Primaria y hospitalaria.

Motivo de la consulta

Tos persistente.

Historia Clínica

Mujer de mediana edad, que acude a su Médico de Familia por tos persistente de meses de evolución que no cede con tratamientos sintomáticos. No presenta rinitis ni otra sintomatología asociada.

Enfoque individual. Antecedentes personales: Fumadora de 15 cigarros/días desde los 16 años. Toma anticonceptivos orales, no otro tratamiento farmacológico ni patologías conocidas.

Anamnesis: Mujer, 41 años, consulta a su Médico de Familia por tos seca vespertina de ocho meses de evolución, en ocasiones escasa expectoración verdosa matutina. No disnea. Afebril. No dolor torácico ni otra sintomatología.

Exploración: Auscultación Cardíaca: Tonos rítmicos y puros. No ausculto soplos. Auscultación Pulmonar: Murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. Saturación oxígeno basal 100%.

Pruebas complementarias: Su Médico de Familia solicita: Radiografía de tórax y espirometría en las que no se encuentran hallazgos significativos. Solicita cultivo del esputo: Haemophilus sensible a amoxicilina/clavulánico. Tras pauta antibiótica, desaparece la expectoración pero persiste la tos, resistente también a antihistamínicos. Analítica con estudio alérgenos normal. Dado la

persistencia de la tos, deriva a Neumología para completar estudio, el cual solicita TAC de tórax.

Enfoque familiar y comunitario: Casada, una hija de nueve años.

Juicio clínico: Tumoración compatible con timoma de 24,91 x 22,200 mm en fosa tímica, no visualizado en radiografía de tórax.

Diagnóstico diferencial: Hiperactividad bronquial, EPOC, asma, Tumor localizado en aparato respiratorio, infección respiratoria persistente.

Tratamiento, planes de actuación: Resección quirúrgica.

Evolución: Favorable de momento y a esperas de anatomía patológica que confirme diagnóstico.

Conclusiones

Los timomas son, en general, tumores de escasa malignidad, con más tendencia a la recidiva local que a la metástasis. La mayoría de se diagnostica entre los 40 a 60 años de edad. Puede relacionarse con un aumento del riesgo de segundas neoplasias malignas. La tos, es un síntoma inespecífico, pero característico de las tumoraciones mediastínicas. Generalmente se diagnostica a través de la radiografía de tórax, no siendo el caso de nuestra paciente debido a su milimétrico tamaño. Nuestra paciente no presenta síndromes autoinmunitarios paraneoplásicos asociados, los cuales no podemos olvidar estudiar ante tal diagnóstico.

Palabras clave

Cough, Allergy, Thymoma

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Cuadro sincopal en anciano

Padial Baone A¹, Gómez Rodríguez S², Palacio Millán S³

¹ Médico de Familia. DA. CS Ribera del Muelle. Puerto Real (Cádiz)

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Ribera del Muelle. Puerto Real (Cádiz)

³ Médico de Familia. DA. DCCU Puerto Santa María. Cádiz

Ámbito del caso

Atención Primaria y hospitalaria.

Motivo de la consulta

Paciente que acude por síncope de repetición.

Historia Clínica

Anamnesis: Varón, 80 años, acude a consulta relatándonos episodios sincopales de unos diez días de evolución, epigastalgia esporádica y pérdida de peso desde hace un año. Tratamiento habitual con antihipertensivos y ácido acetilsalicílico como analgésico.

Enfoque individual. Antecedentes personales: HTA, cólicos nefríticos de repetición, migraña. No alergias medicamentosas conocidas.

Exploración: Buen estado general, palidez mucocutánea. Exploración por aparatos y sistemas sin alteraciones. Tacto rectal: heces melénicas. TA: 119/83 FC: 59lpm.

Pruebas complementarias: Analítica completa, sangre oculta en heces, EKG, Rx, Endoscopia oral.

Enfoque familiar y comunitario: Familia nuclear en la etapa IV del Ciclo Vital Familiar (final de la vida). Familia centrípeta. La dificultad de este caso, es que el enfermo se automedicaba, se desconocía por parte de la familia y de su médico que tomaba el ácido acetilsalicílico para sus cefaleas. Tampoco comunicó sus epigastalgias por lo que la atención preventiva a este paciente fue complicada.

Diagnóstico diferencial: Neoplasia digestiva. Úlcera digestiva. Enfermedad inflamatoria intestinal

Juicio clínico: Hemorragia digestiva alta. Lesión péptica aguda a nivel de la cisura angularis de 10mm y fondo cubierto de fibrina blanquecina. En antro lesión pequeña lineal. Píloro permeable. Bulbo duodenal edematoso.

Tratamiento, planes de actuación: Omeprazol 40 mg diario y retirada de AINEs.

Evolución: El paciente, tras la anamnesis y exploración en consulta de Primaria es remitido al Servicio de Urgencias del Hospital donde tras control analítico se detecta 6, 8 g de Hemoglobina, decidiéndose transfusión de dos concentrados de hematíes y solicitándose endoscopia oral de urgencias, diagnosticándose lesión péptica aguda a nivel de cisura angularis y otra pequeña en antro pilórico. Se procede a cursar ingreso en Servicio de Digestivo. Buena evolución sin necesidad de más intervenciones ni de transfusiones sanguíneas. Cumplimiento correcto de su tratamiento.

Conclusiones

La aplicabilidad de este caso para la Medicina Familiar se basa en la importancia de un correcto diagnóstico diferencial y seguimiento de nuestros pacientes tanto en atención Primaria como en el Servicio de Urgencias. Un correcto seguimiento y atención de nuestro paciente al inicio de síntomas podría haber evitado la asistencia en urgencias.

Palabras clave

Síncope, Úlcera, Hemorragia Digestiva Alta

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Doctora, me encuentro mareada

Delgado Vidarte A, Montilla Álvaro M, García Ruíz C

*Médico de Familia. CS El Torrejón Huelva***Ámbito del caso**

Atención Primaria-Urgencias Hospitalarias.

Motivo de la consulta

Mareo y palpitaciones.

Historia Clínica

Mujer de 52 años. No alergias. Hipertensión bien controlada con enalapril 10 mg/24h. No diabetes ni hipercolesterolemia conocidas. Hemorragia digestiva alta secundaria a gastritis erosiva antral superficial en 2011. Anemia ferropénica por sangrado. Desde mayo de 2016 consulta en varias ocasiones por cuadro de sudoración, disnea con palpitaciones y temblor mientras trabajaba. Exploración, analítica y Electrocardiograma normales. Se decide iniciar tratamiento con escitalopram 10 mg/24h. Intervenciones: histerectomía por leiomioma y pólipo en 2009.

Enfoque individual: Acude por palpitaciones y mareo definido como cansancio, sin disnea ni dolor torácico, ni pérdida de conocimiento.

Exploración: TA 140/80. Sat O₂ 100%. Auscultación: arrítmico. No ruidos patológicos. No edemas en miembros inferiores. ECG: RS, extrasistolia ventricular con rachas de TV no sostenida de 4-5 seg, precedido de extrasístoles ventricular.

Enfoque familiar y comunitario: No precisa.

Juicio clínico: Presincope cardiogénico (Arritmias)- neurológico. Trastorno ansioso depresivo. Síndrome vertiginoso.

Tratamiento, planes de actuación: Se llama al equipo del 061 y se traslada al hospital, donde permanece monitorizada y asintomática. Analítica, radiografía de tórax y ecocardiografía son normales. Holter: Frecuencia promedio 67lpm, 3087 extrasístoles ventriculares (se concentra en horas de tarde cuando se moviliza por la planta) Dobletes y 2 rachas de TV no sostenida. Ergometría: alcanzando 7 min de ejercicio, detenida por TVNS.

Evolución: La de arritmia termina realizando ablación exitosa.

Conclusiones

La taquicardia ventricular es una arritmia potencialmente peligrosa que puede desencadenar en fibrilación ventricular y muerte súbita. Cuando presenta clínica leve e inespecífica y además no es sostenida, es de muy difícil el diagnóstico, pues el registro electrocardiográfico debe ser en el momento exacto. Podría suponer una ventaja la posibilidad de realizar un Holter bien desde Atención Primaria o la existencia de interconsulta rápida con especialista. Es importante realizar una buena **Historia Clínica**, y realizar las pruebas complementarias necesarias en cada consulta para poder realizar un buen seguimiento y detectar si existen cambios.

Palabras clave

Dizziness, Ventricular Tachycardia, Communication

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Diagnóstico: Cólico renoureteral. ¿O no?Mazón Ouviña EA¹, Pérez Eslava M², Naranjo Muñoz C³¹ Médico Urgencias. Hospital San Carlos. San Fernando (Cádiz);² Médico de Familia. CS Sanlúcar. Cádiz³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Loreto. Cádiz**Ámbito del caso**

Atención hospitalaria y Primaria.

Motivo de la consulta

Dolor en fosa iliaca derecha.

Historia Clínica

Mujer de 37 años que acude por dolor en fosa iliaca derecha tipo cólico irradiado a hipogastrio con orinas hematóricas.

Enfoque individual: Sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés. Acude a urgencias por dolor tipo cólico a nivel de FRD irradiado a hipogastrio de horas de evolución con hematuria y febrícula. Náuseas. Refiere estar menstruando. A la exploración abdomen blando, depresible sin masas palpables. Con dolor a dicho nivel sin signos de irritación peritoneal. Blumberg negativo. Puño percusión renal negativa. Se realiza analítica con sistemático de orina donde destaca hematuria con leucocituria. Creatinina de 1.3 mg/dl. Anemia microcítica e hipocrómica con hemoglobina de 10.4 md/dl. Leucocitosis (13.400 con 75% de Polimorfonucleares) y una proteína C reactiva de 147.

Enfoque familiar y comunitario: Mujer casada con 3 hijos que conviven en el núcleo familiar.

Juicio clínico: Cólico renoureteral con infección del tracto urinario asociada.

Diagnóstico diferencial: Neoplasia genitourinaria. Endometriosis con infección urinaria asociada.

Tratamiento, planes de actuación: Se pone tratamiento analgésico en urgencias y la paciente mejora, es el primer episodio y no existen datos de alarma, por lo que se decide dar de alta con control analítico por parte de su Médico de Familia en 1 semana.

Evolución: La paciente mejora y en el control analítico se normaliza la orina, la creatinina y la leucocitosis. Sin embargo la hemoglobina cae 1 punto. Se realiza Eco-PAP donde se evidencia liquido libre peritoneal derivándose de nuevo para realización de ecografía reglada. En la ecografía se hallan múltiples implantes peritoneales con masa a nivel de anejo derecho, sin otros hallazgos, dándose como primer diagnóstico neoplasia ovárica con metástasis peritoneales. Se comenta con ginecología, decidiéndose punción diagnóstica de implante peritoneal, concluyendo finalmente que se tratara de endometriosis con implantes peritoneales.

Conclusiones

No siempre la clínica manda, nada hacía pensar que no se tratase de un cólico renoureteral aislado. Sin embargo, el control evolutivo con la normalización analítica salvo la persistencia de la anemia hizo pensar en algo más. La eco-PAP permitió redirigir el caso hacía un diagnóstico totalmente diferente.

Palabras clave

Cólico renal, Endometriosis, Ultrasonografía

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

¿Otra crisis de ansiedad?

Pérez Eslava M¹, Flores Cebada EM², Naranjo Muñoz C³

¹ Médico de Familia. CS Sanlúcar. Cádiz

² Médico de Familia. CS Vejer de la Frontera. Cádiz

³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Loreto. Cádiz

Ámbito del caso

Atención Primaria y hospitalaria.

Motivo de la consulta

Paresia facial en varón joven.

Historia Clínica

Varón de 21 años de edad que solicita cita urgente con su Médico de Familia por sensación de paresia facial izquierda de una hora de evolución, acompañado de nerviosismo.

Enfoque individual. Antecedentes personales: Fumador habitual de cannabis. Consumidor esporádico de cocaína. Frecuentador habitual de consultas de urgencias por crisis de ansiedad recurrente.

Anamnesis: Varón, de 21 años, que consulta de urgencias a su Médico de Familia por haber sido despertado, por sacudidas clónicas en miembro superior izquierdo de breve duración, que fueron seguidas de adormecimiento faciobraquial izquierdo y debilidad en dicho miembro, acompañado de discreta paresia facial izquierda (se le escapa el agua por comisura bucal izquierda al intentar beber agua).

Exploración: Exploración neurológica: Paresia facial izquierda, hemihipoestesia facial izquierda para sensibilidad superficial; RCP izquierdo extensor. Resto de la exploración neurológica normal. Auscultación Cardíaca: Tonos rítmicos y puros. No ausculto soplos. Auscultación Pulmonar: Murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. Saturación oxígeno basal 99%.

Pruebas

Electrocardiograma: Ritmo sinusal a 95 latidos por minutos, bloqueo completo rama derecha HH. Ante la clínica y exploración que presenta el paciente su Médico lo deriva a los Servicios de Urgencias Hospitalarias para continuar estudio y observación del paciente, en el que realizan TAC craneal así como cursan ingreso del paciente.

Enfoque familiar y comunitario: Soltero, vive con sus padres.

Juicio clínico: Infarto del territorio anterior parcial de la ACM de origen indeterminado.

Diagnóstico diferencial: Crisis de ansiedad, Tumoración cerebral, ICTUS isquémico, efectos secundarios del consumo de drogas.

Tratamiento, planes de actuación: Aspirina 300 mg una al día junto a omeprazol.

Evolución: Favorable, asintomático desde el alta hasta la actualidad.

Conclusiones

Resulta fundamental realizar siempre una adecuada anamnesis y exploración física pertinente, dado que en el caso de nuestro paciente, usuario habitual de las consultas de urgencias por crisis de ansiedad descritas habitualmente como parestesia, junto a la edad joven del paciente, podría haberse realizado un mal diagnóstico y manejo del paciente por ende, con unas nefastas consecuencias.

Palabras clave

Anxiety, Drugs, Stroke

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Empiema subdural secundario a otitis media agudaOcaña Martínez L¹, Ferre Fernández C², Castaño Fuentes Ma²¹ CS Rincón de la Victoria. Málaga² Médico de Familia. CS Rincón de la Victoria. Málaga**Ámbito del caso**

Atención Hospitalaria.

Enfoque familiar y comunitario: Buen apoyo familiar.**Motivo de la consulta**

Deterioro neurológico en el contexto de una otitis media aguda.

Juicio clínico: Empiema subdural. Otitis media aguda purulenta.**Historia Clínica***Anamnesis:* Mujer de 32 años que acude a urgencias por náuseas y vómitos, debilidad en miembros inferiores y cefalea de unas horas de evolución acompañado de fiebre de 39°. Hace una semana comenzó con un cuadro de otitis media. Su Médico de Familia le pautó ciprofloxacino oral. Ante la progresión del cuadro y empeoramiento del estado general consulta por urgencias.*Tratamiento, planes de actuación:* Intervención quirúrgica combinada entre otorrinolaringología y neurocirugía: En un primer acto se realiza miringocentesis y posterior toma de cultivo. Posteriormente se procede a craniectomía descompresiva derecha y evacuación de empiema subdural. Se pauta tratamiento antibiótico con meropenem, vancomicina y ampicilina. Se cultiva exudado subdural y ótico donde crece *Streptococo pyogenes* (resistente a levofloxacino).*Enfoque individual:* Sin antecedentes personales de interés. No hábitos tóxicos. Sin tratamiento actualmente. No ha tenido episodios previos de otitis.*Evolución:* En UCI se mantiene hemodinámicamente estable y con buena evolución neurológica. Tras su estabilización pasa a planta consciente y orientada. Hemiparesia izquierda residual. La paciente evolucionó favorablemente en planta de Neurocirugía hasta completar tratamiento antibiótico con ceftriaxona parenteral. Una vez resuelto el proceso infeccioso e inflamatorio se realizó una segunda intervención quirúrgica para craneoplastia.*Exploración:* Tº 39°. TA: 100/60. Exploración neurológica: Glasgow 12/15. Desviación de la mirada hacia la derecha, pupilas isocóricas normorreactivas. Hemiparesia izquierda, miembro superior izquierdo con fuerza 2/5 y miembro inferior izquierdo con fuerza 0/5.*Pruebas complementarias:* TAC craneal: pequeña colección subdural hemisférica derecha con efecto masa con signos de otomastoiditis derecha compatible con otitis de origen ótico. RMN craneal: meningitis con empiema subdural hemisférico derecho de origen ótico, efecto masa con asimetría del plexo coroideo del ventrículo derecho. Electrocardiograma normal. Analítica de sangre: 16.000 leucocitos (86% Neutrófilos), PCR 160. Bioquímica normal.**Conclusiones**

La otitis es una patología muy frecuente en la práctica diaria de un Médico de Familia. La correcta identificación de los síntomas y el tratamiento correcto es fundamental para impedir el desarrollo de complicaciones neurológicas.

Palabras clave

Otitis media, Bacterial Meningitis, Headache.

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

¿Ictus o Itu? A propósito de un caso

Mazón Ouviña EA¹, Naranjo Muñoz C², Pérez Eslava M³¹ Médico de Familia. Hospital San Carlos. San Fernando. (Cádiz)² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Loreto. Cádiz³ Médico de Familia. CS Sanlúcar. Cádiz**Ámbito del caso**

Urgencias.

Juicio clínico: ACVA de territorio carotídeo izquierdo.**Motivo de la consulta**

Presíncope con pérdida de fuerza.

Diagnóstico diferencial: Convulsión febril en contexto de enfermedad infecciosa. Epilepsia.**Historia Clínica**

Se activa UVI-Móvil por paciente de 69 años, que sufre cuadro presíncopal con pérdida de fuerza en hemicuerpo derecho y trastorno del lenguaje de 30 minutos de evolución. Encontramos al paciente consciente, sentado, con hemiparesia derecha y alteración del lenguaje. No otra sintomatología.

Tratamiento, planes de actuación: Ante los hallazgos se decide tratamiento de la fiebre con antitérmicos intravenosos y traslado a hospital con activación de Código Ictus.

Enfoque individual. Antecedentes personales: Hipertenso y Diabético tipo II. Con buen control.

Evolución: A su llegada al hospital el paciente sufre crisis tónico-clónica generalizada coincidiendo con pico febril de 39.8°C, desactivándose el Código Ictus. TAC craneal inicial: Signos de leucopatía sin otros hallazgos destacables. Analítica sanguínea: hemograma y coagulación con leucocitosis con 90% de PMN y fibrinógeno elevado. Bioquímica con reactantes de fase aguda elevados. Analítica de orina: Leucocituria con nitritos positivos. Hematuria y Proteinuria. Urocultivo positivo (E Coli). RX Tórax: normal. Punción lumbar: LCR sin hallazgos patológicos. Ecodoppler troncos supraórticos: Estenosis de la carótida izquierda superior al 70%.

Exploración y Pruebas complementarias: Paciente consciente, desorientado, poco colaborador. Glasgow 11 (4O, 2V, 5M). Tensión arterial: 140/60 mmHg FC: 80 lpm Saturación O₂ basal: 99%. Glucemia: 140 mg/dl. Temperatura: 38.9°C. Eupneico, con auscultación cardiopulmonar normal. Exploración neurológica: Pupilas isocóricas, normorreactivas. Movimientos oculares normales. Resto de pares craneales normales. Hemiparesia derecha. Disartria, con componente de afasia sensitiva. Meníngeos negativos. Abdomen blando, depresible anodino. Puño percusión renal bilateral negativa. Electrocardiograma: Ritmo sinusal a 80 lpm, con bloqueo de rama derecha ya descrito, sin alteraciones agudas de la repolarización.

Conclusiones

Caso interesante dada la presentación neurológica tan focalizada, siendo difícil pensar que la verdadera causa pudiera ser un foco epileptógeno debido a una fiebre elevada en el contexto de una infección del tracto urinario. Recuperación completa de sintomatología neurológica en el ingreso.

Enfoque familiar y comunitario: Varón casado con 2 hijos. Convive con su esposa.

Palabras clave

Accidente Cerebrovascular, Epilepsia, Infecciones Urinarias

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Disnea en varón de 50 añosPadial Baone A¹, Gómez Rodríguez S², Palacio Millán S³¹ Médico de Familia. DA. CS Ribera del Muelle. Puerto Real (Cádiz)² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Ribera del Muelle. Puerto Real (Cádiz)³ Médico de Familia. DA. DCCU Puerto Santa María. Cádiz**Ámbito del caso**

Atención Primaria y especializada.

Motivo de la consulta

Paciente que acude por disnea.

Historia Clínica

Paciente de 53 años que acude a nuestra consulta de Atención Primaria por inicio de problemas respiratorios que no mejoraban con tratamiento inhalado. Se encuentra ansioso y preocupado por no reconocer los síntomas como los episodios asmáticos anteriores. En consultas sucesivas nos comenta que en la empresa donde trabajaba se había compañeros con síntomas parecidos.

Enfoque individual. Antecedentes personales: Marmolista de profesión. Asma bronquial intermitente moderado. Tras realización de Rx Tórax donde se apreciaban adenopatías mediastínicas se decide derivar a neumología para realización de TAC y despistaje de silicosis.

Exploración y pruebas complementarias: TAC: Adenopatías mediastínicas e hiliares, junto a patrón micronodulillar bilateral y difuso, todo ello sin cambios respecto a TC anteriores. Patrón compatible con neumoconiosis crónica simple. Hemograma, VSG, Inmunoglobulinas, C, BQ normales, excepto: colesterol total 292, transaminasa 75. Gasometría arterial: pH 7,4 PCO₂ 2,35; PO₂ 103; satO₂ 97. 8%. Mantoux negativo. ECG RS. Fibrobroncoscopia: normal. Espirometría: FVC 96%, 4%; FEV₁ 107,4%; FEV₁% 88.

Enfoque familiar y comunitario: Etapa III (Desprendimiento) del Ciclo Vital Familiar, familia normofuncional. Familia centripeta.

Tanto el paciente como su familia han sufrido mucho en el transcurso de su diagnóstico. Al ser el padre de 3 hijos adolescentes, que dependen económicamente de él (único sueldo de la familia), ha intensificado su disnea en este largo periodo de baja laboral.

Juicio clínico: Silicosis crónica simple.

Diagnóstico diferencial: Sarcooidosis. Reagudización del asma bronquial.

Tratamiento, planes de actuación: Tras diagnóstico por Neumología, se reconoce como enfermedad laboral, iniciándose el trámite a través de inspección para la incapacidad laboral. El paciente seguirá con revisiones por Neumología y su Médico de Atención Primaria.

Evolución: Actualmente el paciente se encuentra estable. No ha precisado de ningún ingreso hospitalario.

Conclusiones

Enfermedad fibrosica-Pulmonar de carácter irreversible y considerada enfermedad profesional incapacitante en muchos países. Existen 3 tipos: Crónica simple a exposición a largo plazo a bajas cantidades de sílice (20 años de evolución), acelerada (5-10 años) y, aguda, a cantidades muy grandes durante corto tiempo. La Atención Primaria estamos para aliviar los síntomas del paciente y escucharlo, en este caso, nuestro paciente nos aportaba información muy valiosa, que nos orientaba sobre la patología que presentaba.

Palabras clave

Disnea, Silicosis

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Presentación atípica de GEA. ¿No será un síndrome coronario agudo?

Mazón Ouviña EA

Médico de Familia. Hospital San Carlos. San Fernando (Cádiz).

Ámbito del caso

Urgencias.

Motivo de la consulta

Dolor interescapular.

Historia Clínica

Activan UVI- Móvil por varón de 68 años, que presenta dolor interescapular de aproximadamente una hora de evolución con cortejo vegetativo asociado. Refiere cuadro gastrointestinal con vómitos y diarreas los días previos. No refiere fiebre.

Enfoque individual. Antecedentes personales: Hipertensión arterial, diabetes mellitus 2, Cardiopatía isquémica y Miocardiopatía dilatada. Paciente consciente, orientado. Estable hemodinámicamente con TA: 185/70, FC: 91, SatO₂: 98%. Glucemia capilar: 244. Buena perfusión periférica y pulsos simétricos y conservados.

Exploración y Pruebas complementarias: Eupneico, con auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen: globuloso, blando, depresible, molestias difusas sin signos de irritación peritoneal. Puño percusión renal bilateral negativa. Electrocardiograma: Ritmo sinusal a 90lpm, con bloqueo de rama derecha ya descrito, sin alteraciones agudas de la repolarización.

Enfoque familiar y comunitario: Varón casado con 3 hijos. Convive con su mujer y su hijo pequeño (27 años).

Juicio clínico: Shock séptico secundario a GEA por Salmonella.

Diagnóstico diferencial: Síndrome aórtico agudo. SCA.

Tratamiento, planes de actuación: Ante los antecedentes del paciente y la clínica se activa protocolo de Síndrome Coronario Agudo (SCA) administrándose tratamiento antiagregante y antiisquémico además de analgesia y se decide traslado urgente al hospital.

Evolución: En el hospital se realiza: Angio TAC de aorta toraco-abdominal: No se aprecian imágenes de entidades en relación a síndrome aórtico agudo. Rx tórax: normal. Analítica sanguínea: hemograma y coagulación con leucocitosis con 80% de PMN y fibrinógeno elevado. Bioquímica: Creatinina: 11.2 Urea: 287. Reactantes de fase aguda elevados. Troponinas US: 0. Analítica de orina: Leucocituria con nitritos positivos. Proteinuria. Gasometría venosa: Acidosis metabólica. Urocultivo y hemocultivos negativos, en coprocultivo se aísla Salmonella.

Conclusiones

Dados los antecedentes del paciente y la clínica inicial nada presagiaba el final. Todo orientaba a un síndrome coronario agudo Vs aórtico agudo sin embargo tras descartarse ambos diagnósticos nuestro paciente empeora presentando un shock séptico con fallo multiorgánico de origen gastrointestinal que le lleva a la unidad de cuidados intensivos.

Palabras clave

Chest Pain, Salmonella Infections, Aortic Rupture

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Mi hija no tiene ganas de comerPérez Eslava M¹, Flores Cebada EM², Moreno Rodríguez AM³¹ Médico de Familia. CS Sanlúcar. Cádiz² Médico de Familia. CS Vejer de la Frontera. Cádiz³ Médico de Familia. CS Loreto Puntales. Cádiz**Ámbito del caso**

Atención Primaria y hospitalaria.

Motivo de la consulta

Pérdida de apetito en niña de cinco años.

Historia Clínica

Niña de cinco años, que acude a consulta de su médico, acompañada por su madre por referir esta que presenta pérdida de apetito y odinofagia.

Enfoque individual. Antecedentes personales: No antecedentes conocidos, controles del niño sano correctos.

Anamnesis: Acude la madre con la paciente, niña de cinco años, por presentar odinofagia y pérdida de apetito de cuatro días de evolución. Afebril. No otra sintomatología asociada.

Exploración: Auscultación Cardíaca: Tonos rítmicos y puros. No ausculto soplos. Auscultación Pulmonar: Murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. Orofaringe: Ligeramente hiperémica, no exudado palatino. Otoscopia sin hallazgos patológicos. Fue diagnosticada de faringitis, con tratamiento sintomático y observación domiciliaria. Una semana después acude de nuevo a su médico por persistencia de la pérdida de apetito acompañado de dolor abdominal intermitente y heces acólicas

Pruebas complementarias: Urocultivo y coprocultivo negativo. Ante la persistencia del dolor abdominal, y pruebas complementarias normales, su médico le realiza ecografía dirigida al síntoma, en el que observa dos

masas abdominales, por lo que deriva a Servicio de Urgencias de referencia para continuar estudio de la paciente.

Enfoque familiar y comunitario: Familia monoparental, la mayor de dos hermanas.

Juicio clínico: Linfoma de Burkitt abdominal.

Diagnóstico diferencial: Faringitis, cuadro vírico infección de orina, parasitosis, dolor abdominal inespecífico.

Identificación del problema: Pérdida de apetito y dolor abdominal.

Tratamiento, planes de actuación: Quimioterapia.

Evolución: Favorable.

Conclusiones

El linfoma de Burkitt es una variedad del linfoma no Hodgkin, que se caracteriza por un crecimiento rápido y alta malignidad. Representa la tercera neoplasia en frecuencia de la infancia. El subtipo histológico indiferenciado (Burkitt y no Burkitt) es el de mayor incidencia en pacientes pediátricos. Gracias a la ecografía dirigida por su médico, pudo detectarse muy pronto masas abdominales sugestivas de estudio urgente, lo que conllevó a un pronto manejo y por consecuencia una mayor probabilidad de supervivencia.

Palabras clave

Anorexy, Stool, Lymphoma

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Alteraciones neurológicas en adolescente.Pazos Pazos N¹, Luna Pereira M², Pérez Cornejo Y¹¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Gibraleón. Huelva² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Molino de la Vega. Huelva**Ámbito del caso**

Atención Primaria, Atención Especializada y Urgencias.

Motivo de la consulta

Cefalea de predominio matutino, mareos con giro de objetos, acúfenos, náuseas, vómitos y alteraciones visuales.

Historia Clínica

Niña de 19 años que en los 2 últimos años ha acudido en varias ocasiones a su doctora por episodios de 1 hora de duración de mareo con giro de objetos y cefalea. Acude porque en el último mes presenta esta clínica a diario.

Enfoque individual: Niña de 19 años sin antecedentes de interés. No hábitos tóxicos. Obesidad. En el último mes presenta diariamente cefalea de predominio matutino, mareo con giro de objetos, acúfenos, náuseas, vómitos y disminución de la visión que aumenta con el ejercicio. Es derivada a Urgencias hospitalarias.*Exploración* cardiopulmonar y abdomen normal. Exploración neurológica normal salvo déficit visual en hemisferio izquierdo. Le realizan electrocardiograma, analítica, radiografía de tórax y TAC cráneo que fueron normales. Ante estos hallazgos se precede a ingreso en Neurología para estudio. Durante el ingreso se contacta con Oftalmólogo que le realiza fondo de ojo y se observa edema de papila. Ante estos hallazgos y TAC normal se solicita resonancia cerebral y punción lumbar, y ambas pruebas fueron normales.*Enfoque familiar y comunitario:* Hija de padres separados, hermana mayor de 3

hermanos. No deportista y no realiza una dieta equilibrada. Trabaja en una pastelería.

Juicio clínico: Ante los síntomas y signos clínicos con pruebas radiológicas dentro de la normalidad, con punción lumbar normal y PIC elevada, es diagnosticada de pseudotumor cerebral. (Hipertensión intracraneal idiopática). Se realizó diagnóstico diferencial con patologías que cursan con aumento de presión intracraneal (hidrocefalia, tumores, infecciones). La etiología es desconocida, aunque se asocia a obesidad e hipertensión entre otros.*Tratamiento, planes de actuación:* El tratamiento inicial se realiza con acetazolamida a dosis de 250 mg vía oral, 3-5 veces al día, para disminuir la producción de líquido cefalorraquídeo y revisiones por Neurólogo y Oftalmólogo.*Evolución:* La evolución fue buena con el tratamiento realizado: consiguió pérdida de peso y recuperó el déficit visual, mejorando con ello las crisis de cefalea.**Conclusiones**

En el pseudotumor cerebri el diagnóstico es tardío hasta en 20% de los casos. El edema macular es causa frecuente de baja visual. Suele evolucionar bien, utilizando tratamiento quirúrgico cuando no es así.

Palabras clave

Pseudo tumor Cerebri, Benign Intracranial Hypertension, Idiopathic Intracranial Hypertension

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Nada hacía pensar en una trombosis. A propósito de un caso

Mazón Ouviña EA

Médico de Familia. Hospital San Carlos. San Fernando (Cádiz).

Ámbito del caso

Urgencias.

Motivo de la consulta

Dolor agudo en miembro superior izquierdo (MSI).

Historia Clínica

Paciente de 73 años que acude a punto de urgencias extrahospitalarias por presentar dolor de aparición súbita a nivel de miembro superior izquierdo mientras ordeñaba. No dolor torácico ni cortejo vegetativo asociado. No otra sintomatología acompañante.

Enfoque individual. Antecedentes personales: Hipertensión arterial. Estenosis esofágicas.

Exploración física y Pruebas complementarias: Buen estado general. Estable hemodinámicamente (TA: 118/51 FC: 80 Sat O₂: 99%) ACP: tonos puros y rítmicos sin soplos audibles. MVC sin ruidos sobreañadidos. Resto de exploración normal. Dolor a nivel de brazo y hombro izquierdo que empeora con la movilidad articular. No desigualdad de temperatura ni coloración entre ambos brazos. Pulsos conservados. Electrocardiograma: ritmo sinusal a 80 lpm. Sin alteraciones agudas de la repolarización

Enfoque familiar y comunitario: Varón casado con 6 hijos, que vive con su esposa en el ámbito rural.

Juicio clínico: Trombosis arteriovenosa de MSI.

Diagnóstico diferencial: Tendinitis, SCASEST.

Tratamiento, planes de actuación: En un primer momento se asocia a proceso inflamatorio osteotendinoso y se trata como tal y ante la no mejoría el paciente consulta de nuevo horas más tarde. Continúa con la misma exploración y se decide derivar a hospital para valorar otras pruebas complementarias ante la persistencia de dolor brusco de intensidad alta.

Evolución: Una vez en urgencias hospitalarias reexploramos al paciente y se solicita: *Analítica:* Hemograma, bioquímica con parámetros normales y se detecta Dímero D elevado (17.6 µg/ml). Radiología de hombro y humero sin hallazgos de interés. Ecodoppler MSI: Se observa material ecogénico en el interior tanto de arteria braquial como de venas radial y basilica de MSI.

Conclusiones

Caso peculiar dada la presentación del dolor mientras ordeñaba dando lugar a pensar en un proceso osteomuscular, favorecido por la ausencia de síntomas vasculares claros. Patología de importancia que debemos tener presente ante un paciente con la clínica descrita, siendo éste estudiado para determinar la causa de la trombosis y su relación con otras patologías: coagulopatías, neoplasias. En este paciente se descartaron siendo anticoagulado y resolviéndose el trombo.

Palabras clave

Dolor Agudo, Trombosis Venosa de la Extremidad Superior, Tendinopatía

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

No todo es Gastroenteritis Aguda. Tiflitis aguda un caso raroAlves Martins A¹, Ríos Carrasco MJ², Narváez Martín AI³¹ AGS Osuna. Sevilla² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Cartaya. Huelva³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Marchena. Sevilla**Ámbito del caso**

Atención Primaria, urgencias.

Enfoque familiar y comunitario: casado, medio urbano.**Motivo de la consulta**

Dolor abdominal y fiebre.

Juicio clínico: Tiflitis aguda. Gastroenteritis aguda, apendicitis aguda.**Historia Clínica**

Varón de 55 años que consulta de urgencias en atención Primaria por cuadro por dolor abdominal y fiebre de 24 horas de evolución.

Tratamiento, planes de actuación: Ingreso en planta. Tratamiento antibiótico, analgesia y sueroterapia.

Enfoque individual: Fumador y antecedente de artrosis de cadera. Refiere dolor abdominal de tipo cólico, más marcado en fosa ilíaca derecha (FID), de 24 horas de evolución, acompañado de deposiciones diarreicas (6-7 diarias) sin productos patológicos, y fiebre de hasta 39°C. Niega náuseas o vómitos. Refiere nieto con cuadro similar los días previos. Niega contacto con animales o viajes recientes.

Evolución: Favorable. 7 días ingreso. Al alta asintomático.

En exploración, regular estado general, bien hidratado y coloreado. Temperatura: 38,5°C. Corazón rítmico, sin soplos. Murmullo aceptable, con sibilancias aisladas. Abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación profunda de FID, con Blumberg positivo y Murphy negativo. Ruidos hidroaéreos conservados. Se deriva paciente a hospital de referencia para completar estudio. Se realiza analítica, con leucocitosis con neutrofilia (17.170 con 82%N), PCR 428 ng/L. Radiografía tórax y abdomen: normales. Coprocultivo: toxina *costridium difficile* negativa. TAC abdomen: colon ascendente, próximo a válvula ileocecal y porción distal del íleon, muestra engrosamiento y edema de pared con discreta trabeculación de grasa adyacente. Compatible con tiflitis aguda.

Conclusiones

Ante un cuadro clínico de dolor abdominal, es fundamental realizar una valoración inicial y estimación de riesgo vital correctos. Aunque inicialmente sospechemos un cuadro de gastroenteritis aguda, es fundamental descartar los signos de alarma, plantear el diagnóstico diferencial, y ante la sospecha de otra etiología, derivar el paciente para completar el estudio. La tiflitis aguda (colitis necrosante, enterocolitis neutrociopénica, síndrome ileocecal) es el proceso inflamatorio agudo del ciego. Ocurre fundamentalmente en pacientes neutropénicos, en tratamiento inmunosupresor o en tumores hematológicos, siendo muy raro en pacientes inmunocompetentes. Presenta una elevada mortalidad y el tratamiento médico conservador suele ser suficiente, pero en algunos casos es necesario intervenir quirúrgicamente. El médico de familia juega un papel fundamental en el abordaje de patologías agudas en el ámbito extrahospitalario y de sus decisiones depende el pronóstico de estas patologías.

Palabras clave

Typhlitis, Abdominal Pain, Abdominal, acute, Primary Health Care

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

A propósito de un caso: hematoma subduralGómez Rodríguez S¹, Puertas Rodríguez A², Real Campaña MSV³¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Ribera del Muelle. Puerto Real (Cádiz)² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Pinillo Chico. Puerto de Sta María (Cádiz)³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Casines. Puerto Real (Cádiz)**Ámbito del caso**

Servicio Urgencias.

Motivo de la consulta

Afasia y desconexión del medio.

Historia Clínica

Paciente mujer de 70 años que hace 10 días había sufrido un accidente de tráfico. Sufrió poli contusiones pero no hubo trauma craneal ni pérdida de conocimiento. A los días, la hermana llama a urgencias comunicando que presenta dificultad para expresarse y debilidad en hemicuerpo derecho. Se activa al DDCU quienes trasladan de inmediato a la paciente al hospital.

Enfoque individual. Antecedentes personales: No reacciones medicamentosas conocidas. Enfermedades: Fibrilación auricular crónica, Insuficiencia cardíaca, diabetes mellitus. Tratamiento: digoxina, diltiazem, valsartán, torasemida, sintrom y metformina. No intervenciones quirúrgicas.

Exploración: Paciente consciente, confusa. Escala Cincinati: brazo derecho anormal, alteración del habla anormal. Escala NIHSS: 7. Glasgow: 8. ECG: fibrilación auricular. TAC cráneo: hemorragia subdural con sangre en diferentes estadios evolutivos, localizándose el componente hemático agudo fundamentalmente a nivel parietooccipital derecho. *Analítica:* Coagulación: INR: 8,2, resto sin hallazgos relevantes. Se interconsulta con Neurocirugía que descartan intervención quirúrgica. Se inicia manejo conservador.

Enfoque familiar y comunitario: Paciente independiente para las actividades básicas de la vida diaria. Viuda y sin hijos. Vive sola. Buen apoyo familiar, sobre todo de su hermana. Barrio nivel socio-cultural medio.

Juicio clínico: hemorragia subdural.

Diagnóstico diferencial: masas cerebrales, enfermedades degenerativas del SNC, enfermedades metabólicas o tóxicas.

Identificación de problemas: Un hematoma subdural en un inicio puede no ser inmediatamente aparente, más cuando la clínica no es clara. El reconocimiento precoz es importante ya que es potencialmente tratable y reversible. Suele manifestarse con cefaleas, disminución del nivel de conciencia, déficit moto y/o sensitivo, etc. Las causas más frecuentes lo constituyen los traumatismos, el tratamiento anticoagulante y las malformaciones vasculares.

Tratamiento: monitorización y control de constantes, control de síntomas, corrección anticoagulación.

Planes de actuación: seguimiento por Neurocirugía y por el médico de familia.

Evolución: Se ingresa en Neurocirugía presentando una evolución favorable. Revisión al mes por Neurocirugía: asintomática, sin secuelas. TAC control: desaparición prácticamente en su totalidad las colecciones subdurales. Seguimiento por el Médico de Familia controlando los factores de riesgo cardiovascular.

Conclusiones

Es importante la identificación precoz ya que es una patología tiempo-Dependiente. Posteriormente al evento es labor del Médico de Familia el seguimiento, apoyo y ayuda a la adaptación del paciente de nuevo a su vida diaria.

Palabras clave

Accidente Cerebrovascular, Hemorragia Cerebral, Hematoma Subdural

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Doctor, me he puesto amarilloOrtiz Romero J¹, Osuna Gil D², Aguado Navarro M³¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Tomares. Sevilla² MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Bormujos. Sevilla³ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Mairena del Aljarafe. Ciudad Expo (Sevilla)**Ámbito del caso**

Atención Primaria y hospitalaria.

Motivo de la consulta

Varón de 49 años que consulta por ictericia indolora de días de evolución en contexto de cuadro catarral sin fiebre. Se realiza analítica desde AP, derivándose a Servicio de Urgencias.

Historia Clínica

A su llegada a SCCU, presenta: *Exploración:* anodina salvo tinte icterico. *Analítica:* Colesterol Total 331, LDL 268, TG 572, Bilirrubina T 7.20, BD 5.86, BI 1.34, GGT 309, AST 81, ALT 109. Serología virus hepatotropos negativos. Ecografía Abdominal: Vesícula biliar de aspecto escleroatrófico, con múltiples colelitiasis. Litiasis de 1,1 cm que parece encontrarse en conducto cístico distal, generando una obliteración del mismo así como una compresión sobre la que parece conducto hepático común. Severa dilatación de vía biliar intrahepática. Hallazgos ecográficos sugestivos de posible Sd. de Mirizzi en contexto de colecistopatía crónica con litiasis intravesiculares. TAC Abdomen: Vesícula escleroatrófica con marcada dilatación de vía biliar intrahepática y conducto hepático común. No clara visualización de las litiasis referidas en la ecografía. Colangio RM: Litiasis en vesícula biliar y conducto cístico con dilatación secundaria de la vía biliar (Sd. Mirizzi). CPRE: Se colocan dos prótesis biliares para drenaje de vía biliar.

Enfoque individual: El paciente no presenta AP de interés ni hábitos tóxicos.

Enfoque familiar y comunitario: Paciente joven con buen ambiente familiar.

Juicio clínico: Colelitiasis con dos litiasis de 13 y 14 mm en conducto cístico con dilatación secundaria de la vía biliar (Síndrome de Mirizzi).

Diagnóstico diferencial: Pancreatitis aguda; Hepatitis; Tumores hepáticos; Tumores de la vía biliar; Coledocolitiasis, Colangitis; Colelitiasis.

Tratamiento, planes de actuación: Se decidió tratamiento quirúrgico, con buena evolución del paciente.

Evolución: El paciente fue sometido a intervención laparoscópica, con buena evolución clínica.

Conclusiones

El síndrome de Mirizzi es una complicación que aparece en aproximadamente el 1% de los pacientes con colelitiasis. Consiste en la impactación de un cálculo en el infundíbulo de la vesícula o el conducto cístico que comprime el conducto hepático común. Cursa clínicamente como ictericia obstructiva. Se diagnostica mediante ecografía abdominal, confirmando mediante colangiopancreatografía retrógrada endoscópica, colangiografía percutánea o colangio-resonancia. Su tratamiento es quirúrgico, pudiendo realizarse por vía laparoscópica o abierta en función de su estadio. Desde la Atención Primaria, estamos obligados a detectar estos casos y saber los criterios de derivación a la atención hospitalaria.

Palabras clave

Ictericia, Mirizzi, Colelitiasis

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Paciente con arteritis de TakayasuAdnani Gulab N¹, Guimerá Manjón V², Espejo Pérez I¹¹ CS Otero. Ceuta² CS Recinto Sur. Ceuta**Ámbito del caso**

Urgencias hospitalarias.

Motivo de la consulta

Dolor intenso en miembro inferior izquierdo y claudicación intermitente.

Historia Clínica

Antecedentes personales: Alérgica a penicilina y codeína. DL, HTA, no DM, epilepsia, arteritis de Takayasu. IQ: Hemorragia cerebral, bypass subclaviocarotídea (por presentar claudicación en miembro superior derecho debido a la arteritis de Takayasu). Tratamiento habitual: Beloquen, tromalit, urbason, ixia, trileptal. Paciente mujer, 56 años, que acude refiriendo dolor intenso de comienzo súbita, de 1 hora de evolución, en región gemelar, maleolar y pretibial izquierda que se incrementa con la deambulación, calmándose en reposo, notándose además el miembro inferior izquierdo con frialdad, palidez y con ausencia de pulso.

Enfoque individual: En este caso cobra gran importancia la exploración comparativa de ambos miembros inferiores: En el miembro inferior izquierdo, a diferencia del derecho, se observa palidez y frialdad de la misma con ausencia de pulso pedio, tibial posterior y poplíteo, estando el pulso femoral presente.

Ante dicha exploración, se solicitó una eco doppler como prueba complementaria, observándose ausencia de flujo en la arteria tibial anterior y la arteria pedía, estando el resto de la circulación arterial con flujo normal.

Enfoque familiar y comunitario: En este caso, es de vital importancia que el entorno familiar y

social del paciente estén alertas ante la aparición y evolución de los actuales síntomas de alarma del paciente.

Juicio clínico: Causas de claudicación intermitente de origen vascular: Arteriopatía periférica con arteriosclerosis, vasculitis de gran/mediano vaso, displasia fibromuscular, síndrome de atrapamiento de la arteria poplíteo.

Tratamiento, planes de actuación: Tras la mejoría espontánea que presentó la paciente, se mantuvo el manejo conservador de la patología (corticoides), manteniéndose siempre una adecuada observación del cuadro clínico de la paciente, no descartándose intervención quirúrgica vascular futura.

Evolución: Durante su estancia en Urgencias, la paciente presentó una evolución favorable de forma espontánea, con recuperación en la coloración y pulsos en el miembro inferior afecto.

Conclusiones

Es muy importante que en el CS tengamos muy en cuenta los síntomas de alarma de claudicación intermitente, para el cual tenemos que hacer una adecuada historia clínica y exploración, basándonos en la misma para saber cuándo derivar al paciente al Servicio de Urgencias, donde se realizarán las oportunas pruebas complementarias y medidas terapéuticas.

Palabras clave

Blood Congenital Surgery

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Tiroiditis subaguda a propósito de un caso

Castillo Calvo G, Matamoros Contreras N, Escribano Tovar AC

*Médico de Familia. CS La Merced. Cádiz***Ámbito del caso**

Urgencias.

Motivo de la consulta

Dolor cervical anterior.

Historia Clínica

Paciente mujer de 54 años que acude a urgencias por fiebre de hasta 38 grados de 10 días de evolución junto con dolor cervical anterior, astenia y nerviosismo. Catarro hace unos 10 días. En tratamiento antibiótico desde hace una semana con Augmentine sin mejoría de los síntomas. No náuseas, vómitos o diarrea. No otra sintomatología.

Antecedentes personales: no alergias medicamentosas conocidas. No factores de riesgo cardiovascular. No patologías de interés. Amigdalotomía hace años. No sigue ningún tratamiento. A la exploración se observa: nerviosismo. Hiperhidrosis en manos. Frecuencia cardíaca: 90lpm, rítmica sin soplos. Murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. A la palpación del cuello: no adenopatías cervicales anteriores ni posteriores, ni supraclaviculares. Ligera contractura de la musculatura cervical posterior. Aumento de tamaño de lóbulos tiroideos sin tumoraciones. Analítica urgencias: PCR 118.6, sin leucocitosis. Fibrinógeno 916.

Enfoque individual: La paciente se encontraba muy preocupada.

Enfoque familiar y comunitario: La paciente es soltera y venía acompañada de una amiga. Sin antecedentes familiares de importancia.

Juicio clínico: Tiroiditis subaguda.

Diagnóstico diferencial: inflamación aguda de la glándula tiroidea, infección vírica: Virus Epstein Barr o CMV o debut de alguna enfermedad autoinmune.

Tratamiento, planes de actuación: se pautó naproxeno 500 mg 1/12h y propranolol 10 mg 1/8h. Se solicitó analítica con VSG, hormonas tiroideas y anticuerpos antitiroideos. Cita con endocrinología.

Evolución: La paciente acude a recoger los resultados, aún persiste la sintomatología de nerviosismo aunque ha disminuido su intensidad con el tratamiento pautado, el dolor cervical anterior ha cedido. En la analítica de control: TSH 0.07, FT4 2.21, FT3 4.54. Anti-receptor TSH, anti-TPO, anti-TG negativos. Gammagrafía tiroidea: se observa baja concentración normal de trazador en el parénquima tiroideo. Se mantuvo el mismo tratamiento y se siguió en CCEE de Endocrinología. La paciente finalizó el tratamiento a las 5 semanas, actualmente se encuentra asintomática.

Conclusiones

Ante un paciente con dolor cervical anterior y fiebre debemos pensar en la tiroiditis. No es una patología de las más usuales en nuestras consultas y por ello el caso de esta paciente nos puede ayudar a acordarnos de esta patología ante un caso similar.

Palabras clave

Tiroiditis, Fiebre, Tiroides

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Itu como principal causante de deterioro del estado general en paciente anciano

Castillo Calvo G, Matamoros Contreras N, Escribano Tovar AC

*Médico de Familia. CS La Merced. Cádiz***Ámbito del caso**

Atención Primaria.

ayuda con algunas tareas. Vida activa. Desde hace 2 días vida cama-sillón.

Motivo de la consulta

Deterioro del estado general.

Enfoque familiar y comunitario: Buen soporte familiar. Vive con una de sus hijas.**Historia Clínica**

Paciente de 86 años que acude a la consulta con sus hijos refiriendo deterioro del estado general de 2 días de evolución. Lo encuentran dormido, con astenia, anorexia. Han notado aumento de diuresis con mal olor. El paciente se encuentra consciente aunque adormilado, aun así no refiere dolor ni molestias. No fiebre termometrada. No otra sintomatología.

Juicio clínico: Infección urinaria. Podemos pensar ante este caso en: deshidratación, ACVA, insuficiencia renal, alteraciones hidroelectrolíticas.

Tratamiento, planes de actuación: Se pauta cefuroxima 500 mg 1 comprimido cada 12 horas durante una semana. Se solicita cultivo de orina previo a comenzar la pauta antibiótica y sistemático de orina. Se cita al paciente en nuestra consulta en unos 5 días para ver **Resultados** y comprobar la evolución.

Antecedentes personales: no alergias medicamentosas. Diabético tipo 2. Hipertenso. Dislipémico. ACVA en 2013 sin secuelas. Hernia umbilical intervenida. Tratamiento habitual: metformina 850 mg 1/24h, simvastatina 20 mg 1/24h, enalapril 5mg 1/24h, AAS 100 mg 1/24h.

Evolución: El paciente volvió a la consulta a los 5 días del comienzo del tratamiento completamente sintomático. Con buen estado general, menos astenia. En el sistemático de orina: hematíes 150, nitritos positivos y leucocitos 500. Lo que junto a la mejoría clínica confirma la sospecha inicial de la infección de orina.

A la exploración afebril, rítmico sin soplos, murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. Abdomen blando y depresible, sin masas ni megalias. No signos de irritación peritoneal. Molestias ligeras a la palpación de hipogastrio. Piernas edematosas sin fovea con signos de insuficiencia venosa crónica. Exploración neurológica normal. Se realiza una tira reactiva: leucocitos ++, nitritos ++, sangre +

Conclusiones

Las infecciones del tracto urinario en pacientes ancianos es uno de los diagnósticos diferenciales a tener en cuenta cuando hay deterioro del estado general repentino sin otra causa que lo justifique.

Enfoque individual: El paciente es parcialmente dependiente para las actividades básicas. Se viste y come solo aunque precisa

Palabras clave

Infección, Orina, Anciano

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Bronquiectasias crónicas: posible cromosomopatía y enfoque multidisciplinarDíaz Fernández M¹, Rodríguez Martínez R², Sánchez García N³¹ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Viator. Almería² MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Plaza de Toros. Almería³ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Nueva Andalucía. Almería**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

Motivo de la consulta

Seguimiento en consulta de pacientes con Bronquiectasias Crónicas.

Historia Clínica

Paciente de 40 años que en el último año presenta dos ingresos por infección de Pseudomona aureginosa. El paciente es independiente para actividades de vida diaria. Oxígeno-terapia durante la noche. Disnea y cansancio por el ejercicio, en ocasiones. Seguido en las consultas de Neumología por Bronquiectasias. Se planteó la posibilidad de trasplante pulmonar (valoración en Córdoba) fue denegado por comorbilidad; sobretodo cardiovascular. Estable actualmente.

Enfoque individual. Antecedentes personales: pie equino, fractura de cadera, talla baja, síndromes bronquiectásico, insuficiencia respiratoria hipoxémica severa, defecto ventilatorio obstructivo muy grave, cor pulmonale con hipertensión moderada. Osteoporosis. Esterilidad. Sospecha de cromosomopatía.

Anamnesis: Varón de 40 años que acude a consulta para seguimiento de su patología, coincidiendo con vacunación de neumococo.

Exploración: buen estado general, eupneico en reposo sin trabajo respiratorio, con saturación de O₂ de 89-90 con aporte de 4 lpm. ACR: tonos rítmicos, soplo eyectivo foco aórtico. MVC disminuido.

Pruebas Complementarias: Analítica: Destaca hipoalbumemia con respecto a anterior. Radiografía de tórax: bronquiectasias difusas bilaterales.

Enfoque familiar y comunitario: Independiente, vive con su mujer.

Juicio clínico: Síndrome Bronquiectásico bilateral, Insuficiencia respiratoria global, defecto ventilatorio obstructivo, osteoporosis, desnutrición, talla baja.

Diagnóstico diferencial: Fibrosis Quística, déficit de alfa-1 antitripsina, cromosomopatía.

Identificación de problemas: Enfoque multidisciplinar del paciente. Seguimiento de patología crónica en consulta. Diagnóstico precoz de reagudizaciones. Valoración nutricional.

Tratamiento: Seretide 125: 2 inhalaciones si dificultad respiratoria. Atrovent: 3 inhalaciones cada 8 horas. Ventolin: 2 inhalaciones si dificultad respiratoria. Acetilcisteína 600: un comprimido al día. Complementación proteica. Ejercicios de Rehabilitación respiratoria.

Plan de Actuación: Analítica cada 6 meses. Vacunación de pneumococo. Valoración nutricional. IMC, Espujo: Calidad, cantidad. Cultivo de espujo en control y reagudizaciones. Saturación de oxihemoglobina. Calidad de vida (cuestionario de St George), disnea. Espirometría anual.

Evolución: El paciente se encuentra estable, con buena aceptación de su enfermedad y llevando una vida lo más activa posible.

Conclusiones

Las Bronquiectasia Crónica produce pérdida de la capacidad funcional del paciente. El enfoque multidisciplinar y la prevención de reagudizaciones son claves para el manejo.

Palabras clave

Bronquiectasias, Cromosomopatía, Enfermedades Crónicas

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Doctora, esto no es vértigo

Pirla Santiburcio N, Muriedas FernándezPalacios M

Médico de Familia. CS Olivar de Quinto. Sevilla

Ámbito del caso

Urgencias hospitalarias.

Motivo de la consulta

Dificultad en el habla.

Historia Clínica

Paciente que acude a urgencias por dificultad en el habla tras varios episodios de sensación de giro de objetos en el último mes catalogados como cuadros de vértigo.

Enfoque individual. Antecedentes personales: Hipertensión arterial (HTA). Fibromialgia. Hace dos meses, visita a urgencias con síntomas similares diagnosticado como episodio de vértigo. Hace 4 días nuevo episodio, clasificado como vértigo.

Anamnesis: Acude por cuadro de sensación de giro de objetos, acompañado de náuseas y vómitos. Además, ha ido empeorando desde su última visita hace 4 días y asociándose a disartria. En tratamiento con metoclopramida y dogmatil, los cuáles no ha cesado la sintomatología.

Exploración: física general y por aparatos normal, incluida la exploración neurológica.

Pruebas complementarias: Se solicita electrocardiograma (ECG), radiografía (Rx) de tórax, analítica completa y Tomografía Axial Computarizada (TAC) craneal. El ECG y la Rx de tórax fueron normales, la analítica tuvo mínimas alteraciones no relevantes. En el TAC craneal se nos informó de un hematoma intraparenquimatoso cerebeloso derecho, de aproximadamente 7 cms.

Enfoque familiar y comunitario: La paciente acudió todas las veces acompañada de su hija, la cuál era sanitaria (enfermera). Fue ella la que insistió en volver a acudir a los servicios de Urgencias, a pesar de tener los mismos síntomas, dado sus conocimientos en el ámbito sanitario y la asociación que pueden tener los síntomas neurológicos como la disartria con casos de accidentes cerebrovasculares.

Juicio clínico: hematoma intraparenquimatoso cerebeloso derecho.

Diagnóstico diferencial: en este caso con un cuadro de vértigo periférico.

Identificación de problemas: rebatir el diagnóstico realizado por otro compañero a pesar de tener prácticamente la misma sintomatología y estar asintomática en consulta.

Tratamiento, planes de actuación: Revisión del tratamiento antihipertensivo y seguimiento por Neurología, que cursa ingreso en planta.

Evolución: Buena evolución, sin secuelas.

Conclusiones

La aplicabilidad de este caso para la Medicina Familiar y Comunitaria se basa en la importancia de realizar las pruebas complementarias correspondientes según la clínica del paciente, para poder establecer un diagnóstico de certeza y realizar un abordaje multidisciplinar entre las distintas especialidades involucradas.

Palabras clave

Vértigo, Ictus, Urgencias

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Doctor, me siento cansada

Becerra Esteban P

*MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Las Delicias. Jerez de la Frontera (Cádiz)***Ámbito del caso**

Atención Primaria- CS y Hospital Consultas.

Motivo de la consulta

Astenia.

Historia Clínica

Paciente de 55 años que acude por astenia y malestar general.

Enfoque individual. Antecedentes personales: No alergias, no hábitos tóxicos, Artritis Reumatoide sin tratamiento actual, Hipertensión arterial en tratamiento.*Anamnesis:* Paciente de 55 años que consulta por astenia y malestar general desde hace dos semanas.*Expiración física:* Consciente y orientada en tiempo y espacio. Leve palidez cutánea y sequedad de mucosas. Abdomen blando y depresible sin signos de irritación peritoneal ni palpación de masas o megalias. A la exploración de miembro superior observamos dificultad en elevación de brazo izquierdo, movilidad y sensibilidad conservadas, exploramos axila y cuello sin alteraciones. *Analítica:* HB 9.6 mg/dl, VCM 105. Ante los hallazgos se pide segunda analítica con anticuerpos anti factor intrínseco (positivos) y Vitamina B12 130 pg/dl. Se pauta tratamiento con vitamina B12. A las tres semanas, vuelve a consultar por dificultad a la marcha y debilidad en brazo izquierdo. Además refiere cefalea de origen diurno y que cesa a lo largo del día sin toma de medicamentos. Exploración neurológica: se confirma pérdida de sensibilidad en miembro superior izquierdo, déficit a la movilidad activa, no déficit a la movilidad pasiva, fuerza 3/5. Marcha atáxica con Romberg dudosamente positivo, marcha en tándem negativa. Reflejos

osteotendinosos conservados, pupilas normorreactivas a la luz. Se realiza radiografía cervical: sin alteraciones. Control analítico: HB 10.4 mg/ dl, cobalamina 160 pg/ml. Ante los signos y síntomas descritos, en proceso de recuperación de niveles de hemoglobina y cobalamina se remite a Neurología y se realiza resonancia magnética: Glioblastoma parietooccipital izquierdo.

Enfoque familiar y comunitario: Buena relación de pareja y familiar.*Diagnóstico diferencial:* Ataxia por déficit de B12. Esclerosis múltiple. Neoplasia. Cerebelitis.*Juicio clínico:* Anemia megaloblástica-Anemia perniciosa. Hipertensión arterial. Artritis Reumatoide. Glioblastoma parietooccipital izquierdo.*Tratamiento, planes de actuación:* Radioterapia.*Evolución:* Se encuentra realizando tratamiento.**Conclusiones**

Es importante una buena exploración física, no centrándonos solo en el síntoma por el que el paciente consulta. En este caso la afectación nerviosa podría haberse atribuido a la anemia perniciosa que presentaba la paciente, y aunque ésta estaba recuperándose haberle realizado nuevamente la exploración e indagar en la aparición de nueva sintomatología fue relevante para pedir una interconsulta con Neurología.

Palabras clave

Anemia, Glioblastoma, Ataxia

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Complicaciones posquirúrgicas tardías

Correa Gómez V

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

Ámbito del caso

Atención Primaria, Urgencias.

Motivo de la consulta

Dolor abdominal, vómitos.

Historia Clínica

Mujer de 74 años, acude a Médico de Familia por epigastralgia de 2 días de evolución asociado a náuseas y vómitos, que le impiden realizar ingesta alguna.

Enfoque individual. Antecedentes personales: hipertensión y hernia hiatal. Intervenciones quirúrgicas: apendicectomía. Tratamiento: Valsartán/Hidroclorotiacida, Pantoprazol y Metamizol. Sin alergias medicamentosas ni hábitos tóxicos de interés. Refiere dolor intermitente a nivel de meso-epigastrio que irradia al resto de abdomen. Asociado a náuseas y vómitos. Sin alteraciones del ritmo intestinal, última deposición ayer, sin presencia de productos patológicos. No regurgitaciones. Ventoseo escaso. No síntomas miccionales. Febrícula (37.4°C).

La exploración con regular estado general con abdomen globuloso, blando y depresible. Dolor a la palpación generalizado. Percusión timpánica generalizada. Ruidos hidroaéreos aumentados, pero no metálicos. No signos de peritonismo. Tensiones de 90/50 mmHg. Resto de exploración sin hallazgos de interés.

Enfoque familiar y comunitario: Casada, con 4 hijos. Sin problemas en el ámbito familiar. No asidua a consulta Médica.

Juicio clínico: Como primera impresión parece un cuadro de gastroenteritis, pero además de

vómitos presenta un abdomen muy globuloso y timpanizado junto a movimientos de lucha intestinal. Esto asociado a los antecedentes quirúrgicos puede sospechar de cuadro oclusivo intestinal a causa de alguna brida posquirúrgica.

Tratamiento, planes de actuación: Se decide derivar a Urgencias hospitalarias para reposición hidrosalina intravenosa y realización de pruebas complementarias que descarten cuadro oclusivo.

Evolución: En urgencias se inicia sueroterapia. Analítica sanguínea: creatinina 1.56 mg/dl, urea 93 mg/dl, resto normal. Radiografía de abdomen en decúbito supino: distensión asas de intestino Delgado heces en marco cólico y ampolla rectal. Radiografía en bipedestación: niveles hidroaéreos a nivel de intestino delgado. Se le ponen enemas de limpieza sin ser efectivos y es valorada la existencia de brida dado a los antecedentes quirúrgicos. A las horas de evolución clínica comienza con deposiciones y tras ver mejoría radiológica se decide alta.

Conclusiones

Las causas más frecuentes de obstrucción intestinal son las bridas, seguidas de hernias incarceradas, neoplasias o impactación fecal. El manejo terapéutico inicial debe ser conservador, en el 75% de los casos hay mejoría sin necesidad de cirugía, como fue el caso de esta paciente.

Palabras clave

Abdominal Pain, Flange, Pseudoobstruction

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Mareos de repetición que nos llevan de la imagen al diagnósticoGonzález Rodríguez S¹, Machio Sosa I¹, Florencio Sayago M²¹ Médico de Familia. CS Pino Montano A. Sevilla² Médico de Familia. CS Pino Montano B. Sevilla**Ámbito del caso**

Mixto: Atención Primaria, Endocrinología. Caso multidisciplinar.

Motivo de la consulta

Mareos y sensación de inestabilidad de forma repentina y continuada de 2 meses de evolución que cedían parcialmente con Betahistina.

Historia Clínica

Antecedentes personales: Paciente mujer de 48 años, sin alergias medicamentosas, ni consumo de tóxicos, no intervenciones quirúrgicas. Hipotiroidismo, ciática, cólicos nefríticos. Tratamiento habitual: Eutirox 88 mgr. 1 comprimido al día.

Anamnesis: Acude por presentar cuadro de mareos de forma continuada desde hace dos meses. Se realiza radiografía cervical donde se evidencian signos de cervicoartrosis e imagen en región anterior de cuello de aspecto acinar con calcificaciones. Solicitamos Ecografía tiroidea y estudio de hormonas tiroideas.

Exploración: dolor a la palpación de trapecio derecho y calambres en mano derecha, resto normal.

Pruebas complementarias: EKG ritmo sinusal 80 lpm. *Analítica:* TSH 1,5mU/ml, T4L 1.06ng/dl. En ecografía se evidencia nódulo tiroideo derecho y adenopatía laterocervical derecha. PAAF adenopatía: metástasis adenocarcinoma en ganglio linfático. Mamografía: negativa (BIRADS 1). RMN: no adenopatías axilares ni cadenas mamarias. TAC contraste y PET: numerosos nódulos calcificados en LT derecho e imagen nodular hipercaptante de 2 cm en espacio laterocervical derecho.

Enfoque individual: Casada y con dos hijos. Secretaria en una pequeña empresa.

Enfoque familiar y comunitario: Familia nuclear. Interacción social positiva y buen soporte familiar. Vive en barrio de clase media-baja.

Juicio clínico: Carcinoma papilar de tiroides con metástasis cervical derecha sin invasión vascular.

Diagnóstico diferencial: nódulos benignos de tiroides, neoplasia folicular, adenoma trabecular hialinizante, cambios por irradiación.

Identificar y enfocar el problema con la mayor rapidez, hacer un buen diagnóstico diferencial para posibles vías de tratamiento.

Tratamiento, planes de actuación: Tiroidectomía total y vaciamiento cervical derecho. Posterior tratamiento con yodo radiactivo en habitación blindada, bien tolerado (inflamación submaxilar). Rastreo post-tratamiento: se visualiza el resto en cara anterior con actividad fisiológica nasal e intestinal.

Evolución: Tras ecografía tiroidea de control se observa tejido paratraqueal izquierdo que sugiere resto tiroideo de 5x4 mm. No se identifican nódulos u otros hallazgos significativos. Actualmente la paciente está a la espera de ser intervenida nuevamente.

Conclusiones

La aplicabilidad de este caso para la Medicina de Familia y Comunitaria radica en la importancia de la realización de una buena anamnesis, exploración física detallada e interpretación de pruebas radiológicas simples para la correcta orientación diagnóstica y derivación necesaria para el manejo terapéutico precoz.

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Angina de Ludwig

Bermúdez Torres FM¹, Salva Ortiz N², González Contero L²¹ Médico de Familia. UCCU Arcos de la Frontera. Cádiz² Médico de Familia. Urgencias Hospital San Carlos. Cádiz**Ámbito del caso**

Atención Primaria y urgencias extrahospitalaria/hospitalaria.

Motivo de la consulta

Odinofagia, disnea y malestar general.

Historia Clínica

Varón de 46 años, sin alergias y con antecedentes de hipertensión; que acude a consulta por odontalgia y flemón dentario, siendo tratado con antibioterapia empírica. A los tres días de tratamiento presenta odinofagia y malestar general. Se despierta con dificultad respiratoria, sudoración y ruidos respiratorios por lo que es valorado por DDCU, y siendo trasladado al Hospital. Durante su traslado presenta estridor importante, e hipoxemia, sufriendo parada cardiorrespiratoria. Se consigue una difícil intubación orotraqueal, y tras reanimación cardiopulmonar avanzada durante 15 min se obtiene pulso eficaz, e ingresa en la unidad de cuidados intensivos para ventilación mecánica y estabilización.

Exploración al ingreso: tensión arterial 110/55 mmHg, frecuencia cardiaca 130 lat/min, saturación 95%, Glasgow 6/15. Cavidad oral con boca séptica, masa con induración sublingual. Tono muscular disminuido, y reflejo cutáneo plantar extensor bilateral, siendo el resto de la exploración anodina.

Pruebas complementarias: Analítica con leucocitosis neutrofilia, elevación de proteína C reactiva y acidosis láctica. TAC cervicotorácico: aire en región del suelo de la boca, espacios perifaríngeos y mediastino superior, sin apreciarse colecciones. Interconsulta a

cirugía: desestiman la intervención quirúrgica por ausencia de colecciones y la situación de coma.

Enfoque individual: Paciente joven y deportista. Policía nacional de profesión.

Enfoque familiar y comunitario: Casado con un hijo de 9 años. Buen apoyo familiar y buena red social.

Juicio clínico: Obstrucción de vía aérea por Angina de Ludwig.

Tratamiento, planes de actuación: Tratamiento con piperacilina-tazobactam, intubación orotraqueal con posterior traqueostomía tras diez días de estancia en UCI.

Evolución: Se completó tratamiento antibiótico y adiestramiento de la familia, para la situación ambulatoria de un paciente con encefalopatía hipóxica irreversible,

Conclusiones

La angina de Ludwig es la infección bilateral del espacio submandibular y base de la lengua que más compromete la vía aérea debido a su progresión rápida y silenciosa. El foco principal generalmente es infección del 2º y 3º molar mandibular, por lo que es necesario pensar en esta entidad ante todo paciente con odontalgia por las complicaciones que pueden derivarse de esta patología.

Palabras clave

Odynophagia, Dyspnoea, Angina

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Una viriasis no tan banalTrillo Díaz EM¹, Aldeanueva Fernández C², Tomás Monroy L³¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Vélez Norte. Málaga² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Torre Del Mar. Málaga³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Vélez Sur. Málaga**Ámbito del caso**

Urgencias hospitalarias.

Motivo de la consulta

Fiebre, decaimiento.

Historia Clínica

Mujer de 47 años, sin alergias medicamentosas. *Antecedentes personales:* diabetes, hipertensión. Tratamiento habitual con metformina, indapamida. Vida activa. Refiere fiebre de hasta 39.5°C, dolor de garganta, tos y artromialgias de una semana de evolución. Desde ayer la familia la nota decaída, bradipsíquica, desorientada.

Exploración: Tensión arterial 101/54 mmHg. Saturación oxígeno no capta, posteriormente con oxígeno al 28%: 88%. Afebril. Consciente, alerta, responde a preguntas sencillas. Mal estado general. Cianosis labial. Sequedad de mucosa oral. Leve taquipnea. Obesa. Auscultación cardiopulmonar: rítmica a buena frecuencia. Hipoventilación global, algún sibilante espiratorio, soplo tubárico en campo medio izquierdo. Abdomen doloroso de forma generalizada, sin irritación peritoneal.

Pruebas complementarias: Radiografía tórax: infiltrado alveolar bilateral hasta campos superiores. *Analítica:* HB 8.3, leucocitos 9730 (N 90%). Glucosa 808, creat 2.68, Na 127, PCR 311. Gasometría venosa: pH 7.17, HCO₃ 14. Antigenuria Legionela y Neumococo negativa. Se extraen hemocultivos y se pide serología virus gripe A.

Enfoque familiar y comunitario: Vive con su marido. Tiene 3 hijos.

Juicio clínico: Neumonía bilateral comunitaria grave. Shock séptico. Cetoacidosis diabética.

Tratamiento, planes de actuación: Pasa a observación. Se pauta antibioterapia (ceftriaxona+levofloxacino). Valorada por UCI, es ingresada.

Evolución: Hipotensa, taquicárdica, taquipneica, con crepitantes bilaterales. Se procede a intubación orotraqueal, se coge vía central y se pautan noradrenalina, perfusión de insulina, bicarbonato y oseltamivir. A pesar de medidas adoptadas, persiste con saturaciones bajas en torno 55%, febril e inestable hemodinámicamente. Presenta desaturación progresiva con shock refractario a tratamiento, produciéndose éxitus. PCR influenza a-H1N1 positivo.

Conclusiones

Paciente joven con factores de riesgo (diabetes, hipertensión, obesidad), que a pesar del mal estado general viene por medios propios a urgencias, y en la que se podría haber sospechado una infección respiratoria banal, pero que el estado general, pruebas y evolución nos hicieron sospechar una neumonía grave viral. Destacar por tanto la importancia de reconocer signos de gravedad en infecciones como cianosis, hipotensión, taquicardia y actuar en consecuencia con rapidez. Y recalcar la importancia de promocionar y llevar a cabo la prevención Primaria de la gripe con la vacunación, sobre todo en pacientes con factores de riesgo, porque en ocasiones pueden presentar una infección grave, como es el caso presentado. La paciente resultó no estar vacunada.

Palabras clave

Fever, Cough, Confusion

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

¿Simplemente una amigdalitis aguda?Narváez Martín AI¹, Ríos Carrasco MJ², Alves Martins AF³¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Marchena. Sevilla² Médico de Familia. CS Cartaya. Huelva;³ Médico de Familia. CS Marchena. Sevilla**Ámbito del caso**

Atención Primaria y hospitalaria.

Motivo de la consulta

Odinofagia, fiebre alta y dolor abdominal.

Historia Clínica

Hombre de 22 años que acude a urgencias hospitalaria por empeoramiento de su estado general tras llevar tres días con antibioterapia y analgesia por cuadro de amigdalitis aguda, sin encontrar mejoría, con aumento de la fiebre sumándose dolor abdominal y astenia.

Enfoque individual: No presenta antecedentes personales de interés.

Exploración: buen estado general, sudoroso, normocoloreado. Auscultación cardiorrespiratoria normal. En abdomen no se palpan megalias. En la exploración de orofaringe presenta amígdalas con exudado y adenopatías cervicales.

Pruebas complementarias: *Analítica:* Hemograma y coagulación dentro de la normalidad. En bioquímica destaca GOT 209,8 U/L con PCR 11,37. Se solicita analítica reglada con serología para virus de Epstein Barr (EBV) siendo IgM anti-VCA EBV, IgG anti-VCA EBV e IgG antiEBNA EBV positivos y Citomegalovirus (CMV) negativo.

Enfoque familiar y comunitario: Padres sanos sin antecedentes de interés. Familia desplazada desde país de origen que realiza viajes frecuentes.

Juicio clínico: Sospecha de Mononucleosis infecciosa, siendo confirmada con analítica reglada. *Diagnóstico diferencial:* con infección por CMV.

Tratamiento, planes de actuación: Se retira antibioterapia y se trata cuadro sintomático con control analítico de función hepática, así como de anticuerpos.

Evolución: Pasados unos días el paciente acude nuevamente a urgencias, presentando mal estado general junto con dolor abdominal e ictericia, a la exploración hepatomegalia, se realiza analítica observándose Bilirrubina total en 6,7 mg/dl, GOT 2131 U/L, LDH 1540 U/L, con coagulación con INR 1,3 y actividad de protrombina 65%, TP 15, 8 segs, TPTA 35 segs. Se realiza ecografía que sugiere de hepatopatía sin obstrucción biliar. Se decide ingreso ante el diagnóstico de Hepatitis aguda. Se realiza nueva serología para virus hepatotropos siendo positivo IgM Virus Hepatitis A.

Juicio clínico: Hepatitis Aguda por virus Hepatitis A sin poder descartarse concomitancia por Epstein Barr.

Conclusiones

Ante un cuadro de amigdalitis aguda sin mejoría tras antibioterapia debemos realizar el diagnóstico diferencial con mononucleosis infecciosa siendo necesario realizar analítica con función hepática y serología. Puede cursar con astenia, diaforesis, hepatoesplenomegalia, fiebre alta. De manera infrecuente se presenta como hepatitis aguda. Hay que tener en cuenta que el tratamiento con amoxicilina tiende a desencadenar erupción pruriginosa maculopapular.

Palabras clave

Infectious Mononucleosis, Hepatitis, Tonsillitis

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Astenia en adolescente

García Prat M, Delgado Vidarte A, Pardo Álvarez J

¹ Médico de Familia. CS El Torrejón. Huelva**Ámbito del caso**

Atención Primaria, atención hospitalaria, atención multidisciplinar.

Motivo de la consulta

Acude en varias ocasiones a la consulta por astenia y cansancio, con pérdida de peso, pérdida de cabello abundante y artralgias en muñecas y rodillas. Tras analítica general se diagnostica de Hipotiroidismo subclínico y se inicia tratamiento con L-tiroxina. Al mes acude a la consulta por persistencia de los síntomas, una lesión en paladar no dolorosa y exantema facial que relaciona con un balonazo previo y refiere haber tratado con diversas cremas sin efecto.

Historia Clínica

Mujer de 14 años. No RAMs. En 2013: hematomas espontáneos con plaquetopenia diagnosticado de posible trombopenia secundaria a viriasis, con normalización posterior.

Exploración: Buen estado general, bien hidratada y perfundida. Se observa un eritema facial en alas de mariposa. Cavidad oral: Afta en paladar duro de unos 2x1,5 cm. Exploración cervical: No se palpan bocio ni adenopatías valorables. ACR: rítmico a buena frecuencia. Sin soplos. Buen murmullo vesicular sin ruidos sobreañadidos. Abdomen blando depresible no doloroso. Sin masas ni megalias.

MMII: No livedo reticularis. Sin edemas. Pulsos conservados. Dolor a la movilización de carpos, tobillos y rodillas.

Pruebas complementarias: Analítica: HB 10,8g/dl, VCM 86.6 fL, ferritina 162ng/ml,

leucocitos 4.450, plaquetas 155.000. TSH: 6,9, T4: 1,26. ANAs positivos a título 1/640, Ac antiDNA negativos, Ac anti-Sm positivos, Ac anti-RNP positivos, Ac anti-beta2-GP1 positivos, Anticardiolipinas negativas.

Enfoque familiar y comunitario: La familia busca apoyo en La Asociación de Lupus. Su madre acude a nuestra consulta preocupada por el estado anímico de la paciente, adolescente que sufre grandes cambios físicos.

Juicio clínico: Lupus eritematoso sistémico (LES). Anemia de trastornos crónicos.

Tratamiento, planes de actuación: AINE+ corticoides en dosis bajas + Hidroxicloroquina + protección solar.

Evolución: Ingresó por una miopericarditis lúpica por la que se aumentó la dosis de esteroides. En diversas ocasiones la paciente adolescente acude a la consulta muy afectada por su estado físico: ganancia de peso con facies cushingoide, livedo reticularis y signo de Raynaud.

Conclusiones

El LES es una enfermedad con diversos síntomas y complicaciones que necesita de una atención integral y multidisciplinar. Es importante el seguimiento conjunto entre Atención Primaria y otras especialidades Médicas. En el caso del adolescente necesita de una atención más cercana y continuada pues está sometido a cambios importantes a nivel corporal, psicológico y social.

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Neumomediastino espontáneoBermúdez Torres FM¹, Salva Ortiz N², González Contero L²¹ Médico de Familia. UCCU Arcos de la Frontera. Cádiz² Médico de Familia. Urgencias Hospital San Carlos. Cádiz**Ámbito del caso**

Urgencias extrahospitalarias y hospitalarias.

Motivo de la consulta

Odinofagia y disnea.

Historia Clínica

Paciente varón de 33 años de edad, sin hábitos tóxicos conocidos, ni enfermedades de interés, es atendido por odinofagia, ligera disfonía y sensación disneica de aparición súbita de unas horas de evolución. No presenta dolor torácico ni otra clínica acompañante.

Exploración física: Buen estado general, consciente, orientado y colaborador. Bien hidratado y normoperfundido. Tensión Arterial 100/85. Saturación de oxígeno 97%. Temperatura 36.3°C Frecuencia Cardíaca 98 latidos por minuto. No adenopatías. No lesiones dérmicas. Enfisema subcutáneo en región paravertebral cervical anterior y supraclavicular derecha. Faringe ligeramente hiperémica sin focos exudativos. Otoscopia bilateral anodina. No dolor a la presión sobre senos frontales, etmoidales ni maxilares. Auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen anodino. Extremidades inferiores sin edemas.

Pruebas complementarias: Analítica completa normal. Radiografía de tórax: signos de enfisema cervicolateral derecho y en región supraclavicular sin observar signos radiológicos de neumotórax ni fracturas costales. TAC cervico-torácico: signos de neumomediastino

que se extiende a región cervical posterolateral derecha y que caudalmente comienza a nivel de la unión gastroesofágica, sin que se aprecien signos de mediastinitis ni de perforación esofágica o de víscera hueca, que podría ser secundario a neumomediastino espontáneo primario.

Enfoque individual: Paciente joven, sano, sin antecedentes.

Enfoque familiar y comunitario: Soltero, vive con sus padres. Buena red social.

Juicio clínico: Neumomediastino espontáneo.

Diagnóstico diferencial: faringitis, amigdalitis, neumotórax, infección respiratoria.

Tratamiento, planes de actuación: Ingreso hospitalario con reposo, analgesia y oxigenoterapia.

Evolución: favorable. Asintomático al alta.

Conclusiones

La aplicabilidad para la medicina de familia es la importancia de una correcta exploración y la correcta lectura de radiografía de tórax, donde puede haber hallazgos que pasen desapercibidos.

Palabras clave

Subcutaneous Emphysema,
Pneumomediastium, Odynophagia

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Mialgias como síntoma inicial de carcinoma de tiroides. A propósito de un casoSánchez Sánchez A¹, Sánchez García MC², Peñato Luengo A³¹ Médico de Familia. DS Sevilla Sur. Sevilla² Médico de Familia. CS Alcalá de Guadaira. Sevilla³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Don Paulino García Donas. Alcalá de Guadaira (Sevilla)**Ámbito del caso**

Atención Primaria y Hospitalaria.

Motivo de la consulta

Dolores en antebrazos y manos.

Historia Clínica

Antecedentes personales: Hipertensión arterial de 2 años de evolución, lumbalgias mecánicas, apendicectomizada. Pirosis y reflujo gastroesofágico. Tratamiento: Losartán.

Anamnesis: Mujer de 58 años que consulta por dolores musculares en antebrazos y manos, con parestesias ocasionales de unas 2 semanas de evolución, con síntomas más intensos en miembro superior izquierdo. Trabajadora de limpieza.

Exploración física: Aumento de tamaño de lóbulo tiroideo derecho con dudoso nódulo desplazable 1-2 cm.

Pruebas complementarias: En estudio radiológico de miembro superior sin alteraciones. En analítica inicial calcio 11.2 mg/dl, TSH 0.01 y VSG 17. Se confirma hipercalcemia en nueva analítica (Ca10.8 mg/dl), con TSH 0.01, T3L 4.21 y PTH 112. 1. Se deriva a endocrinología para completar estudio. Solicitándose ecografía apreciándose bocio multinodular con 3 nódulos, en lóbulo derecho dos nódulos siendo el craneal hipoeoico y con calcificaciones, con alta sospecha de malignidad, al que se realiza PAAF que muestra atípica de significado incierto (T3). La gammagrafía detecta dudoso nódulo frío en polo superior de lóbulo derecho sobre bocio difuso. Otra nueva analítica confirma hiperparatiroidismo primario con déficit de vitamina D asociado. Los valores de calciuria son muy elevados. Se solicitan calcitonina, catecolaminas en orina de 24 h y gammagrafía

de paratiroides (Tc 99 MIBI)-SPECT-TC de paratiroides.

Enfoque familiar y comunitario: Viuda desde hace un año, vive con sus dos hijos.

Juicio clínico: Bocio multinodular pretóxico. Hiperparatiroidismo primario. Carcinoma papilar de riesgo intermedio (T3NxMx).

Diagnóstico diferencial: de una hipercalcemia incluye hiperparatiroidismo primario (como causa más frecuente), tratamiento con litio, hipercalcemia hipocalciúrica familiar, enfermedades malignas, aumento del recambio óseo, intoxicación por vitamina D, sarcoidosis y enfermedades granulomatosas, Addison e insuficiencia renal, intoxicación por aluminio, etc.

Tratamiento, planes de actuación: Se interviene de tiroidectomía total y paratiroidectomía superior derecha. Se pauta con levotirosina.

Evolución:

Se normaliza la calcemia, pendiente de medicina nuclear para tratamiento ablativo de restos con Thyrogen y rastreo posterior para identificar posibles adenopatías.

Conclusiones

El estudio de síntomas inespecíficos llevo a la detección de una hipercalcemia, que siempre debe comprobarse y estudiarse desde Atención Primaria inicialmente con determinación de PTH y estudios complementarios por ser un síntoma guía de numerosas patologías.

Palabras clave

Thyroid Carcinoma, Cancer, Myalgia

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

A propósito de un caso: neutropenia por tóxicosNarváez Martín AI¹, Alves Martins AF¹, Ríos Carrasco MJ²¹ Médico de Familia. CS Marchena. Sevilla² Médico de Familia. CS Cartaya. Huelva**Ámbito del caso**

Atención Primaria y hospitalaria.

Motivo de la consulta

Infección bucal junto con fiebre y astenia marcada.

Historia Clínica

Mujer de 23 años que acude a urgencias hospitalaria por presentar neutropenia en analítica realizada en atención Primaria en el contexto de enfermedad bucal junto con fiebre y astenia marcada que no mejora tras antibioterapia y analgesia.

Enfoque individual: Antecedentes personales de cefalea recurrente que trata con metamizol y antiinflamatorios e infecciones frecuentes en quiste sacro. Refiere infección bucal de dos semanas de evolución que no mejora tras tratamiento con Espiramicina/Metronidazol y Metamizol.

Exploración: Buen estado general, normocoloreada y eupneica. En la exploración oral presenta lesión excrecente no supurada en último molar inferior izquierdo. Presenta adenopatía preAuricular izquierdo. Auscultación cardiorrespiratorio y exploración abdominal normal.

Pruebas complementarias: *Analítica:* Hemograma: Hemoglobina 11,8 g/dl leucocitos 1,88 mil/mm³ (menos 100/mcL), plaquetas 196 mil/mm³. Coagulación dentro de la normalidad. Bioquímica sin alteraciones. PCR 61.08. Radiografía de tórax: sin hallazgos patológicos. Frotis de sangre periférica: leucopenia con severa neutropenia, sin que en la valoración de la morfología de sangre periférica se advierta la presencia de blastos. Normalidad de hemoglobina, plaquetas y LDH

por lo que impresiona como cuadro reactivo de probable origen farmacológico o infeccioso.

Enfoque familiar y comunitario: Vive con sus padres, sanos, en un ambiente rural.

Juicio clínico: Neutropenia reactiva de probable origen tóxico: Agranulocitosis por Espiramicina/Metronidazol y/o Metamizol.

Diagnóstico diferencial: con neutropenia reactiva por infección.

Tratamiento, planes de actuación: Ingresa en Medicina Interna, retirando toda medicación presente actualmente, administrándose factor estimulante de colonias de granulocitos (G-CSF) y realizando revisiones posteriormente con hematología tras alta.

Evolución: Se produce la resolución del proceso infeccioso sin antibioterapia, encontrándose su analítica al alta con leucocitos 8100 (neutrófilos 5490 /mcL) y PCR 5. Realizando revisión de las analíticas en los últimos 10 años la paciente presenta datos de neutropenia leve ocasional, oscilando entre controles normales y otros con valores entre 1000-14000 /mcL.

Conclusiones

Las causas más frecuentes de neutropenia son secundarias a fármacos o infecciosas. Cualquier fármaco puede producir neutropenia, dentro de los más usados encontramos los antiinflamatorios y algunos antibióticos como la amoxicilina. La clínica cursa con fiebre, malestar y signos focales de infección siendo frecuentes en mucosa orofaríngea.

Palabras clave

Neutropenia, Drugs, Agranulocytosis

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Y la piedra, ¿de dónde sale?

Jódar Sánchez JM¹, Rodrigo Molina MM², Martínez Diz S³

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria.

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Huétor Tájar. Granada

³ Médico de Familia. CS La Zubia. Granada

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivo de la consulta

Tumoración en partes blandas.

Historia Clínica

Paciente de 89 años que acude a consulta de Atención Primaria por presencia de "placa dura" en glúteo derecho de seis meses de evolución. No fiebre termometrada ni otra sintomatología asociada.

Enfoque individual: Antecedentes personales: diabetes mellitus ii, insuficiencia renal crónica moderada por nefropatía diabética; hipertensión arterial.

Exploración física: buen estado general, consciente y orientada en las tres esferas. Caquéctica. Abdomen: blando y depresible, no doloroso. No masas ni megalias. Puño percusión renal bilateral negativa. No signos de irritación peritoneal. ACR: rítmicos con soplo polifocal sistólico, murmullo vesicular conservado. En glúteo derecha se palpa tumoración pétreo de 3x4 cm con color negruzco firme en superficie. No úlceras ni adenopatías. Presencia de pulso femoral simétrico.

Pruebas complementarias: Analítica con función renal, metabolismo calcio-fósforo, PTH y TSH: todo normal salvo filtrado glomerular 50 ml/min; Ca 14,5mg/dl; P 4,5mg/dl. Marcadores de procesos de autoinmunidad: negativos. Radiografía tórax: Normal. Radiografía sacro: calcificación en partes blandas. *Ecografía:* imagen hiperecogénica de 3x4 cm con sombra posterior.

Enfoque familiar y comunitario: La familia de la paciente presentaba ansiedad ante la sospecha de malignidad del cuadro.

Juicio clínico: Calcinosis metastásica (IRC en paciente con nefropatía diabética).

Diagnóstico diferencial: hipervitaminosis D; Síndrome alcalino-láctico; Sarcoidosis; Neoplasia; Enfermedad tejido conjuntivo.

Tratamiento, planes de actuación: El tratamiento quirúrgico no se realiza sistemáticamente; solo indicado por dolor, infecciones recurrentes, ulceraciones e impotencia funcional. Por las condiciones de la paciente se debe valorar como tratamiento medidas higiénico Dietéticas para evitar complicaciones.

Evolución: No se debe realizar biopsia diagnóstica, ante la duda con otro posible diagnóstico se debe extirpar completamente y analizarlo por el alto riesgo de ulceración. Realizando una serie de medidas físicas para evitar complicaciones el pronóstico a medio-largo plazo es bueno.

Conclusiones

Los pacientes pluripatológicos son vulnerables de presentar variadas complicaciones, que van en desmedro de su calidad de vida. Las alteraciones metabólicas son una de ellas, presentándose en forma lenta y progresiva, donde la prevención, pesquisa y derivación oportuna es una tarea imprescindible para el Médico de Atención Primaria. Se debe tener en cuenta que coexisten múltiples factores de riesgo, los cuales en conjunto deben ser abordados precozmente para realizar intervenciones que puedan prevenir las complicaciones que a largo plazo presentaran riesgos de mayor magnitud.

Palabras clave

Nefropatía, Litiasis, Iones

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Poliartritis. La importancia de la artrocentesis diagnósticaDíaz Muñoz M¹, Cabello Romero A², Lagares Alonso JF³¹ CS El Almorón. Écija (Sevilla)² MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Virgen del Valle. Écija (Sevilla)³ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Almorón. Écija (Sevilla)**Ámbito del caso**

Atención Primaria + atención especializada hospitalaria.

Motivo de la consulta

Poliartritis de 15 días de evolución.

Historia Clínica

Varón de 74 años con único antecedente destacable de leucemia linfática crónica B asociada a gammapatía monoclonal IgG Lambda. Independiente. Vida activa. Fumador de 51 paquetes/año. Funciones superiores adecuadas para su edad. No medicación activa.

Enfoque individual: Acude por dolor articular en rodillas, tobillos, muñecas y codos sin otros síntomas ni traumatismos previos. Realizó días antes tratamiento sintomático con alivio parcial. Se solicita analítica con 57000 leucocitos y PCR de 350 mg/l. Resto (incluido AC URICO FR, ANAs y AC anti DNA) normal. o negativos. Dicho dolor ha ido aumentando hasta ser incapacitante y asociar malestar general y fiebre de hasta 38°C.

Exploración: Mal estado general. Paciente muy afectado por el dolor. Artritis con aumento de temperatura e inflamación en ambos codos, rodillas, muñecas y tobillos. Peloteo rotuliano en rodillas, muñecas y tobillos con ligera fluctuación. No claro en codos. Resto exploración anodina. Se procede a artrocentesis de la articulación y examen del líquido articular. Se envía muestra a laboratorio. Se identifica líquido sinovial de perfil inflamatorio sin verse cristales al microscopio óptico. RX rodillas sin claras señales patológicas. RX tórax con hilio izquierdo engrosado (ya conocido) sin otras imágenes reseñables.

Enfoque familiar y comunitario: Importancia de la correcta exploración de la rodilla y aprendizaje de la técnica de artrocentesis para diagnóstico etiológico.

Juicio clínico: Causas de poliartritis. Enfermedades autoinmunes: artritis reumatoide, LES, Espondiloartropatías inflamatorias, Artritis microcristalinas. Artritis infecciosas (bacterianas, víricas). Artritis reactivas (estreptococo, Yersinia.). Neoplasias, sarcoidosis. Informan desde laboratorio de referencia: cultivo positivo para Neisseria Meningitidis.

Tratamiento, planes de actuación: Se deriva a urgencias para ingreso por parte de Medicina Interna e inicio urgente de tratamiento con Ceftriaxona IV y corticoterapia IV.

Evolución: Favorable.

Conclusiones

En una poliartritis, la anamnesis y la exploración física son fundamentales para el diagnóstico: la presencia de signos inflamatorios la limitación de la movilidad articular y la sensación táctil de empastamiento de la articulación ayudan a confirmar la presencia de artritis. Por otro lado, la artrocentesis y el examen del líquido articular serán de especial interés en las artritis sépticas y en las microcristalinas.

Palabras clave

Arthritis, Arthrocentesis, Diagnosis, Differential

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

A propósito de un caso: enfermedad cerebrovascular isquémica de origen hipertensivo

Gómez Rodríguez S¹, Padial Baone A², Bayón Cauto IM¹

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Ribera del Muelle. Puerto Real (Cádiz)

² Médica de Familia. DA. CS Ribera del Muelle. Puerto Real (Cádiz)

Ámbito del caso

Servicio de Atención Primaria y Hospitalaria.

Motivo de la consulta

cefalea y parestesias.

Historia Clínica

Paciente mujer de 67 años que acude a nuestra consulta de Atención Primaria relatando que desde hace dos días tiene cefalea frontal acompañada de parestesias en la hemicara izquierda y en hemicuerpo derecho.

Enfoque individual. Antecedentes personales: Alérgica a las sulfamidas y betalactámicos. Enfermedades: no hipertensión, no diabetes ni dislipemia. Intervenida de Cáncer de mama. Sin tratamiento actualmente.

Exploración: consciente, orientada y colaboradora. Glasgow: 15/15. Cifras tensionales en consulta: 220/110. Auscultación cardíaca y pulmonar: normal. Neurológico: pupilas isocóricas y normorreactivas a la luz, movimientos oculares conservados. Pares craneales conservados. Fuerza y sensibilidad conservada. Cerebelo y sensibilidad profunda normal. Marcha con dificultad. Se deriva a urgencias hospitalarias. *Analítica:* sin hallazgos relevantes. TAC cráneo: dudosa zona hipodensa parietal posterior-occipital de significación incierta. Se ingresa en Medicina Interna donde se realiza RMN: lesión cortico-subcortical en región temporoparietooccipital derecha. Sugiere como primera posibilidad lesión isquémica evolucionada o encefalopatía posterior reversible en el contexto de la crisis hipertensiva. No impresiona de lesión metastásica.

Enfoque familiar y comunitario: Casada, buena relación con su marido e hijos. La

paciente no suele acudir al CS Barrio nivel socio-cultural medio.

Juicio clínico: Crisis hipertensiva. Enfermedad cerebrovascular isquémica de origen hipertensivo.

Diagnóstico diferencial: metástasis de tumor primario, infecciones intracraneales, procesos inflamatorios no infecciosos.

Identificación de problemas: diferenciar si se trata de una urgencia o emergencia hipertensiva.

Tratamiento, planes de actuación: Tratamiento en el ingreso: control de la tensión arterial. Tratamiento para domicilio: ácido acetilsalicílico, simvastatina, ramipril. Planes de actuación: seguimiento y control de los factores de riesgo cardiovascular por el médico de familia.

Evolución: La paciente se ingresó en Medicina Interna con buena evolución y control de la tensión arterial. Actualmente acude con más frecuencia a su médico de familia y presenta un buen control de la tensión arterial.

Conclusiones

El Médico de Familia en la consulta debe ser capaz de identificar entre todas los motivos de consulta, las patologías urgentes que requieren una derivación urgente al hospital. En este caso tuvo que identificar que se trataba de una emergencia hipertensiva que consiste en una elevación brusca de la presión arterial con alteraciones orgánicas o funcionales de órganos diana.

Palabras clave

Hipertensión, Cefalea, Encefalopatía hipertensiva

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Síndrome colinérgico. A propósito de un casoBermúdez Torres FM¹, Salva Ortiz N², González Contero L²¹ Médico de Familia. UCCU Arcos de la Frontera. Cádiz² Médico de Familia. Urgencias Hospital San Carlos. Cádiz**Ámbito del caso**

Urgencias.

Motivo de la consulta

Dolor en zona escapular izquierda por picadura de araña.

Historia Clínica

Varón de 48 años, sin antecedentes de interés. Refiere haber sufrido una picadura de araña (capturada y muerta) en la zona región escapular izquierda. En el punto de inoculación, presenta dolor lancinante, continuo y quemante que se extiende a tórax, abdomen y piernas, quedando limitado a extremidades inferiores.

Exploración: regular estado general, taquicardia, taquipnea, sudoración profusa e hipertensión. Pápula eritematosa en zona escapular izquierda. Auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen blando, depresible, con defensa y ruidos hidroaéreos conservados. Frialdad en extremidades inferiores, movilidad voluntaria pero con fuerza y sensibilidad disminuidas. Pulsos pedios conservados. Reflejos osteotendinosos conservados.

Pruebas complementarias: Analítica completa normal, salvo elevación de creatinquinasa y acidosis metabólica. Electrocardiograma: ritmo sinusal con T picudas en cara lateral. TAC lumbosacro: se descarta síndrome de cola de caballo. Ante la sospecha de afectación del plexo lumbar por causa tóxico-metabólica por el veneno de la araña, se ingresa al paciente en unidad de cuidados críticos (UCI).

Enfoque individual: Paciente joven y sin antecedentes de interés.

Enfoque familiar y comunitario: Divorciado, con dos hijos. Agente vital estresante: desempleo. Buen apoyo familiar.

Juicio clínico: Síndrome colinérgico por picadura de araña. Afectación tóxico-metabólica del plexo lumbar.

Diagnóstico diferencial: síndrome cola de caballo, Guillain-barré, enfermedades desmielinizantes, shock anafiláctico, toxicidad farmacológica.

Tratamiento, planes de actuación: Medidas de soporte, fluidoterapia y mórnicos.

Evolución: favorable tras 48 horas de ingreso en UCI; reduciéndose la intensidad del dolor y limitándose la localización sólo a nivel de L2-L3.

Conclusiones

La aplicabilidad para la medicina de familia es saber identificar los signos y síntomas de un síndrome colinérgico y cuál es su etiología para poder actuar de forma inmediata, evitando complicaciones e incluso la muerte del paciente.

Palabras clave

Bite, Cholinergic Syndrome, Insect

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Enfisema cutáneo y neumomediastino en el contexto de Bronquitis aguda y Asma Bronquial AgudizadoGarcía García R¹, Nogueras Trujillo M², García Castillo L³¹ CS La Zubia. Granada² Médico de Familia. CS La Zubia. Granada³ Médico de Familia. CS Mirasierra. Granada**Ámbito del caso**

Urgencias hospitalarias y extrahospitalarias.

Motivo de la consulta

Sensación de dolor y presión en cuello y tórax. Cambios en la voz.

Historia Clínica

Antecedentes personales de Asma extrínseca intermitente, ansiedad. Hábitos tóxicos: fumador 8 cigarros/día y consumidor habitual de marihuana.

Enfoque individual: Paciente que acude al Servicio de Urgencias por dolor a nivel cervical y torácico junto con dificultad respiratoria y cambios en la voz tras defecar. Esa misma tarde acudió al Servicio de Urgencias por sensación clínica de infección respiratoria: tos, expectoración purulenta, fiebre termomentrada de 39^a acompañado de opresión torácico y artralgias que fue tratado en urgencias con ventisca al 31%, aerosolterapia y levofloxacino que tras mejoría fue dado de alta.

A la exploración presenta crepitación en relación con enfisema subcutáneo a nivel de laterocervical, retroauricular, supraclavicular, plano anterior torácico bilateral y plano posterior torácico izquierdo. A la auscultación presenta tonos cardíacos rítmico con roncus bilaterales. Se le realizó una TAC con resultado de neumomediastino y extenso enfisema subcutáneo que pudiera estar en relación con fistula broncopulmonar

Enfoque familiar y comunitario: Familia amplia con agregados, con buen apoyo familiar.

Juicio clínico: Neumomediastino junto con enfisema subcutáneo extenso y pequeño

neumorraquis en el contexto de Bronquitis aguda y Asma Bronquial agudizada.

Diagnóstico diferencial: con Broncoespasmo, Tromboembolismo Pulmonar Agudo, Infarto de Miocardio, Neumotórax y Hemotórax.

Tratamiento, planes de actuación: Se consultó el caso con cirugía torácica que descartó tratamiento quirúrgico por su parte por lo que fue tratado de forma conservadora por parte de Neumología con analgesia, amoxicilina/clavulánico, metilprednisolona y broncodilatadores nebulizados evolucionando de manera favorable durante su ingreso en planta.

Evolución: Desde el punto de vista respiratorio el paciente ha evolucionado satisfactoriamente con tratamiento conservador domiciliario: budesonida/formoterol, bromuro de ipratropio, salbutamol, paracetamol, prednisona y esomeprazol. Acudió 2 meses después al Servicio de Urgencias por una cefalea de características migrañosas pero rebelde al tratamiento analgésico con TAC normal

Conclusiones

Hay que vigilar que esta paciente cumpla con su tratamiento al alta junto con las medidas oportunas para dejar de fumar, evitar posible infecciones respiratorias (vacunarse de la gripe cada año) y aquellos signos de alarmas por lo que debería acudir a su Médico de Familia.

Palabras clave

Subcutaneous Emphysema, Asthma, Pneumomediastinum

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Varón joven con disneaMoreno Rodríguez AM¹, Naranjo Muñoz C², Pérez Eslava M³¹ Médico de Familia. CS Loreto Puntales. Cádiz² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Loreto. Cádiz³ Médico de Familia. CS Sanlúcar. Cádiz**Ámbito del caso**

Atención Primaria y Hospitalaria.

Motivo de la consulta

Disnea.

Historia Clínica

Varón de 45 años que acude a su médico por disnea de dos días de evolución con expectoración asociada, fiebre y sudoración.

Enfoque individual. Antecedentes personales:

No antecedentes conocidos. Fumador de 1 paquete diario desde hace más de 20 años. No síndrome constitucional, no dolor torácico, no clínica miccional ni intestinal.

A la exploración destaca: mal estado general, TA 90/60 mmHg, FC 100 lpm, saturación 94% e hipoventilación con sibilancias en hemitórax derecho. Ante la fuerte sospecha de sepsis se deriva a Urgencias Hospitalarias. Tras su llegada al Hospital y realizarle pruebas complementarias se confirma shock séptico de origen respiratorio y se procede a tratamiento e ingreso en Neumología.

ANALÍTICA: Hemograma normal. Bioquímica: urea 78, cr 1.3, lactato 25, PCR 290, PCT 6.1. Coagulación: normal. RX TORAX: voluminosa masa mediastínica anterior que impronta sobre hemitórax derecho y aumento de densidad en vértice pulmonar derecho. Hemocultivo: neumococo sensible a penicilina. Ag urinario: neumococo positivo. TAC TORÁCICO: hallazgos compatibles con neoplasia pulmonar del LSI-língula en estadio T4N2Mo

Enfoque familiar y comunitario: Familia nuclear en la etapa I, fase centrípeta del Ciclo Vital Familiar (familia normofuncional). Red

social con alto apoyo emocional e interacción social positiva.

Juicio clínico: Sepsis grave de origen respiratorio por Neumococo. Ca. Pulmón epidermoide estadio T4N2Mo.

Diagnóstico diferencial: Insuficiencia Cardíaca, EAP, Taponamiento Cardíaco, Cardiopatía isquémica, SDRA, TEP, Neumotórax, neoplasia mediastínica, Acceso Pulmonar.

Identificación de problemas: Disnea brusca en paciente fumador.

Tratamiento, planes de actuación: Se administró sueroterapia, antibióticos, Broncodilatadores e IBP.

Evolución: El paciente tuvo una evolución favorable y se derivó a Oncología Médica y en la actualidad está con tratamiento quimioterápico y con pronóstico incierto.

Conclusiones

El cáncer de pulmón es el tipo de cáncer más frecuente en el mundo. Su incidencia es muy alta tanto en hombres como en mujeres. Es la primera causa de muerte por cáncer en el sexo masculino, y la sexta en el femenino. La aplicabilidad de este caso para la Medicina de Familia se basa en la importancia de realizar siempre una correcta historia clínica, siendo la anamnesis y la exploración física dos herramientas básicas y que juegan un papel fundamental en la identificación de enfermedades.

Palabras clave

Sepsis, Lung Neoplasms, Pneumonia, Pneumococcal

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Repercusiones orgánicas de la crisis económicaMartín Gallardo M¹, Rodas Díaz M², Zambrano Serrano L³¹ Hospital Virgen de la Victoria. Málaga² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria.³ MIR 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria.**Ámbito del caso**

Atención hospitalaria: urgencias.

Motivo de la consulta

Inflamación y dolor de miembro inferior izquierdo (MII).

Historia Clínica

Se trata de un varón de 57 años, sin alergias medicamentosas conocidas, fumador, sin otros antecedentes personales de interés, que acude a urgencias por inflamación de MII de 5 días de evolución.

A la exploración presenta importante inflamación desde raíz de miembro, asociada a rubor, calor y empastamiento, doloroso a la palpación. Pulsos distales conservados. Abdomen y auscultación cardiorrespiratoria anodinas. Saturación de oxígeno 96%. Eupneico.

Enfoque individual: Profesión: espetero, actualmente desempleado.

Enfoque familiar y comunitario: Casado. Acude con su esposa. Su mujer cuenta que está preocupada. Su marido se encuentra en situación de desempleo actualmente, motivo que le ha llevado a presentar síntomas depresivos en los últimos meses. Apatía, astenia, desesperanza y tristeza que le hacen pasar todo el día en cama desde hace 2 meses. No ha querido consultar a su médico por este motivo a pesar de la insistencia de su esposa.

Juicio clínico: Sospecha de Trombosis Venosa Profunda (TVP).

Diagnóstico diferencial: Análisis de sangre: anemia con hemoglobina 11 (microcítica hipocrómica), leucocitos 12600 con 10200

Neutrófilos, plaquetas 311000, glucosa 148, urea 19, creatinina 0.99, iones normales, PCR 28.9, dímero D 9056. Gasometría venosa y electrocardiograma normales. Radiografía de tórax: signos de EPOC. Ecodoppler: contenido ecogénico y aumento de calibre en vena ilíaca externa, femoral común y cayado de safena interna hasta vena poplítea, sin evidencia de flujo e imposibilidad de compresión.

Identificación de problemas: Síndrome depresivo. Signos clínicos y radiológicos de EPOC. TVP extensa de MII.

Tratamiento: A su llegada a urgencias, dada la alta sospecha de TVP, se administró la primera dosis de heparina subcutánea de forma previa a la obtención de resultados de las pruebas.

Plan de actuación: Ingresos a cargo de Medicina Interna.

Evolución: El paciente presentó buena evolución de la TVP durante su ingreso.

Conclusiones

A pesar de la considerable extensión de la TVP, el paciente presentó una buena evolución. Sin embargo, cabe destacar la importancia de un adecuado seguimiento desde Atención Primaria; no sólo de la patología orgánica encontrada, sino también de los síntomas depresivos del paciente que, como hemos podido comprobar, tienen importante repercusión a nivel personal, familiar e incluso físico.

Palabras clave

Deep Vein Thrombosis, Depression, Risk Factors

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Crisis comicial en urgencias

León Arévalo IM1, Carbajo Martín L2, Aragón Aragón T3

¹ Médico de Familia. HAR Morón. Sevilla² Médico de Familia. AGS Sur. Sevilla³ Médico de Familia. HAR Utrera. Sevilla**Ámbito del caso**

Atención hospitalaria (urgencias).

Motivo de la consulta

Desconexión del medio.

Historia Clínica

Varón de 19 meses traído a urgencias porque su madre nota sobre las 9 de la mañana mientras dormía respiración superficial e hipotonía, refiere haberlo visto cianótico, a su llegada a nuestro Servicio de Urgencias chupeteo, los síntomas han ido cediendo espontáneamente sin necesidad de medicación. Ha durado aproximadamente 10 min. Estando en nuestro servicio en críticos ha vuelto a sufrir hipotonicidad que ha durado unos segundos. Niega episodios previos. No relación con fiebre ni otros síntomas.

En la exploración destacamos facies normales, movimientos oculomotores normales, reflejos presentes No distrofias ni discromias, tono ligeramente disminuido en miembro superior (mediatizado porque estaba dormido).

Enfoque individual: No alergias medicamentosas conocidas. Embarazo y parto normal a las 38 semanas.

Enfoque familiar y comunitario: Hermana de abuela materna con epilepsia generalizada con crisis tónico- clónicas.

Juicio clínico: Sospecha de crisis comicial, (focal compleja con generalización compleja)

Tratamiento, planes de actuación: No hizo falta tratamiento para el cese de los síntomas aunque pautaron para domicilio diazepam rectal 5 mg si nueva presentación de síntomas con una duración más de 3 min.

Evolución: Desde urgencias se deriva a Hospital de referencia donde es valorado por neurología pediátrica ingresando en Observación, se realiza Electroencefalograma basa normal, hemograma, bioquímica y coagulación junto con PCR normal.

Conclusiones

Repasamos en este caso que ante una primera crisis debemos atender a una serie de factores como: Antecedentes familiares de epilepsia, embarazo, parto, desarrollo psicomotor, escolarización, nivel intelectual, convulsiones febriles, patología vascular cerebral previa, traumatismos craneoencefálicos, neurocirugía, tumores cerebrales, infecciones, tratamiento actual, valorando la clínica neurológica y sistémica acompañante de la crisis (duración de la crisis, movimientos, relajación de esfínteres, mordedura de lengua.) todo ello nos orientará para el tipo de crisis y nuestro diagnóstico.

Palabras clave

Emergency Medical Services, Epilepsy, Seizures

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

A propósito de un dolor abdominalRamírez Sánchez D¹, Gil Cañete A², Carmona González PB³¹ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Molino de la Vega. Huelva² Médico de Familia. CS Molino de la Vega. Huelva³ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Molino de la Vega. Huelva**Ámbito del caso**

Urgencias hospitalarias.

Motivo de la consulta

Dolor en hemiabdomen izquierdo.

Historia Clínica

Antecedentes personales: Varón de 39 años. No RAMC. Hipertensión arterial, no diabetes mellitus ni dislipemia. Hábitos tóxicos: Fumador de un paquete diario. Hipotiroidismo subclínico. Tratamiento habitual: Losartán/Hidroclorotiazida, Amlodipino.

Anamnesis: Dolor en hemiabdomen izquierdo de carácter opresivo de 2 horas de evolución, haciéndose cada vez más intenso con irradiación inferior. Presenta área inflamada no edematizada. Describe sensación de desgarramiento intenso a la media hora de comenzar el dolor. No traumatismo previo. A la media hora del inicio del dolor, cortejo vegetativo. Afebril. Varios meses con molestia en dicha área, hoy dolor intenso.

Exploración: TA 163/110; SatO₂ 99%; Temperatura 36; FC 123. Abdomen doloroso a la palpación en hemiabdomen izquierdo que se irradia hacia inferior. Se palpa masa en hipocondrio izquierdo que llega hasta nivel de mesogastrio.

Pruebas complementarias: Primer hemograma con hemoglobina de 14 y resto de series normales. Bioquímica: Glu. 138; Urea 26,1; Cr. 1,01; Bil. total 0,3; AST 25,6; ALT 30,9; Lipasa 1 9,7; Na 136; K 3,3. Orina sin alteraciones. Radiografía de abdomen: Sin alteraciones. Ecografía abdominal: Hematoma intramuscular de aspecto fusiforme de la vaina de los rectos del hemiabdomen izquierdo.

Enfoque familiar y comunitario: Remarcar al paciente la importancia de hacer conocer la enfermedad que presenta, los riesgos que conlleva un mal control terapéutico y mal control de la tensión arterial.

Juicio clínico: Hematoma de la vaina de los rectos abdominales.

Diagnóstico diferencial: Traumatismo abdominal; toma de anticoagulantes; rotura esplénica; obstrucción intestinal; ascitis; uso de vasodilatadores; mal control tensional.

Tratamiento, planes de actuación: Reposo relativo durante 15 días y Metamizol de 575 mg, 1 comprimido cada 8 horas.

Evolución: Acude a urgencias por dolor que no se llega a controlar tras administración de opioides. Se solicita ecografía abdominal y, tras realizar interconsulta con Cirugía General, se decide pasar a Observación de urgencias para ver evolución donde permanece durante 48 horas, anemizándose. Se ingresa en el servicio de Cirugía General, quienes tras valoración durante 3 días deciden la no intervención quirúrgica y tratamiento conservador. *Evolución:* favorable en la actualidad. No anemizado.

Conclusiones

Importancia de abordar correctamente un dolor abdominal intenso y uso adecuado de pruebas complementarias.

Palabras clave

Hematoma, Hipertension, Abdominal Pain

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Ante el deseo al rechazo del tratamiento ¿comunicamos?Boullosa Perez IM¹, Fernández Gervilla N², Belalia El Beriri L³¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Antonio. Granada² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Motril Este. Granada³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Motril-Centro. Granada**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

Motivo de la consulta

Rechazo del tratamiento.

Historia Clínica

La paciente reclama una visita domiciliaria para expresarnos su malestar y la sensación de no haber sido aceptado su deseo de rechazar el tratamiento que le administran en el hospital de referencia. Tiene la intención de seguir siendo tratada en el Hospital Santa Ana aun sabiendo que la línea que le pueden ofrecer no tiene poder curativo.

Enfoque individual. Antecedentes personales: virus de la inmunodeficiencia humana positivo, linfoma B plasmablastico.

Anamnesis: paciente de 48 años de edad que recibe tratamiento quimioterápico con mala tolerancia y con deseo explícito de abandonarlo pero con negativa a firmar el rechazo del tratamiento por miedo a que se le niegue todo tipo de tratamiento y/o seguimiento posterior.

Exploración: mal estado general, caquexica con micosis bucal importante. Resto de exploración anodina.

Enfoque familiar y comunitario: Familia nuclear con parientes próximos, nido completo (II), en fase centrípeta del Ciclo Vital Familiar (disfunción familiar). Red social informal de baja densidad. Acontecimientos vitales estresantes: marido en diálisis, hijo conflictivo y vecina fallecida por neoplasia. No alergias medicamentosas, no hábitos tóxicos, no intervenciones quirúrgicas.

Juicio clínico: Impresión diagnóstica: sensación de abandono y de violación del Principio de Autonomía por mala comunicación efectiva y la inexistencia de una guía de anticipación. Tras explicarle su derecho al rechazo del tratamiento y la realización de una guía de anticipación, los miedos se disiparon recuperando la confianza en los profesionales.

Tratamiento, planes de actuación: Realizamos sucesivas visitas domiciliarias se inició tratamiento alternativo. Se realizó apoyo emocional al núcleo familiar así como acompañamiento del duelo tras éxitus.

Evolución: Durante el seguimiento posterior la paciente presentó un estado general aceptable, siendo independiente para sus actividades diarias. Recuperó la sensación de control manteniendo un estado anímico bueno fortaleciendo el núcleo familiar y la relación del CS-familia.

Conclusiones

Trabajamos a diario con personas que acuden en momentos de máxima vulnerabilidad, por lo que debemos aplicar siempre los principios básicos de la bioética, crear relaciones médico-paciente que escapen de actitudes paternalistas y realizar una comunicación efectiva. La falta de un lenguaje único en nuestras consultas provoca que la confianza sea un hecho, a veces, efímero.

Palabras clave

Comunicación (communication), rechazo (rejection), quimioterapia (chemotherapy)

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Liquen escleroatrófico. A propósito de un casoBermúdez Torres FM¹, Salva Ortiz N², González Contero L²¹ Médico de Familia. UCCU Arcos de la Frontera. Cádiz² Médico de Familia. Urgencias Hospital San Carlos. Cádiz**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

Motivo de la consulta

Erupción cutánea.

Historia Clínica

Mujer de 55 años, sin antecedentes personales de interés ni alergias conocidas ni hábitos tóxicos, que consulta por presentar erupción asintomática en flexuras de ambos brazos, muñecas, manos, región submamaria, parte interna de los muslos y mucosa bucal de semanas de evolución. No hay otras lesiones en el área genital. No fiebre. No síndrome constitucional. Desconoce picadura de insecto. No ha realizado viajes internacionales ni ha estado en contacto con animales.

Exploración: Buen estado general. Consciente, orientada y colaboradora. Auscultación cardiopulmonar normal. Signos meníngeos negativos. Se aprecian numerosas pápulas blanquecinas de superficie rugosa y manchas blancas con aspecto de papel de fumar. Las lesiones son atróficas y suaves al tacto. También se observan lesiones parcheadas atróficas hiperpigmentadas en las palmas. Las lesiones orales se presentan bien delimitadas, de color blanco nacarado y de tamaño variable.

Pruebas complementarias: Hemograma, bioquímica y coagulación normal. Serología borrelia burgdorferi negativa. Hepatitis B y C negativa. Se deriva a Dermatología para realización de biopsia de palmas, muslos, y mucosa oral, confirmando el diagnóstico de liquen esclero-Atrófico.

Enfoque individual: Paciente sana sin antecedentes.

Enfoque familiar y comunitario: Casada con tres hijos. Buen entorno socio-económico. Buen apoyo social.

Juicio clínico: Liquen esclero-Atrófico.

Diagnóstico diferencial: eccemas, dermatomycosis, picadura de insectos, urticaria.

Tratamiento, planes de actuación: Fue tratada con propionato de clobetasol, tacrolimus y PUVA con moderada respuesta clínica.

Evolución: favorable, aunque no remitió 100% la sintomatología. Actualmente en seguimiento por dermatología conjuntamente con su Médico de Familia.

Conclusiones

La mayoría de los casos de liquen esclero-Atrófico tienen una manifestación genital. Existen lesiones extra genitales que ocurren en 15% a 20% de los pacientes, aunque la prevalencia puede estar subestimada porque es a menudo asintomática. Muy raramente están afectadas las palmas de las manos, las plantas de los pies, la cara, el cuero cabelludo y la boca. Es por ello, por lo que tenemos que tener presente esta entidad y realizar biopsia para confirmar la sospecha diagnóstica.

Palabras clave

Lichen, Oral Mucosa, Papule

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Vértigo en el adolescenteMoreno Rodríguez AM¹, Naranjo Muñoz C², Flores Cebada EM³¹ Médico de Familia. CS Loreto Puntales. Cádiz² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Loreto. Cádiz³ Médico de Familia. CS Vejer de la Frontera. Cádiz**Ámbito del caso**

Atención Primaria y hospitalaria.

Motivo de la consulta

Vértigo.

Historia Clínica

Varón de 17 años que acude a su médico traído por familiares por cuadro consistente en giropsias con náuseas y vómitos de unas dos horas de evolución.

Enfoque individual. Antecedentes personales: No antecedentes conocidos. No otra sintomatología acompañante.

A la exploración destaca: sudoración, TA 130/80 mmHg, FC 110 lpm, saturación 99%, nistagmo horizonte-rotatorio. Se pauta dogmatil y diazepam y ante la no mejoría se decide derivación hospitalaria. Analítica: Hemograma, bioquímica y coagulación normal. ECG: Ritmo sinusal a 100 lpm, sin alteraciones agudas en la repolarización. RX TORAX: normal. TAC Y RMN CRANEAL: Imagen hiperdensa en región selar y seno cavernoso izquierdo de morfología pseudonodular que presenta unos 2.2 cm compatible con meningioma.

Enfoque familiar y comunitario: Familia monoparental, el mayor de dos hermanos.

Juicio clínico: Meningioma.

Diagnóstico diferencial: Vértigo periférico
Vértigo central, Neoplasia Cerebral.

Identificación de problemas: Relacionar edad y patología benigna.

Tratamiento, planes de actuación: Se pautó diazepam y dogmatil y se ingresó a cargo de Neurocirugía.

Evolución: Favorable.

Conclusiones

Los meningiomas constituyen el grupo tumoral intracraneal más frecuente. En la mayor parte de los casos, se trata de tumores histológicamente benignos, aunque la posibilidad de situarse en áreas anatómicas de difícil acceso quirúrgico obliga en muchas ocasiones a su tratamiento deba completarse con terapias oncológicas. La RNM es la técnica diagnóstica de elección. Tras extirpaciones amplias, la mayoría de los tumores no recidivan. En caso de que quede tumor residual, las probabilidades de recurrencia dependen de la histología del tumor y van aumentando con los años. La aplicabilidad de este caso para la Medicina Familiar y Comunitaria se basa en la importancia de establecer una buena comunicación y relación interprofesional para la obtención de un buen diagnóstico, tratamiento y seguimiento, de forma rápida y eficaz.

Palabras clave

Meningioma, Vértigo, Nystagmus

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Cefalea y osteomaBermúdez Torres FM¹, Rodríguez López S², González Contero L³¹ Médico de Familia. UCCU Arcos de la Frontera. Cádiz² Médico de Familia. CS Montealegre. Jerez de la Frontera (Cádiz)³ Médico de Familia. Urgencias Hospital San Carlos. Cádiz**Ámbito del caso**

Atención Primaria y urgencias hospitalarias.

Motivo de la consulta

Cefalea persistente.

Historia Clínica

Mujer de 67 años de edad, sin alergias medicamentosas, con antecedentes personales de fibromialgia, lumbalgia crónica, artrosis cervical, trastorno de ansiedad en tratamiento con clorazepato dipotásico 5 mg 1 comprimido cada 24 horas. Consulta a su médico por presentar cuadro de cefalea y dolor en región hem craneal derecha de 5 meses de evolución que ha ido empeorando, con molestias a nivel del canto interno del ojo derecho, sin lagrimeo, ni fotofobia ni disminución de visión. No otra sintomatología asociada. Ante la persistencia de los síntomas y la falta de eficacia de analgésicos, acude al hospital.

Exploración: Buen estado general, bien hidratada, perfundida y normocoloreada. Pupilas isocóricas y normorreactivas, exploración neurológica dentro de la normalidad. Resto de la exploración sin hallazgos.

Pruebas complementarias: Radiografía de senos paranasales: imagen osteocondensante redondeada en canto interno del lagrimal derecho, bien delimitada. TAC facial sin contraste: lesión ovoidea de aproximadamente 16 x 9 x 6 mm de densidad ósea, localizado en espacios aéreos de transición frontoetmoidal derecha sugerente de osteoma. Se observa

además discreto engrosamiento mucoso en la base de ambos senos maxilares. No otros hallazgos significativos. Se realiza interconsulta a cirugía maxilofacial e ingresa.

Enfoque individual: Paciente postmenopáusica con alteración de la esfera mental y antecedentes de algias múltiples.

Enfoque familiar y comunitario: Casada con dos hijos, que ya no viven en su domicilio. Síndrome del nido vacío. Buena red social.

Juicio clínico: Osteoma frontoetmoidal.

Diagnóstico diferencial: migraña, cefalea en racimo, somatización, cefalea tensinal, sinusitis.

Tratamiento, planes de actuación: Tratamiento analgésico intravenoso y programación de intervención quirúrgica.

Evolución: tórpida con analgésicos. Tras intervención quirúrgica mejoría de la situación clínica.

Conclusiones

La aplicabilidad para la medicina de familia es la importancia de realizar un correcto diagnóstico diferencial y la necesidad de solicitar determinadas pruebas complementarias para ello.

Palabras clave

Headache, Eye Pain, Osteoma

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

La confianza, ¿la asignatura pendiente?Boullosa Perez IM¹, Valle Soriano L², Castillo Martín CM³¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Antonio. AGS Sur de Granada. Granada² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Almuñécar. AGS Sur de Granada. Granada³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Motril-Centro. AGS Sur de Granada. Granada**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

Motivo de la consulta

Agitación y agresividad.

Historia Clínica

Paciente que ha iniciado cuadro de agitación y agresividad hacia sus familiares, siendo estos reacios al control farmacológico del cuadro. Desean un control definitivo por lo que acuden a diario para buscar una solución, afirman que esa agresividad no puede deberse a su patología de base.

Enfoque individual. Antecedentes personales: demencia tipo Alzheimer.

Anamnesis: paciente de 80 años que inicia cuadro de agitación y agresividad hacia familiares de un mes de evolución en el contexto de una demencia agravada. La familia es reacia a administrarle medicación. Acuden a diario buscando solución, todas las que se les ofrecen parecen no funcionar, hasta que nos confiesan que no se las administran.

Exploración: buen estado general. Resto de exploración anodina.

Enfoque familiar y comunitario: Familia nuclear con nido vacío (II) y en fase centrífuga del Ciclo Vital Familiar (familia normofuncionante). Red social informal de alta densidad y calidad. Acontecimientos vitales estresantes: inicio demencia del paciente y cambio de domicilio de hija menor a otra comunidad. No alergias medicamentosas conocidas, no fumadora, no otros hábitos tóxicos, no intervenciones quirúrgicas.

Juicio clínico: Impresión diagnóstica: Cambio de personalidad y comportamiento significativo en el contexto de una demencia tipo Alzheimer. Se plantearon como *Diagnóstico diferencial:* trastorno en el estado de ánimo o trastorno psicótico.

Tratamiento, planes de actuación: Realizamos sucesivas visitas domiciliarias introduciendo la medicación de manera muy paulatina con un seguimiento diario del núcleo familiar. Ganamos la confianza del núcleo y comenzaron a administrar la medicación pautada y a aceptar el origen de dicha agresividad.

Evolución: Dos semanas después del inicio del tratamiento el comportamiento del paciente fue controlado sin presentar hipersomnia diurna. El lecho familiar estaba exhausto, en riesgo de claudicación, por lo que aconsejamos el ingreso en un centro de día para aliviar la carga familiar.

Conclusiones

Generar una relación médico-paciente estable donde la confianza sea el pilar esencial es un proceso básico en nuestras consultas. Sin embargo, no nos debemos olvidar de los familiares, debemos cuidar a los cuidadores principales evitando la claudicación de los mismos. La longitudinalidad es una de nuestras mejores armas.

Palabras clave

Confianza (trust), agitación (agitation), Alzheimer

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Investigado el edema de úvulaEspinola Coll E¹, Luna Valero MI², Cano García J³¹ Médico de Familia. CS Coín. Málaga² MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Coín. Málaga³ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Coín. Málaga**Ámbito del caso**

Atención Primaria y hospitalaria.

Enfoque familiar y comunitario: Familia normofuncional.**Motivo de la consulta**

Sensación de nudo faríngeo y dificultad para la deglución.

Juicio clínico: Edema de úvula secundario a hernia de hiato, faringitis péptica.**Historia Clínica**

Varón de 55 años que acude a nuestra consulta por sensación de nudo faríngeo y dificultad para la deglución, a la exploración objetivamos edema de úvula, tratamos con corticoterapia y citamos en repetidas ocasiones en la consulta ante la no mejoría de la clínica, durante casi dos meses. Refiere que con ciertos alimentos nota reflujo, vómitos y eructos, que trata con cuenta propia con Almagato. Es roncador, aunque su mujer niega pausas de apnea. Trabaja como taxista, tiene malos hábitos alimenticios, come a deshoras y realiza transgresiones dietéticas. Realizamos pruebas complementarias y derivamos a consultas externas.

Diagnóstico diferencial: Angioedema, Anafilaxia, Alergias, Infiltración mixedematosa del hipotiroidismo.*Identificación de problemas:* Edema de úvula que no mejora con corticoides, hernia de hiato, infección Helicobacter Pylori*Tratamiento, planes de actuación:* Estudiado en consultas externas de Alergología y una vez descartada patología por su parte, se derivó a otorrinolaringología que diagnosticó de esofagitis péptica, por lo que solicitamos valoración por Digestivo y se le realizó endoscopia digestiva alta, evidenciándose hernia de hiato e infección por Helicobacter Pylori.*Enfoque individual. Antecedentes personales:* No alergias medicamentosas conocidas. Obesidad Índice de masa corporal 29 kg/m²*Evolución:*

Tras realizarse terapia erradicadora con omeprazol, claritromicina y Augmentine durante diez días. Mejora de manera completa, remitiendo el cuadro y no volviendo a presentar edema de úvula.

Exploración: Consciente, orientado y colaborador. Sobrepeso. Cuello: Buena movilidad, sin rigidez, bocio ni adenopatías. Pulsos carotídeos normales. Orofaringe: Edema de úvula, congestión aritenoides. Abdomen: Globuloso, blando y depresible, no doloroso, no masas ni megalias.**Conclusiones**

Desde nuestra consulta, le realizamos un estudio completo, descartando en primer lugar causas alérgicas y de complemento para descartar angioedema y posibles enfermedades autoinmunes. Pudimos citar en varias ocasiones al paciente para ir valorando la evolución. Queremos destacar el reflujo gastroesofágico como causa poco frecuente del edema de úvula.

Pruebas complementarias: Analítica sanguínea normal, Incluido complemento y autoinmunidad. Screening alimentario, neutroalérgenos y pruebas epicutáneas negativas. Antígeno de Helicobacter Pylori en heces positivo. Endoscopia digestiva alta: Hernia de hiato, Helicobacter pylori Positivo. Ecografía de abdomen: Ausencia de masas líquido libre o colecciones intraabdominal.**Palabras clave**

Edema de Úvula, Reflujo Gastroesofágico, Hernia de Hiato

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

¿Nos automedicamos? De una ITU a una coledocolitiasis

León Arévalo IM1, Carbajo Martín L2, Aragón Aragón T3

¹ Médico de Familia. HAR Morón. Sevilla² Médico de Familia. AGS Sur. Sevilla³ Médico de Familia. HAR Utrera. Sevilla**Ámbito del caso**

Atención Hospitalaria (urgencias).

Motivo de la consulta

Infección de orina.

Historia Clínica

Paciente de 44 años que acude a Urgencias por llevar 30 días con síndrome miccional, tratándose en domicilio por medicación de herboristería. Refiere que no desaparecen las orinas colúricas y que incluso tiene náuseas, vómitos y leve ictericia desde hace 3-4 días. Desde ayer dolor abdominal en flanco derecho sin otra sintomatología. No fiebre. En la exploración física destacamos ictericia cutánea y conjuntiva, abdomen blando y depresible, no doloroso a la palpación profunda, no se aprecia hepatomegalia ni esplenomegalia. Blumberg y Murphy negativos. Se realiza en urgencias analítica completa objetivando en el Hemograma 7600 leucocitos con neutrofilia, hemoglobina 13,2, hematocrito 38,8 y en la Bioquímica destacamos creatinina 0,59 y bilirrubina 6,6.

Enfoque individual: No alergias medicamentosas conocidas, fumadora de un paquete de cigarrillos al día, no otros factores de riesgo cardiovasculares. En tratamiento con alprazolam 0,5 mg al día por ansiedad.

Enfoque familiar y comunitario: Madre diabética fallecida de un IAM inferolateral, padre cirrosis hepática e hipertensión arterial.

Juicio clínico: Coledocolitiasis. Colostasis, colelitiasis.

Tratamiento, planes de actuación: CPRE con esfínterectomía y limpieza de la vía biliar. Posteriormente se deriva a cirugía para valoración de colecistectomía reglada.

Evolución: Se deriva al hospital de referencia donde se realiza una ecografía de abdomen objetivando una dilatación de la vía biliar intra y extrahepáticas sin visualizar causa obstructiva. Colostasis sin signos de colecistitis. Resto sin alteraciones. Posteriormente se realiza una colangiografía resonancia

Conclusiones

En este caso destacamos la importancia de consultar con nuestro Médico de Familia los nuevos síntomas que nos van apareciendo, debido a que esta señora demoró su diagnóstico por no consultar los síntomas que presentaba. Finalmente se diagnosticó y se pudo tratar a tiempo sin complicaciones.

Palabras clave

Self Medication Cholelithiasis Urologic Diseases

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Desorientación en mujer jovenMoreno Rodríguez AM¹, Naranjo Muñoz C², Pérez Eslava M³¹ Médico de Familia. CS Loreto Puntales. Cádiz² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Loreto. Cádiz³ Médico de Familia. CS Sanlúcar. Cádiz**Ámbito del caso**

Atención Primaria y hospitalaria.

Motivo de la consulta

Desorientación.

Historia Clínica

Mujer de 40 años que acude a su Médico de Atención Primaria llevada por sus familiares por desorientación desde hace una hora.

Enfoque individual. Indecentes personales: Trastorno depresivo en tratamiento con fluoxetina.

Mientras se realiza la anamnesis, la paciente se muestra desorientada, habla incoherente y disartrica y comienza con cuadro de agitación psicomotora y desviación de la comisura bucal. Se contiene mecánicamente por familiares y personal sanitario y se pauta midazolam intramuscular para control de la situación. Se avisa a dispositivo de cuidados críticos para traslado al Hospital. Analítica: Hemograma, bioquímica y coagulación normal. RX tórax: normal. TAC craneal: normal. Punción Lumbar: normal.

Enfoque familiar y comunitario: Familia nuclear en la etapa I (nido sin usar), fase centrípeta del Ciclo Vital Familiar (familia normofuncional). Cuidadora principal de su padre con Enfermedad de Alzheimer.

Juicio clínico: Agitación Psicomotora.

Diagnóstico diferencial: ACVA, Cuadro psicótico, Ataque de pánico.

Identificación de problemas: Control complicado de dicha patología en una consulta de Atención Primaria.

Tratamiento, planes de actuación: Midazolam y estancia en Observación para vigilancia neurológica.

Evolución: Favorable, siendo dada de alta tras 20 horas en Observación.

Conclusiones

La señora tuvo una agitación psicomotora en el contexto de una crisis de ansiedad por problemas familiares relacionados con la salud de una de sus hijas. Tras recibir la noticia la paciente reaccionó así e hizo un cuadro de agitación psicomotora en la consulta mientras estábamos valorándola. La agitación psicomotora es un síndrome de variada etiología, se caracteriza por una alteración del comportamiento motor que consiste en un desmedido aumento de la motricidad acompañado de taquicardia, sudoración excesiva, midriasis, y de otros estados emocionales intensos como ansiedad severa o ataques de pánico. Clínicamente se presenta como un cuadro de inicio abrupto, con alteraciones cognoscitivas, corporamentales y en el nivel de conciencia (desorientación, incoherencia, agitación, problemas de memoria atención, lenguaje).

La aplicabilidad de este caso para la Medicina Familiar y Comunitaria se basa la necesidad de obtener un diagnóstico precoz radica para instaurar el tratamiento con la mayor brevedad posible, con el fin de evitar las importantes complicaciones que pueden derivarse del cuadro.

Palabras clave

Psychomotor Agitation, Dysarthria, Cerebrovascular Disease

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

¡Doctora, me duele el pecho!Mestre Reoyo Gloria I¹, Bernad Anna K², González Vega MJ³¹ CS Rincón de la Victoria. Málaga² MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Rincón de la Victoria. Málaga³ Médico de Familia. CS Rincón de la Victoria. Málaga**Ámbito del caso**

Atención Primaria y Urgencias hospitalaria.

Motivo de la consulta

Dolor precordial asociado a polimialgias.

Historia Clínica

Varón 38 años, informático. Vida activa. Dolor centrotorácico que le despierta por la noche, no cortejo vegetativo, no episodios previos.

Enfoque individual. Antecedentes personales: No alergias medicamentosas conocidas. Apendicectomizado. No tratamiento actual. No hábitos tóxicos.

Antecedentes familiares: Hipertensión arterial paterna.

Anamnesis: Dolor centrotorácico opresivo, de inicio gradual, irradiado a mandíbula que disminuye en intensidad al incorporarse, de >30 minutos de duración. Cuatro días antes consultó por cuadro de fiebre 38º, vómitos, diarrea y dolor abdominal. Mialgias generalizadas. Lo asocia a ansiedad.

Exploración: Buen estado general, eupneico en reposo. Leve palidez mucocutánea. No ingurgitación yugular. Normotenso. Febrícula. Auscultación cardiorrespiratoria: taquicardia, no soplos audibles. Murmullo vesicular conservado. Abdomen y extremidades sin hallazgos.

Pruebas complementarias: ECG: Frecuencia cardiaca 120 lpm. Ondas T negativas en derivaciones V4, V5, V6. Segmento ST normal. No ondas Q. Se inicia tratamiento extrahospitalario de Síndrome coronario agudo y se deriva al Hospital. En Hospital: *Analítica:* Troponina. 9.8, CK-MB. 34. Resto normal.

ECG: Frecuencia cardiaca a 90 lpm. T negativas en V3, V4, V5 y V6. Radiografía tórax: mínimo derrame pleural izquierdo. Ecocardiografía: mínimo líquido en pared posterior del ventrículo izquierdo. Cateterismo Cardiaco: sin hallazgos.

Enfoque familiar y comunitario: Familia nuclear normofuncional. Apoyo emocional importante de su pareja.

Juicio clínico: Pericarditis aguda postvirica.

Diagnóstico diferencial: SCASEST (Síndrome Coronario Agudo Sin Elevación ST), disección aórtica, pleuritis. En nuestro medio, la gran mayoría de pericarditis cuya causa no tiene una evidente presentación clínica inicial, corresponden a pericarditis virales, que tienen un curso benigno y autolimitado.

Tratamiento, planes de actuación: Tras el diagnóstico se comienza en régimen ambulatorio el tratamiento farmacológico de 1ª elección con aspirina, con dosis inicial de 500 mg /6 h y se mantiene mientras persistan el dolor y la fiebre.

Evolución: Fue favorable, una vez cedieron los síntomas el tratamiento se retiró paulatinamente en 4 semanas. Revisión hospitalaria en un mes.

Conclusiones

La consulta por dolor torácico es muy frecuente. El caso del paciente demuestra la vital importancia de una buena historia clínica para el Médico de Familia en cualquier ámbito ante una "clínica atípica o dudosa" y que de su completa realización dependerá muchas veces la clave del caso.

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

A propósito de un caso de alteración del nivel de conciencia y cefalea leve

Sánchez García MC¹, Sánchez Sánchez A², Peñato Luengo A³

¹ Médico de Familia. CS Alcalá de Guadaíra. Sevilla

² Médico de Familia. DS Sevilla Sur. Sevilla

³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Don Paulino García Donas. Alcalá de Guadaíra (Sevilla)

Ámbito del caso

Atención Primaria y hospitalaria.

malformación intracraneal. Hipertensión intracraneal.

Motivo de la consulta

Vómitos y tendencia al sueño.

Diagnósticos diferencial con encefalopatía hipóxico-isquémica, enfermedades del SNC infecciosas, post y parainfecciosas; con intoxicaciones y reacciones idiosincrásicas drogas, venenos, hipertermia maligna, y síndrome neuroléptico maligno; con alteraciones metabólicas, endocrinas e hidroelectrolíticas; con hipertensión endocraneal de cualquier causa; migraña basilar, etc.

Historia Clínica

Sin antecedentes personales ni familiares de interés.

Tratamiento, planes de actuación: Intervención reglada para resección de malformación arteriovenosa. Pautándose al alta dexametasona, omeprazol, levetiracetam, ibuprofeno y vendaje compresivo hasta próxima revisión.

Anamnesis: Niño de 3 años que acude a urgencias del CS por decaimiento y tendencia al sueño tras episodio aislado de vómitos, hace dos días vomito en dos ocasiones. Con cefalea intermitente y disminución de la ingesta. La familia refiere que hace 72 horas presentó TCE leve tras caída de medio metro sin pérdida de conciencia.

Evolución: Tras intervención quirúrgica no presenta complicaciones evolucionando satisfactoriamente en planta y al alta en domicilio. Pendiente de revisiones periódicas por Neurocirugía.

Enfoque individual. Exploración física: Estuporoso, Glasgow 14/15, responde a la llamada y al tacto, poco colaborador. Se deriva a hospital de referencia.

Conclusiones

La evaluación y el manejo inicial de los pacientes con alteraciones del nivel de conciencia constituyen un verdadero desafío clínico para el Médico de Familia. Constituyendo un continuo de alteraciones, muy dinámicas en su presentación y evolución. El objetivo de su manejo inicial es maximizar la posibilidad de recuperación neurológica de estos pacientes, siendo su pronóstico difícil de predecir en las primeras etapas ya que dependerá de la etiología del proceso, del grado de afectación encefálica y del adecuado manejo clínico inicial.

Pruebas complementarias: analítica 23970 leucocitos, 443000 plaquetas. TAC cráneo con hematoma parietoccipital derecho de 5.5 cm con edema perilesional y efecto masa con desplazamiento de sistema ventricular y línea media colateralmente. A los 90 minutos de la primera extracción cierto empeoramiento. Se realiza interconsulta a Neurocirugía. En arteriografía cerebral donde se visualiza micromalformación arteriovenosa con nido plexal dependiente de arteria coroidea posteromedial derecha y desplazamiento de ramas parietoccipitales de arteria cerebral media derecha.

Enfoque familiar y comunitario: Hijo único vive con sus progenitores.

Palabras clave

Intraparenchymal Hemorrhage, Arteriovenous Malformation, Decreased Level Of Consciousness

Juicio clínico: Hemorragia cerebral intraparenquimatosa derecha secundaria a

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Varón de 58 años con crisis comicial, ¿a qué puede deberse?Rodas Díaz M¹, Sánchez Fernández EM², Trillo Díaz EM³¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Torrox-El Morche. Málaga² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Torrox. Málaga³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Vélez-Norte. Málaga**Ámbito del caso**

Urgencias hospitalarias Medicina Interna.

Motivo de la consulta

Crisis comicial.

Historia Clínica

Varón 58 años que presenta crisis comicial con movimientos tónico-clónicos en presencia de su mujer. Es trasladado al hospital en estado post-crítico, donde presenta segunda crisis comicial. No refiere cefaleas, ni vómitos, ni sensación distérmica.

Exploración: tendencia al sueño, no focalidad neurológica. No rigidez nuchal ni otros signos meníngeos. Resto normal. Análisis sanguíneo: HB 14.5, Hto 44, Plaquetas 273000, Leucocitos 7460 (FL normal). Glucosa 108, Creatinina 1.01, Na 138, K 5.2. CK 124. VSG 83. PCR 71.6. Coagulación normal. ECG: Ritmo sinusal 60lpm sin alteraciones en repolarización. Rx tórax: normal. TAC cráneo: normal. Se inicia impregnación con fenitoína. Presenta pico febril 38°C. Se coge hemocultivo. Se realiza punción lumbar: líquido no turbio sin proteinorraquia. Análisis LCR: glucosa 70, proteínas totales 41, hematíes 15, leucocitos 175 (70%polimorfonucleares, 30%mononucleares). Gram no presentes.

Enfoque individual. Antecedentes personales: No alergias medicamentosas. Dislipemia (toma hipolipemiantes). Hipertrofia benigna prostática. Fumador 20cig/día.

Enfoque familiar y comunitario: Casado (mujer con depresión). Sin hijos. Natural de Congo (hace 1 año visita su país por fallecimiento de su madre). Residencia habitual en Bélgica. Camionero (reciente despido).

Juicio clínico: Crisis comicial secundaria a meningoencefalitis vírica temporal. Crisis comicial

de origen vascular. Trypanosomiasis africana en fase meningoencefalítica. Encefalitis autoinmune.

Tratamiento, planes de actuación: Se inicia tratamiento empírico: ampicilina+ceftriaxona+aciclovir. Ingresa en Medicina Interna para completar estudio.

Evolución: Permanece asintomático durante su ingreso. *Analítica:* TSH 0.680. Vit B12 515. Col 218. TG 95. GGT 31. ALT 16. Calcio 8.4. Fósforo 3.5. Magnesio 1.63. ANA negativo. Hemocultivo: negativo. Cultivo LCR (bacterias y hongos), Herpes virus LCR, Cultivo Lowenstein: negativos. Proteinograma: normal. Borrelia burgdorferi, VEB: muestra insuficiente. T pallidum, CMV, VHB, VHC: negativos. VIH: positivo. Rehistoriando al paciente: Hace 2 semanas llega a España de vacaciones (hospedado en casa de campo, sin electricidad). Los días previos: rinorrea, estornudos, sensación distérmica (no termometrada), vértigos. Tras valoración por otorrinolaringólogo se descarta patología. Ecografía abdominal: aumento tamaño prostático. RMN cráneo: imágenes redondeadas en sustancia blanca supratentorial periventricular y subcortical de predominio frontal, compatibles con pequeñas lesiones vasculo-isquémicas. Ante la buena situación clínica, sin nuevos episodios comiciales, se suspende fenitoína. En caso de reaparición de crisis iniciar levetiracetam. Al alta control por internista en su país ante el diagnóstico de infección VIH y crisis comicial secundaria a probable meningoencefalitis vírica por VIH.

Conclusiones

Ante una crisis comicial no podemos quedarnos con la primera opción. Se debe realizar un diagnóstico diferencial completo y ampliar el estudio hasta encontrar la causa exacta e iniciar el tratamiento más adecuado.

Palabras clave

Epileptic seizure, Fever, Viral meningoencephalitis

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Gestante nerviosaGonzález Contero L¹, Salva Ortiz N¹, Bermúdez Torres FM²¹ Médico de Familia. Urgencias Hospital San Carlos. San Fernando (Cádiz)² Médico de Familia. SCCU Arcos de la Frontera. Cádiz**Ámbito del caso**

Urgencias Hospitalarias.

Motivo de la consulta

Ha comenzado hace unos 15 minutos con sensación de palpitaciones y muy nerviosa.

Historia Clínica*Antecedentes personales:* Episodios de Taquicardia supraventricular tratados con bisporolol que ha dejado de tomar por su cuenta porque está embarazada de 34 semanas.*Exploración física:* Buen estado general, consciente, orientada y colaboradora. Nerviosa. Eupneica. Palidez de piel. Auscultación cardíaca: tonos taquIRRÍtmicos. Auscultación pulmonar: murmullo vesicular conservado, no ruidos sobreañadidos. Abdomen normal. No edemas en miembros inferiores. No focalidad neurológica aguda. Exploraciones complementarias: Tensión arterial: 150/85. Saturación de oxígeno 98%. Temperatura: 36°C. Frecuencia respiratoria: 15. Frecuencia cardíaca: 160 latidos por minutos (lpm). Electrocardiograma (ECG): Taquicardia de QRS estrecho a 160lpm. Análítica normal.*Enfoque individual:* Mujer con antecedentes de taquicardia supraventricular que deja de tomar, por decisión propia su medicación antiarrítmica por estar embarazada.*Enfoque familiar y comunitario:* Casada con 2 hijos, es su tercer embarazo. Trabaja en un supermercado.*Juicio clínico:* Taquicardia supraventricular paroxística en gestante de 34 semanas.*Diagnóstico diferencial:* Taquicardia sinusal. Taquicardia por reentrada del nodo auriculoventricular, es la variedad de taquicardia supraventricular paroxística más frecuente. Taquicardia por reentrada auriculoventricular con complejo QRS estrecho. Taquicardias focales, dentro de esta el flúter auricular.*Identificación de problemas:* Contraindicación de empleo de medicamentos durante la gestación.*Tratamiento:* administración de adenosina en bolo inicialmente 6 miligramos y a los 2 minutos 12 miligramos con lo que la paciente revierte a ritmo sinusal.*Planes de actuación:* se inició tratamiento con betabloqueantes y se derivó a su médico de Atención Primaria y ginecólogo.*Evolución:* Favorable sin nuevos episodios de taquicardias.**Conclusiones**

La gestación es un estado proarrítmogénico, por tanto es una urgencia que podemos ver con frecuencia. Destacar la importancia de la información y del control adecuado de los pacientes. La sociedad actual necesita una actuación eficaz y de calidad por parte del profesional sanitario en todas las situaciones en que podemos encontrarnos tanto al informar a una paciente en un control de embarazo como en situaciones de urgencias/emergencias.

Palabras clave

Female, Pregnant, Tachycardia

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

La culpa es del antibióticoJódar Sánchez JM¹, González Benítez L², Martínez Diz S³¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria.² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Zaidín Sur. Granada³ Médico de Familia. CS La Zubia. Granada**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

Motivo de la consulta

Dolor al caminar.

Historia Clínica

Paciente de 65 años que acude a consulta por dolor en talón izquierdo al caminar de once días de evolución. Niega traumatismo ni ejercicio intenso días previos. El paciente asocia el dolor con el inicio del tratamiento con ciprofloxacino (500 mg/12 h durante 28 días) por prostatitis. No otra sintomatología.

Enfoque individual. Antecedentes personales: Migraña.

Exploración física: Buen estado general, consciente y orientado en las tres esferas. Calor local y edematización en tendón aquileo izquierdo. Dolor a la movilización, limitación movilidad activa por dolor, no limitación movilidad pasiva, No dolor palpación maléolo externo e interno. Prueba de Thompson: negativa. Presencia de pulsos simétricos, no signos de insuficiencia venosa crónica. *Ecografía:* se descarta rotura tendinosa. Tras suspender el tratamiento el paciente mejoró de la clínica tras un mes.

Enfoque familiar y comunitario: Cabe destacar el enfoque comunitario del uso y efectos de los antibióticos. En la actualidad existe una sobredosificación de antibióticos que ha conllevado un aumento resistencias. El enfoque familiar se basa fundamentalmente en la posibilidad de seguimiento de la patología y de los posibles efectos sobre el paciente, que es

este caso, fundamental para poder llegar al diagnóstico.

Juicio clínico: Tendinitis aquileo izquierdo como efecto adverso ciprofloxacino.

Diagnóstico diferencial: fascitis plantar, rotura aquilea, espolón, esguince. En ficha técnica está descrito un riesgo incrementado de rotura de tendones y tendinitis con fluoroquinolonas (ciprofloxacino) La afectación más frecuente en la del tendón de Aquiles, aunque puede afectar al manguito de los rotadores, mano, bíceps, muslo y otras áreas. El riesgo de afectación tendinosa se incrementa con la edad mayor de 60 años, trasplante, medicación (corticoides).

Tratamiento, planes de actuación: Ante cualquier clínica (dolor tendinoso, enrojecimiento o inflamación.) se debe retirar el fármaco. Se recomienda reposo y abstención de ejercicio hasta descartar tendinitis o rotura del tendón.

Evolución: La rotura de un tendón puede ocurrir durante el tratamiento o hasta varios meses después de completar el tratamiento. Tras suspender el fármaco la sintomatología puede tardar varios meses en remitir.

Conclusiones

Destacar la importancia de informar a los pacientes sobre los posibles efectos secundarios de la medicación y valorar entre las distintas posibilidades terapéuticas la mejor en función de los antecedentes y el estilo de vida del paciente.

Palabras clave

Efecto, Tendinitis, Antibiótico

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Rigidez generalizada. A propósito de un caso

Escribano Tovar AC, Castillo Calvo G, Matamoros Contreras N

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Merced. Cádiz

Ámbito del caso

Urgencias Hospitalarias.

Motivo de la consulta

Rigidez generalizada y fiebre de 39°C, acompañado de sudoración profusa y tendencia al sueño.

Historia Clínica

Mujer de 65 años, con antecedentes personales de trastorno depresivo-Ansioso, con último ingreso en el servicio de Psiquiatría hacía una semana por agudización de su patología basal y desbordamiento familiar. Al alta realizaron cambio de tratamiento comenzando con sertralina y haloperidol en gotas. Acude al Servicio de Urgencias traída por DDCU por cuadro rigidez generalizada y fiebre de hasta 39°C, acompañado de desorientación y somnolencia, coincidiendo con la introducción a su tratamiento de base del haloperidol. No disnea, ni otra sintomatología acompañante.

A la exploración, se encuentra somnolienta, con TA de 110/64 mmHg, FC de 98 lpm y saturación de oxígeno basal de 95%. Temperatura corporal de 40°C. A la exploración neurológica destaca un Glasgow de 10/15, con pupilas isocóricas normorreactivas a la luz y rigidez generalizada, acompañado de mioclonías faciales y en extremidades, y los reflejos osteotendinosos levemente exaltados; siendo el resto de la exploración, tanto cardiopulmonar como abdominal, anodina. Se realizan pruebas de imagen: TAC craneal y radiografía de tórax, así como ECG, donde no se objetiva hallazgos patológicos. En analítica general destaca: glucemia 400, urea de 140, creatinina 3,2, sodio 158 y potasio de 2, 48, con una CK de 1000.

Enfoque individual: Inestabilidad emocional. Ligeramente dependiente para ABVD.

Enfoque familiar y comunitario: Familia normofuncionante. Red social con alto apoyo emocional e interacción social positiva.

Juicio clínico: Posible Síndrome Neuroléptico Maligno.

Diagnóstico diferencial: Acidosis láctica. Deshidratación severa.

Tratamiento, planes de actuación: Se comienza tratamiento de soporte de la paciente con sueroterapia e insulino terapia, así como controles horarios con glucemia e iones. La paciente queda ingresada a cargo de UCI.

Evolución: Durante su estancia en UCI y posteriormente en planta evoluciona satisfactoriamente.

Conclusiones

El síndrome neuroléptico maligno es una rara entidad clínica que se presenta como reacción idiosincrásica al tratamiento con dosis terapéuticas de fármacos neurolépticos. Se caracteriza por hipertermia, síndrome extrapiramidal, rigidez muscular, alteración del nivel de conciencia y disfunción autónoma. Está asociado a una alta tasa de mortalidad, por lo que el uso de este tipo de fármacos nos obliga a realizar un seguimiento estrecho del paciente y tener en cuenta esta entidad clínica.

Palabras clave

Hipertermia, Síndrome Neuroléptico Maligno

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Diarrea intermitente en adolescente de 13 añosRodríguez López S¹, Bermúdez Torres FM², González Contero L³¹ Médico de Familia. CS Montealegre. Jerez (Cádiz)² Médico de Familia. UCCU Arcos de la Frontera. Cádiz³ Médico de Familia. Urgencias Hospital San Carlos. San Fernando (Cádiz)**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

Enfoque individual: Adolescente escolarizado sin antecedentes de interés.**Motivo de la consulta**

Dolor y distensión abdominal con diarreas recurrentes.

Enfoque familiar y comunitario: Padres sanos. Hermana con enfermedad celiaca. Buena apoyo familiar y buena red social.**Historia Clínica**

Adolescente de 13 años que acude a consulta por presentar, en los últimos 2 meses episodios recurrentes de dolor abdominal generalizado, acompañado de aumento del número de deposiciones, que son de carácter acuoso, y distensión abdominal de unos 4-5 días de duración, con mejoría posterior, pero volviendo a presentar los mismos síntomas a las 3-4 semanas del anterior. Refiere que al inicio de la sintomatología, tuvo un cuadro de diarreas, vómitos y fiebre de 2 días de duración, con resolución espontánea.

Problemas: Antecedente de episodio de gastroenteritis inicial. Cuadro recurrente de diarreas, dolor y distensión abdominal.*Juicio clínico:* síndrome de sobrecrecimiento bacteriano.*Antecedentes personales.* Nada de interés. Vacunación correcta.*Diagnóstico diferencial:* gastroenteritis aguda, enfermedad celiaca, síndrome malabsortivo, enfermedad inflamatoria intestinal.*Antecedentes familiares.* Hermana con enfermedad celiaca. Padres sanos.*Tratamiento, planes de actuación:* Se inicia pauta de tratamiento con metronidazol oral durante 10 días consecutivos y dieta pobre en lactosa.

La exploración por órganos y aparatos fue normal, salvo dolor difuso a la palpación abdominal, con timpanismo y ligera distensión, sin megalias ni masas. Exámenes complementarios: Hemograma: normal. VSG normal. Perfiles básico, renal, hepático y tiroideo normales. Bioquímica e iones: normales. PCR normal. Inmunoglobulinas normales. Marcadores de enfermedad celiaca negativos. Coprocultivo y detección de virus entéricos negativos. Ecografía abdominal normal. Test de hidrógeno espirado a glucosa: aumento de 40 ppm respecto a línea basal, tras 60 minutos del inicio

Evolución: Tras inicio de tratamiento antibiótico, presenta mejoría progresiva del episodio, con desaparición completa de la sintomatología al 4 día de tratamiento y sin recidivas posteriores. Se mantuvo con dieta sin lactosa durante 1 mes, con reintroducción progresiva de la misma, tolerándola sin incidencias.**Conclusiones**

El sobrecrecimiento bacteriano es una patología infradiagnosticada en nuestro ámbito, que debe ser sospechada ante antecedentes de cuadros de gastroenteritis previos y cuadros recurrentes de despeños diarreicos.

Palabras clave

Diarrea Crónica, Adolescente, Dolor Abdominal

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Hipoglucemia y vómitosVílchez Jaimez M¹, Pinazo Martínez IL², De la Cerda Montes de Oca P³¹ Médico de Familia. CS Tarifa. Cádiz² Aparato Digestivo, Hospital La Línea de la Concepción. Cádiz³ Médico de Familia. CS San Roque. Cádiz**Ámbito del caso**

Urgencias.

Motivo de la consulta

Mal estado general, mareos.

Historia Clínica

Acude a Urgencias por cuadro de mal estado general, mareos, náuseas y vómitos. Refiere pérdida de peso en las últimas semanas, no precisa pero con necesidad de ajustarse más el cinturón. Asocia así mismo síntomas de reflujo gastroesofágico que han empeorado en los últimos días. Se solicitó estudio analítico completo con evidencia de hipoglucemia 34, anodización de al menos 2 puntos (9.8) con respecto a previas (11.7) y leve leucocitosis reactiva. Se inicia sueroterapia con glucosado, a pesar de lo cual persiste con tendencia a la hipoglucemia (41), pero con mejoría de los síntomas. Se insiste en medidas para aumentar glucemias sin éxito dada la estabilidad se ingresa en Medicina Interna para estudio. Se solicita Gastroscoopia: esofagitis leve por reflujo. En cavidad gástrica, se evidencian abundantes restos alimenticios que no impiden la progresión del endoscopio a un antro deformado con mucosa edematosa, pobre distensibilidad y píloro deformado, con extensas áreas de ulceración tomando múltiples biopsias. Histología: adenocarcinoma gástrico. En la TC múltiples metástasis hepáticas además de la dilatación gástrica en relación con el engrosamiento de los pliegues antrales.

Enfoque individual: Varón de 60 años, Fumador, HTA, IAM con colocación de un Stent.

Enfoque familiar y comunitario: Paciente con poco soporte familiar.

Juicio clínico: adenocarcinoma gástrico que debuta con cuadro de hipoglucemia.

Diagnóstico diferencial: Insulinoma. Intoxicación por ADO. Síndrome paraneoplásico.

Tratamiento, planes de actuación: Dada la extensión los cuidados fueron paliativos.

Evolución: Se derivó a Paliativos dada la situación de diseminación del tumor y la dificultad para controlar los síntomas asociados.

Conclusiones

Se conoce como síndrome paraneoplásico las manifestaciones asociadas con el tumor sin que se deba a su infiltración o a la aparición de metástasis. Normalmente se relaciona con la producción tumoral de péptidos funcionales y hormonas, con activación cruzada entre proteínas tumorales y tejidos normales. La hipoglucemia se relaciona con múltiples tumores. Este fenómeno se relaciona con la producción aberrante de pro-IGF-II que actúa como insulina (bloqueando la glucogénesis, la glicogenólisis y la lipólisis), con bajas concentraciones de insulina en estos pacientes. Es importante reconocer un síndrome paraneoplásico por tres razones: puede conducir al diagnóstico de una neoplasia previamente desconocida; puede dominar el cuadro clínico y, por lo tanto, inducir a errores del origen y tipo de tumor primario y, por último, puede utilizarse para monitorizar la evolución del tumor primario.

Palabras clave

Hipoglucemia, Adenocarcinoma Gástrico Epigastralgia

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

¡Código ictus! La importancia del diagnóstico precozRodas Díaz M¹, Martín Gallardo M², Zambrano Serrano L¹¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Torrox-El Morche. Málaga² Médico de Familia. FEA Urgencias Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria. Málaga**Ámbito del caso**

Urgencias hospitalarias Medicina Intensiva, Neurocirugía, Rehabilitación.

Enfoque familiar y comunitario: Núcleo familiar normofuncionante. Casado. Dos hijos. Trabajador de hostelería.**Motivo de la consulta**

Disartria y hemiparesia hemicuerpo izquierdo.

Juicio clínico: Infarto maligno de ACM (arteria cerebral media) derecha. Tumor cerebral.**Historia Clínica**

Varón de 53 años que presenta disartria y hemiparesia hemicuerpo izquierdo mientras almuerza en chiringuito. Es trasladado por 061 activando Código Ictus.

Tratamiento, planes de actuación: Es trasladado en helicóptero al hospital de referencia (en menos de 6 horas del inicio de la clínica) para trombectomía.

Exploración: consciente, orientado, mirada conjugada tendente a derecha, pupilas isocóricas, normorreactivas, sacudidas nistágmicas horizontales a derecha. Facial central izquierdo. Hemiplejía izquierda. Babinsky izquierdo espontáneo y extensor derecho. Hemihipoestesia izquierda principalmente táctil. No rigidez cervical. Resto normal. Análisis sanguíneo: HB 11, Hto 33, VCM 96, Leucocitos 8320 (FL normal), Plaquetas 598000. Coagulación normal. Glucosa 149, Creatinina 1.09, Na 135, K 5.1. TAC cráneo: Pérdida de diferenciación de sustancia gris/blanca en núcleo caudado, lenticular, insula, M1, M2 y M5 derechos, ASPECT 5/10, discreto efecto masa, compresión de ventrículo lateral derecho. No imágenes de sangrado. Se contacta con Neurocirugía de hospital de referencia. Solicitan Angio-TAC cráneo previo al traslado: Obstrucción superior a bulbo carotídeo de arteria cerebral interna derecha, calcificación bulbo carotídeo. Hipoatenuación territorio de ACM (arterial cerebral media) derecha. Obstrucción de carótida interna derecha.

Evolución: A su llegada se realiza de urgencia trombectomía mecánica con recanalización completa de carótida interna derecha y parcial de ramas de la cerebral media. A las 24 horas empeoramiento neurológico realizando craneotomía descompresiva. Estando en UCI brote de colitis ulcerosa (coprocultivo: toxina Clostridium difficile, iniciando fidaxomicina), bacteriemia en relación con vía central y síndrome anémico. A las 3 semanas inicia RHB. TAC cráneo a las 4 semanas: ictus establecido en ACM derecha. Tras 3 semanas de RHB: hemianopsia homónima izquierda, hipoalgesia hemicuerpo izquierdo, hemiparesia izquierda flácida: MSI 0/5 proximal y distal, MII 2/5 proximal y 0/5 distal. Al mes de su ingreso se procede al alta. Continuará con fisioterapia de forma ambulatoria.

Conclusiones

No olvidar la importancia de activación de Código Ictus para priorizar una de las patologías "tiempo-Dependientes" más prevalentes en la actualidad, ya que el pronóstico puede variar notablemente según la premura en el diagnóstico y tratamiento establecido.

Enfoque individual. Antecedentes personales: No alergias medicamentosas. No factores de riesgo cardiovascular. Pancolitis ulcerosa en tratamiento:

azatioprina+mesalazina+prednisona+omeprazol+calcio/colecalciferol+ciprofloxacino.

Palabras clave

Dysarthria, Hemiplegia, Stroke

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

"A propósito de un caso de disfunción eréctil"Carmona González PB¹, Gil Cañete A², García Sardón P³¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Molino de la Vega. Huelva² Médico de Familia. CS Molino de la Vega. Huelva³ Médico de Familia. CS El Torrejón. Huelva.**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

Motivo de la consulta

Astenia, disfunción eréctil y trastorno adaptativo.

Historia Clínica

Varón de 35 años que acude a consulta por astenia y disfunción eréctil de meses de evolución que correlaciona con una ruptura sentimental y problemas económicos derivados de la misma. Al inicio del cuadro persistían las erecciones matutinas, siendo inexistentes en el último mes. Asintomático en consulta se decide realizar estudio analítico de la disfunción dada la edad del paciente y la ausencia de comorbilidades que pudieran causarla.

Enfoque individual. Antecedentes personales:

No reacciones alérgicas medicamentosas conocidas, trastorno adaptativo en resolución sin tratamiento farmacológico en la actualidad y no otros antecedentes personales médico-quirúrgicos de interés.

Exploración física: Constantes vitales y exploración urológica (testes, cordón espermático, anillo inguinal superficial, pene y perineo) sin alteraciones.

Pruebas complementarias: Hemograma y bioquímica con hallazgos anómalos de prolactina 87. 8-84.5 ng/dL, folitropina 27.7-29.6 mUI/mL y lutotropina 9.5-10 mUI/mL. Resto todas normales incluidas hormonas tiroideas y testosterona. Tras una primera visita a Endocrinología, solicitan nuevo control analítico, resonancia magnética nuclear con gadolinio y cariotipo.

Enfoque familiar y comunitario: El paciente no presenta hermanos ni descendencia. Familiares de primer y segundo grado sin alteraciones endocrinológicas descritas, tras la revisión de historias clínicas.

Juicio clínico: Hiperprolactinemia. Datos de hipergonadismo hipergonadotropo.

Diagnóstico diferencial: Disfunción eréctil (DE) psicógena, DE endocrinológica, diabetes mellitus, arteriosclerosis, fármacos (diuréticos tiazídicos, betabloqueantes, estrógenos, agonistas GnRH, antagonistas H₂, espirolactona, antidepresivos, antipsicóticos: ISRS, neurolepticos, tricíclicos.), hábitos tóxicos (etanol, cocaína, marihuana, tabaco), alteración de la médula espinal sacra o traumatismo peritoneal o pélvico.

Tratamiento, planes de actuación: Cabergolina 0.25 mg vía oral los lunes y jueves antes de acostarse.

Evolución: El paciente continúa con disfunción eréctil en la actualidad, a la espera de completarse su estudio para iniciar nuevas terapias y ser valorado por Urología.

Conclusiones

La disfunción eréctil es un trastorno muy prevalente que el paciente todavía hoy suele ocultar por lo que el Médico de Familia debe realizar una detección activa de la misma. La edad precoz y la ausencia de comorbilidades debe orientarnos hacia una etiología poco frecuente: DE endocrinológica.

Palabras clave

Erectile Dysfunction, Hyperprolactinemia, Hypogonadism

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Trastorno depresivo con ideas suicidasPérez Cornejo Y¹, Mellado Prenda C², Pazos Pazos N¹¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Gibraleón. Huelva² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Adoratrices. Huelva**Ámbito del caso**

Atención hospitalaria urgencias.

Motivo de la consulta

Ingesta medicamentosa con intención autolítica.

Historia Clínica

Mujer de 31 años con sentimientos de tristeza, falta de ánimo frustración, pérdida de 12 kg de peso en los últimos 4 meses por hiporexia e insomnio, desesperanza con elevada labilidad emocional llegando a verbalizar ideas de muerte.

Enfoque individual: Mujer 31 años, sin antecedentes patológicos ni enfermedades psiquiátricas. En urgencias: somnolienta, la madre indica que se tomó 30 comprimidos de midazolam. Se hace lavado gástrico administran flumazenilo y naloxona IV. Constantes vitales normales; ECG y analítica normal salvo tóxico en orina positivo para benzodiazepinas. Posteriormente está consciente orientada y asintomática. Valoración Psiquiátrica en urgencias: escasamente colaboradora, actitud hostil, lenguaje depreciativo, con sentimiento de desesperanza indicando que se encuentra mal desde hace 5 años, con disconformidad de su imagen corporal (estrías en abdomen tras su último embarazo) que dificultan sus relaciones interpersonales, también refiere sobrecarga a nivel laboral y con la crianza de sus hijas indica que ya no puede más sola, que quiere morirse, reiterándolo en varias ocasiones.

Enfoque familiar y comunitario: Soltera, madre de 2 niñas de 7 y 5 años. Hija única de padres separados.

Juicio clínico: Es diagnosticada de Trastorno depresivo mayor con ideas suicidas.

Estableciéndose un diagnóstico diferencial con Consumo de sustancias tóxicas.

Tratamiento, planes de actuación: Inicia tratamiento con escitalopram a dosis bajas; explicándole que el fármaco tarda 3 semanas en comenzar su efecto y la importancia de tomarlo cada día y lorazepam 1 mg por la noche si insomnio y/o crisis de ansiedad hasta que el antidepresivo empiece a hacer efecto.

Evolución: 2 meses después se encuentra bien, más sonriente, indicando que duerme y come bien, ha vuelto a trabajar; se reajusta la dosis de escitalopram y continúa en terapia combinada.

Conclusiones

Hay pocos trastornos psicológicos que sean tan debilitadores y ninguno que produzca tanto sufrimiento como la depresión pero con una oportuna intervención de tratamiento psicofarmacológico podemos ayudar a nuestros pacientes. En general los pacientes depresivos y con ideas suicidas están dispuestos a hablar de sus intenciones y para algunos la necesidad de desahogarse con alguien que les toma en serio es terapéuticamente positivo. Para el diagnóstico y seguimiento en atención Primaria de un paciente con depresión mayor, la familia es un pilar fundamental, puede cooperar aportando información sobre la estructura y funcionamiento familiar. Además puede contribuir a que el enfermo realice correctamente el tratamiento y acuda a sus citas de seguimiento, alertando de la aparición de síntomas de alarma.

Palabras clave

Depresión, suicidio, tratamiento

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

El peor dolor de cabeza de mi vidaValenzuela Cortés M¹, Márquez Martínez A², Matamoros Contreras N³¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Loreto Puntales. Cádiz² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Cayetano Roldan. San Fernando (Cádiz)³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Merced. Cádiz**Ámbito del caso**

Urgencias Hospitalarias.

Motivo de la consulta

Cefalea de 72 horas de evolución.

Historia Clínica

Cefalea holocraneal de 72 horas de evolución, muy intensa, que no cede a analgésicos habituales, provocando náuseas y dos episodios de vómitos en escopeta. Lo describe como el peor dolor que ha tenido nunca.

Exploración: TA 120/70. Glasgow 15/15. A la exploración neurológica, ligera rigidez de nuca al explorar los meníngeos. Su médico solicita EKG, Radiografía de Tórax y Analítica, siendo todas las pruebas normales. Se pauta tratamiento con Diazepam y Paracetamol, persistiendo el dolor, por lo que se decide realizar TAC cráneo sin contraste IV. En TAC cráneo se visualiza hiperdensidad en cisterna supraselar, de predominio derecho, en cisura de Silvio y en línea media interhemisférica anterior, compatible con HSA subaguda. En sistema ventricular existe dilatación de astas temporales y occipitales e imágenes hiperdensas en su interior que sugieren invasión ventricular del sangrado.

Enfoque individual: Paciente de 35 años de edad. Sin antecedentes personales de interés.

Enfoque familiar y comunitario: Núcleo familiar en etapa IV, contracción Realiza controles de salud con su médico de Atención Primaria. Nivel socio-cultural alto.

Juicio clínico: Hemorragia Subaracnoidea.

Sería necesario realizar *Diagnóstico Diferencial* con otros tipos de cefalea, como la migraña o la cefalea en racimos; así como con accidentes cerebrovasculares, disección aneurisma, meningitis y encefalitis, tumores y abscesos cerebrales.

Tratamiento, planes de actuación: Se deriva a Servicio de Neurología, donde se decide angio TAC cerebral: Aneurisma bilobulado en carótida supraclinoidea derecha de 6 mm y 4,5 mm; por lo que se decide embolización del saco aneurismático.

Evolución: Buen resultado de la intervención. No incidentes ni complicaciones tras su paso por UCI.

Conclusiones

La mayoría de las HEMORRAGIAS SUBARACNOIDEAS (HSA) no traumáticas tienen su origen en la rotura de un ANEURISMA CEREBRAL; el diagnóstico está basado sobre todo en la clínica que nos refiere el paciente y para poder orientar las pruebas complementarias necesarias. Suelen referirla como "la peor cefalea de su vida", la exploración puede ser anodina. Normalmente, los síntomas de alarma no se manifiestan claramente, por lo que es indispensable la **Historia Clínica** para ser certeros en el Diagnóstico. No olvidemos que es un motivo de consulta que podría llegar a nuestra consulta de Atención Primaria y no debemos olvidar pensar en esta patología.

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

A propósito de un caso. Importancia de realizar una buena historia clínica

Lozano Sánchez M, Gómez Jiménez MI, Molero Fernández MM

*MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Puerto de la Torre. Málaga***Ámbito del caso**

Urgencias hospitalarias.

Motivo de la consulta

Dolor en FRD.

Historia Clínica

Varón, 73 años. Hábitos tóxicos: fumador 30 paquetes/año. Bebedor ocasional.

Antecedentes personales: HTA, DMNID, hernia de hiato, neoplasia de próstata y neoplasia vesical. IQ: RTU por neoplasia próstata y vesical y orquiectomía bilateral. Tto habitual: gliclacida, pantoprazol, solifenacina, hierro, resto de medicación prescrita no la toma.

EA: Paciente que acude al Servicio de Urgencias por dolor en FRD tipo cólico que se irradia hacia plano anterior e hipogastrio de 2 semanas de evolución con diuresis conservada y urgencia miccional, no fiebre, náuseas sin vómitos, hábito intestinal más estreñido de lo habitual. El paciente comenta que está en seguimiento por Urología y Oncología por neoplasia vesical. Comenzó hace unos dos años con una neoplasia de próstata que fue tratada con radioterapia. Posteriormente infiltración seminomatosa y vesical donde se demostró el origen urotelial, tratada con RTU, orquiectomía bilateral y quimioterapia. En sucesivas revisiones, progresión de la enfermedad tumoral con metástasis pulmonares. Revisando su historia, en dos semanas previas ha acudido en numerosas ocasiones por clínica similar, tratándolo como un CRU no complicado.

En pruebas complementarias se observa un ligero empeoramiento de la función renal con Cr 1,27 a 1.46 y FG 60 a 47 (previa hace 2 meses

normal) y TAC tóraco-Abdominal de dos semanas previas del inicio del cuadro informado como progresión radiológica con aumento de nódulos pulmonares, nódulos hepáticos y ureterohidronefrosis a nivel derecho (grado III-IV/IV) con ligera ectasia izquierda secundario a infiltración tumoral de ambos uréteres distales.

Enfoque individual: Importancia de revisar el historial clínico del paciente, lo que habría evitado numerosas visitas.

Enfoque familiar y comunitario: Valoración de los antecedentes tanto personales como familiares para realizar una buena historia clínica de los pacientes que nos oriente lo máximo posible en el diagnóstico.

Juicio clínico: Uropatía obstructiva secundaria a evolución de su enfermedad, con deterioro progresivo de la función renal y sintomatología de CRU.

Tratamiento, planes de actuación: Pendiente de valoración por Oncología para quimioterapia paliativa y manejo sintomático del dolor.

Evolución: El paciente está a la espera de comenzar tratamiento paliativo, tras desestimar la cirugía.

Conclusiones

La importancia de realizar una adecuada anamnesis, historia clínica y revisión de la misma para poder realizar un enfoque diagnóstico más preciso.

Palabras clave

Historia, Revisión, Anamnesis

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Un dolor de madrugada

Gallego Castillo EN¹, Casado Sánchez I², Duran Chiappero MR²¹ CS Coín. Málaga² Médico DDCU DS Málaga**Ámbito del caso**

Urgencias extrahospitalarias/hospitalarias.

Motivo de la consulta

Dolor brazo.

Historia Clínica

Paciente que avisa al Servicio de Urgencias extrahospitalarias por dolor en brazo izquierdo de varias horas de evolución que no mejora con analgésicos.

Enfoque individual. Antecedentes personales: No alergias medicamentosas. Exfumador. Adenocarcinoma páncreas diagnosticado en 2014 en estadio paliativo. Carcinomatosis peritoneal. Tratamiento: Dexketoprofeno 25 mg, bromazepam 1.5 mg, morfina 30 mg, dexametasona 4 mg, Metamizol 575 mg, omeprazol 20 mg, lorazepam 1 mg. Enfermedad actual: Varón de 53 años que avisa al Servicio de Urgencias extrahospitalarias por dolor brusco en brazo izquierdo que aumenta con los movimientos de 6 horas de evolución. No traumatismo. Estreñimiento.

Exploración: Paciente pálido, sudoroso, regular estado general. Eupneico. Auscultación cardiorrespiratoria: Tonos rítmicos. Hipoventilación en ambas bases. Abdomen normal. Crepitación a la palpación parte superior izquierda de la espalda hasta columna vertebral. Eritema en región periaxilar posterior. *Analítica:* Hemograma: leucocitos 15.100, neutrófilos 14.000. Tiempo de protrombina 51%. Bioquímica: glucosa 117 mg/dL, Creatinina 2,27 mg/dL, filtración glomerular 32 mL/min, sodio 130 mEq/L, cloro 92 mEq/L, lipasa 120 U/L, Aspartato transaminasa 527 U/L, Alanina transaminasa 117 U/L, gamma glutamiltransferasa 451 U/L, fosfatasa alcalina 238 U/L, bilirrubina total 1,38 mg/dL, bilirrubina directa 0,70 mg/dL, proteína C reactiva 468 mg/L, pH 7,2, presión parcial CO₂ 29,5 mmHg, bicarbonato

12,7mmol/L. Rx tórax: índice cardiotorácico normal. No condensación ni derrame pleural. A nivel subdiafragmático izquierdo imagen de neumoperitoneo. Rx miembro superior izquierdo: gran enfisema subcutáneo desde brazo izquierdo hasta espalda y flanco izquierdo.

Enfoque familiar y comunitario: Casado con una hija.

Juicio clínico: Enfisema subcutáneo secundario a perforación víscera hueca. Sepsis secundaria a perforación víscera hueca.

Diagnóstico diferencial: Dolor osteomuscular, neumotórax, síndrome coronario agudo.

Tratamiento, planes de actuación: Se administra al paciente medicación opiácea intravenosa. Se traslada a urgencias hospitalarias.

Evolución: El paciente desafortunadamente fallece a las 4 horas de nuestra asistencia.

Conclusiones

Reflexionar sobre la importancia de la exploración física en nuestra práctica. No dejarnos llevar por la inercia diagnóstica y terapéutica. De no haber realizado una buena exploración, podríamos haber realizado un diagnóstico erróneo, que aunque desgraciadamente no hubiese alterado la evolución clínica del paciente, sí influyó en el tratamiento del dolor, administrando medidas de confort y realizando un tratamiento intensivo para paliar el sufrimiento del paciente.

Palabras clave

Subcutaneous Emphysema, Sepsis, Pneumoperitoneum

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

PericondritisAldeanueva Fernández C¹, Trillo Díaz EM², Tomás Monroy L³¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Torre del Mar. Málaga² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Vélez Norte. Málaga³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Vélez Sur. Málaga**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

Motivo de la consulta

Dolor de oreja derecha.

Historia Clínica

Mujer de 35 años, sin alergias a medicamentos. No hipertensión arterial, no diabetes, no dislipemia. Intervenciones quirúrgicas: amigdalotomía y adenoidectomía. Niega tratamiento habitual. Fumadora ocasional. Bebedora social. Profesión: vendedora ambulante. Acude a consulta por dolor en la oreja derecha desde hace 3 días. Refiere haber sufrido un traumatismo accidental en dicha oreja con una barra de hierro, mientras montaba su puesto de venta. Desde entonces la siente algo inflamada, habiendo tomado antiinflamatorios sin notar clara mejoría. Se hizo un pequeño corte con un saliente metálico al que no le dio importancia.

Enfoque individual: A la exploración se aprecia una herida inciso-contusa menor de 1 centímetro en borde superior de pabellón auricular derecho, con sangrado leve autolimitado. Se observan signos inflamatorios en el cartílago, con aumento moderado de partes blandas y eritema asociado. No supuración activa. Dolor a la palpación. No obstrucción de conducto auditivo.

Enfoque familiar y comunitario: Casada y con dos hijos. Vive en una zona deprimida de la ciudad.

Juicio clínico: Pericondritis.

Tratamiento, planes de actuación: Se pautó tratamiento antibiótico a base de Amoxicilina/ácido clavulánico cada 8 horas durante 10 días, con revisión mediante cita programada en consulta tras la primera semana de tratamiento. Se aconsejó evitar la manipulación innecesaria del pabellón auricular. Igualmente se fomentaron hábitos de higiene básica para prevenir complicaciones.

Evolución: Tras la primera semana de tratamiento desaparecieron la casi totalidad de los signos inflamatorios. Leve molestia durante la exploración. La paciente prosiguió con la pauta antibiótica, con resolución completa del cuadro en la siguiente revisión.

Conclusiones

La pericondritis es una infección del tejido que cubre el cartílago de la oreja. Se puede producir por traumatismos, perforación del cartílago (motivo muy prevalente en la actualidad), heridas. Puede llegar a destruir la estructura del pabellón auricular. Mediante un diagnóstico y tratamiento precoces desde atención Primaria es posible prevenir posibles complicaciones, así como conseguir la desaparición del cuadro, sin necesidad de derivación.

Palabras clave

Ear auricle, Infection, Trauma

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Dolor dorsolumbar de dos meses de evoluciónMorán Rocha T¹, Díaz Carrasco DM², Ballesteron Barrón M³¹ CS Bollullos Par del Condado. Huelva² Médico de Familia. CS Molino de la Vega. Huelva³ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Bollullos Par del Condado. Huelva**Ámbito del caso**

Multidisciplinar: Médico de Familia y Urgencias.

Enfoque familiar y comunitario: Vive con su mujer. Situación basal: activo.**Motivo de la consulta**

En seguimiento por su médico por dolor dorsolumbar irradiado a MII de dos meses de evolución de características mecánicas.

Juicio clínico: Derrame pleural masivo de origen infeccioso. Tromboembolismo pulmonar. Acidosis respiratoria en relación con toma de BZD y tramadol en paciente con EPOC.**Historia Clínica**

Comenzó tratamiento con AINEs, posteriormente: ketazolam 15mg/12h y tramadol 75 liberación retardada/12h. Radiografía de columna lumbar: sin alteraciones. Intensificó el tratamiento una semana después de acudir a su médico por dolor más intenso que le obligaba a dormir en sedestación, aumento de la inmovilización. El paciente no vuelve a acudir a su médico hasta cuadro sincopal la noche que acude a urgencias con bajo nivel de conciencia y taquipnea. Desde hacía 2-3 días sus familiares lo notan con somnolencia excesiva, bradipsiquia, disnea a mínimos esfuerzos, aumento de expectoración. Pérdida de peso de unos 14 Kg en dos meses que relacionan con dieta hipocalórica.

Tratamiento, planes de actuación: Toracocentesis. Angio TAC de tórax: TEP segmentario izquierdo sospecha de neoplasia central izquierda. Lesión metastásica pleural. Lesión lítica en cuerpo vertebral dorsal. Ecocardiografía: engrosamiento de densidad de partes blandas en VD en probable relación con trombo. Flumazenilo y naloxona con mejoría de somnolencia. Oxigenación

Evolución: Días después del ingreso desde observación, se confirma neoplasia con metástasis, se decide tratamiento paliativo.

Exploración física: Glasgow 14/15, taquipnea, taquicardia, saturación de O₂ 50%. Mejoría del nivel de conciencia tras flumazenilo. Tonos rítmicos sin soplos, MV disminuido en hemitórax izquierdo, matidez a la percusión. Radiografía de tórax derrame pleural izquierdo masivo. EKG: eje derecho, BIRDHH, patrón SIQIITIII.

Conclusiones

La aportación del caso para el Médico de Familia radica en búsqueda de los signos de alarma en las raquialgias, la revisión del proceso y de los posibles efectos secundarios de los fármacos prescritos para el dolor, sobre todo en pacientes con patología de base (en este caso, paciente EPOC) y la prescripción de BZD de vida media larga con dosis altas de opioides débiles.

Enfoque individual: Varón de 62 años con AP: HTA, DLP, EPOC, fumador de 30 cigarros/día desde hace más 35 años.

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Adolescente con somatizaciones abdominalesRodríguez López S¹, Bermúdez Torres FM², González Contero L³¹ Médico de Familia. CS Montealegre. Jerez (Cádiz)² Médico de Familia. UCCU Arcos de la Frontera. Cádiz³ Médico de Familia. Urgencias Hospital De San Carlos. San Fernando (Cádiz)**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

Motivo de la consulta

Dolor abdominal en zona epigástrica irradiado a hipocondrio.

Historia Clínica

Adolescente de 13 años que ha consultado en varias ocasiones por presentar dolor abdominal intermitente, que se ha hecho persistente, en zona epigástrica, irradiado a hipocondrio derecho. No mejora con analgesia habitual, no lo relaciona con las comidas ni con el ayuno y no presenta otra sintomatología asociada (no vómitos ni diarreas, ni pérdida de peso). Se interroga sobre problemas familiares o escolares que niega menarquia a los 11 años y fecha de última regla la semana previa a la consulta.

Antecedentes personales: Sin interés. Cursa 1º de la ESO, con buen rendimiento académico, aunque refiere que le cuesta un poco adaptarse.

Indecentes familiares. Padres sanos. Hermano de 6 años sano.

A la exploración física no presenta hallazgos destacables, salvo dolor a la palpación de zona epigástrica e hipocondrio derecho con Murphy negativo. Exámenes complementarios: Hemograma: normal. VSG normal. Perfiles básico, renal, hepático y tiroideo normales. Bioquímica e iones: normales. PCR normal. Amilasa y lipasa normales. Inmunoglobulinas normales. Marcadores de enfermedad celiaca negativos. Coprocultivo negativo. Detección de antígeno de *Helicobacter Pylori* negativo. Ecografía abdominal normal. Test de hidrógeno espirado a glucosa: sin alteraciones. Se programa para endoscopia digestiva alta, que

finalmente no se realiza, porque la chica confiesa, entre lágrimas, que dos compañeras de su centro escolar la están acosando.

Enfoque individual: Adolescente sana.

Enfoque familiar y comunitario: Padres sanos. Hermano sano. Buena red familiar y social.

Problema: Dolor abdominal persistente que no mejora con analgesia, IBP y con estudio normal.

Juicio clínico: somatización intestinal por buling.

Diagnóstico diferencial: gastritis aguda, úlcera gástrica, pancreatitis.

Tratamiento, planes de actuación: Ante la confesión del acoso escolar, se puso en conocimiento de centro de enseñanza secundaria y se inicia psicoterapia, con retirada de analgesia.

Evolución: La evolución fue favorable tras retirar el agente estresante y facilitar el apoyo escolar y familiar, así como la psicoterapia, con desaparición total de la sintomatología.

Conclusiones

El dolor abdominal en muchas ocasiones puede ser funcional, orgánico o traducir problemas psicológicos como nuestro caso, que debemos indagar a través de la historia clínica, e insistir en el mismo, ya que en general, no se suele sospechar de inicio.

Palabras clave

Dolor Abdominal, Adolescente, Somatizaciones

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Linfangitis Carcinomatosa poco usualSánchez Relinque E¹, Rivas Rivas M², Galindo Román I³¹ Hospital Línea de la Concepción. Cádiz² Especialista Digestivo. Hospital Universitario Puerto Real. Cádiz³ Médico de Familia. CS Levante. Cádiz**Ámbito del caso**

Mixto, CS y Hospitalario.

Motivo de la consulta

Disnea.

Historia Clínica

Varón de 53 años de edad, trabajador de una empresa de mudanzas, fumador de 30 cigarrillos/día, sin tratamiento médico ni antecedentes familiares. Presentaba clínica de disnea leve en el trabajo de dos meses de evolución que le obligó a suspender actividades de esfuerzo moderado, además se acompañaba de una pérdida de 5kg de peso. La disnea fue en progresión a mínimos esfuerzos por lo que acude a su CS con radiografía de tórax que informa de neumonía y es tratado con antibiótico oral, a los 15 días acude a urgencias e ingresa por disnea aguda y aparición de dolor anal. Se encontraba afebril, crepitantes aislados, el abdomen y tacto rectal sin hallazgos relevantes. Ligera leucocitosis y aumento reactantes de fase aguda, resto normal, marcadores tumorales normales. La radiografía de tórax por la clínica desfavorable del paciente y la no respuesta al tratamiento antibiótico podría ser compatible con afectación metastásica, se realiza TAC Tórax que sugiere linfangitis carcinomatosa y se solicita biopsia transbronquial que confirma diagnóstico. Se inicia estudio de primario desconocido, con ecografía abdominal normal y colonoscopia completa con diagnóstico de neoplasia de recto superior con confirmación histológica de adenocarcinoma, y RMN pélvica tumor que invade grasa mesorectal sin infiltrar órganos vecinos.

Enfoque individual. Antecedentes personales: Sin enfermedades de interés, fumador.

Enfoque familiar y comunitario: Madre fallecida por cáncer de mama y padre con gran carga de trabajo. Un hermano sano.

Juicio clínico: Adenocarcinoma de Recto con linfangitis carcinomatosa.

Tratamiento, planes de actuación: El paciente reusó al tratamiento quimioterápico paliativo. Fue llevado por su médico de familia con óptimo control de síntomas hasta su fallecimiento.

Evolución: La enfermedad evolucionó rápido, falleciendo a los 3 meses, pero sin dolor y con buen control de síntomas desde Atención Primaria.

Conclusiones

La linfangitis carcinomatosa es la diseminación intrapulmonar de una neoplasia metastásica a través de vasos linfáticos y tejido conectivo contiguo, representa el 6 – 8% de las metástasis pulmonares. Clínicamente presenta disnea rápidamente progresiva, tos no productiva, y síndrome constitucional. Se origina a partir de adenocarcinomas, principalmente de mama, pulmón y estómago, seguidos en frecuencia por las neoplasias de colon, páncreas y próstata. Presentamos un caso poco frecuente de metástasis atípica en el cáncer de recto.

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Arteritis de la Temporal, ¿pensamos en ella en la consulta?Sánchez Relinque E¹, Rivas Rivas M², Galindo Román I³¹ Medicina Interna. Hospital Línea de la Concepción. Cádiz² Especialista Digestivo. Hospital Universitario Puerto Real. Cádiz³ Médico de Familia. CS Levante. Cádiz**Ámbito del caso**

Mixto, atención Primaria y hospital.

Motivo de la consulta

Cefalea.

Historia Clínica

Mujer de 57 años que acude al CS por cefalea de 2 meses de evolución a nivel fronto-occipital, de carácter continuo, aunque variando la intensidad, sin respetar el sueño, algo más intenso al peinarse o tocarse el pelo, sin más clínica acompañante. Ha estado tomando naproxeno 550 cada 12 horas y metamizol 575 cada 8 horas, consiguiendo solo respuesta parcial. Perdida de 7 kg. Buen estado general, bien hidratada y perfundida. Constantes normales, solo llama la atención una saturación del 94%. Palidez mucocutánea, que relaciona que no le da el sol porque aún se siente peor. Arterias temporales simétricas, pulso normal pero impresiona mayor sensibilidad de la zona, no signos meníngeos, pares craneales normales, pupilas isocóricas y normorreactivas para luz y acomodación, fuerza 5/5 en todas las extremidades, ROT conservados. Hemograma donde destaca HB de 9,5 gr/dl microcítica y VSG de 55 mm en la 1ª hora. Bioquímica normal. ANA negativo. TAC de cráneo que es normal. Ante la normalidad de estas pruebas respecto al caso, solo la clínica, cefalea de reciente comienzo o con características diferentes, con cierta sensibilidad en el recorrido de la arteria temporal y la edad mayor de 50 años, la VSG, ligeramente mayor de 50

mm/h nos hacían pensar en la Vasculitis de grandes vasos como primera opción. Se pide biopsia de la arteria temporal que nos comunica que no está indicado con estos datos, por lo que optamos por pedir PET. En el PET se demostró una captación en los vasos con alta actividad metabólica, por lo que finalmente se realizó la biopsia. En la Biopsia de la arteria temporal se informa como infiltrado inflamatorio granulomatoso compatible con Arteritis de la Temporal.

Enfoque individual: Alto nivel de estrés por el trabajo.

Enfoque familiar y comunitario: Soltera con una hija. Un tío falleció por glioblastoma.

Juicio clínico: Arteritis de la temporal.

Tratamiento, planes de actuación: Se inició tratamiento con prednisona 1 mg/kg/día con óptimo resultado respecto a la cefalea. También mejoró la anemia, con una HB de 12,3 mg/dl al mes. La VSG no obstante se mantuvo similar.

Evolución: La paciente se encuentra asintomática.

Conclusiones

Tenemos que estar atentos a los diferentes tipos de Cefaleas que acuden a nuestra consulta.

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Alteración neurológica en paciente con abuso de alcohol

Flores Cebada EM¹, Pérez Eslava M², Naranjo Muñoz C³

¹ Médico de Familia. CS Vejer de la Frontera. Cádiz

² Médico de Familia. CS Sanlúcar. Cádiz

³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Loreto. Cádiz

Ámbito del caso

Atención Primaria y urgencias.

Motivo de la consulta

Alteración del estado general.

Historia Clínica

Mujer de 58 años precisa valoración Médica tras encontrarla un familiar en su domicilio con actitud extraña.

Enfoque individual. Antecedentes personales: Consumo de alcohol superior a 80g/día, sin tratamiento actualmente.

Anamnesis: Su familiar refiere haberla encontrado en su domicilio en pésimas condiciones higiénico-dietéticas, con actitud ausente.

Exploración: Consciente, marcado deterioro del estado general, tendencia al sueño, bradipsiquia. Auscultación cardiopulmonar normal. Exploración neurológica difícil por no colaboración de la paciente, movimientos oculares anormales, alteración de la marcha.

Pruebas complementarias: Trasladamos a Servicio de Urgencias hospitalario realizándose analítica y TAC craneal normales.

Enfoque familiar y comunitario: Divorciada, vive sola, sin hijos. Tiene una hermana que vive en la localidad y la visita una vez a la semana.

Juicio clínico: Encefalopatía de Wernicke.

Diagnóstico diferencial: Encefalopatía de Wernicke, patología psiquiátrica, neoplasia, enfermedad cerebrovascular.

Identificación de problemas: posible trastorno neuropsiquiátrico en paciente con abuso de tóxicos.

Tratamiento, planes de actuación: Se cursa ingreso hospitalario y se inicia tratamiento con tiamina e hidratación con seguimiento por Neurología y Psiquiatría.

Evolución: Tras inicio de tratamiento, mejora de síntomas psiquiátricos, manteniendo al alta tratamiento, abstinencia alcohólica y seguimiento en su centro de atención Primaria, neurología y psiquiatría.

Conclusiones

La encefalopatía de Wernicke es una patología neuropsiquiatría debida al déficit de tiamina o vitamina B1 descrita en personas con alcoholismo además de otras enfermedades, cuya prevalencia real está infraestimada. El diagnóstico es fundamentalmente clínico con una tríada clásica cuadro confusional, alteraciones oculares y ataxia. El tratamiento es la administración temprana de tiamina, con lo cual debemos realizar una anamnesis y exploración física exhaustiva con los que poder realizar un diagnóstico certero e iniciar tratamiento necesario de forma precoz.

Palabras clave

Wernicke Encephalopathy, Alcoholism, Nervous System Diseases

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Dolor torácico atípico, cuando no es muscularLlimona Perea I¹, Alcarazo Fuensanta H², Perea Cejudo I³¹ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Ronda Histórica. Sevilla² MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Esperanza Macarena. Sevilla³ Médico de Familia. CS Pino Montano B. Sevilla**Ámbito del caso**

Nuestro caso se desarrolla en el ámbito de las urgencias hospitalarias.

Motivo de la consulta

El paciente consulta por un dolor torácico atípico, centrotorácico no irradiado, punzante, de dos semanas de evolución. No se acompaña de sensación disneica ni cortejo vegetativo. Se modifica con determinados movimientos y posturas, mejorando al incorporarse, y no presenta relación con la actividad física.

Historia Clínica

Varón de 67 años, con antecedentes personales de HTA y DM tipo II. Consulta por el dolor torácico atípico anteriormente descrito, de dos semanas de evolución y cuyas características se asemejan a un dolor torácico de tipo mecánico.

Exploración: Tiene buen estado general, no encontrándose alteraciones en la saturación ni auscultación cardiopulmonar.

Enfoque individual: Se enfoca el caso como un dolor atípico, realizándose las siguientes pruebas.

Pruebas complementarias: **Analítica:** Leucocitosis con neutrofilia y PCR 320. Troponina T 26. ECG: sin alteración. Radiografía de tórax: Aumento de densidad en base izquierda, compatible con zona de hipoventilación, y posible derrame pleural. Con estos **Resultados** y clínica, se plantea un posible caso de derrame pleural paraneumónico, se ingresa al paciente y se completa estudio, realizándose otras pruebas complementarias que aclararon el diagnóstico final.

Enfoque familiar y comunitario: de este caso es a nuestro parecer la necesidad de consultar al Médico de Familia este tipo de clínica, pudiendo quizás realizar un diagnóstico más precoz y derivar para atención hospitalaria de una forma más temprana.

Juicio clínico: Durante el ingreso, se le realiza al paciente un TAC torácico donde se identifica un engrosamiento pericárdico y un moderado derrame pericárdico que dada la clínica del paciente orienta el diagnóstico a pericarditis aguda. En parénquima pulmonar no se aprecia alteración y solo destaca una imagen compatible con restos mucosos en el bronquio principal izquierdo, que pudiera explicar la imagen de hipoventilación de base izquierda observada en la radiografía. Se completa estudio con Ecocardiografía que confirma el diagnóstico.

Tratamiento, planes de actuación: El paciente queda ingresado en planta hasta resolución del cuadro y estabilización, es dado de alta con cita de revisión en consultas de Cardiología.

Evolución: Favorable.

Conclusiones

Este caso nos parece provechoso para repasar posibles causas de dolor torácico atípico, y destacar la necesidad de realizar un buen diagnóstico diferencial, no acudiendo al dolor muscular como primera opción.

Palabras clave

Dolor en el Pecho, Pericarditis

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Varón de 48 años con cuadro de dolor abdominalSánchez Fernández EM¹, Trillo Díaz EM², Rodas Díaz M¹¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Torrox. Hospital Axarquía. Málaga² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC. Velez Norte. Hospital Axarquía. Málaga**Ámbito del caso**

Hospitalaria. Urgencias y Especializada.

Motivo de la consulta

Dolor y distensión abdominal.

Historia Clínica

Antecedentes personales: No alergias medicamentosas. Epilepsia en la infancia con oligofrenia residual leve. Intervenido de sinus pilonidal y obstrucción intestinal hace 20 años con brida congénita a nivel yeyunal con resección de 20 cm de intestino delgado. Varios ingresos hospitalarios hace 6 años por cuadro de obstrucción intestinal incompleta resueltos con tratamiento conservador. No tratamiento médico habitual.

Anamnesis: Paciente de 48 años que acude a Urgencias por cuadro de dolor y distensión abdominal progresiva de varios días de evolución asociado a discreta diarrea y nauseas sin vómitos. Afebril.

Exploración: Mal estado general, Cardiopulmonar: Normal. Abdomen con distensión masiva sin ruidos intestinales con cicatriz de laparotomía media supraumbilical. Restos de heces en ampolla rectal.

Enfoque individual. Pruebas complementarias:

Analítica: leucocitosis con neutrofilia. Amilasa 52 PCR 23. Coagulación normal. Radiografía (Rx) de abdomen: signos sugerentes de vólvulo de sigma. Se pauta sonda nasogástrica (SNG) y TAC *abdominal:* imagen sugerente de hernia interna (con asas de delgado y sigma) o vólvulo de sigma. Se realiza interconsulta con cirugía

de guardia que tras valoración, indica colonoscopia aspirativa urgente con devolvulación.

Enfoque familiar y comunitario: Núcleo familiar normofuncional, vive con su hermano, sin hijos, buen apoyo social.

Juicio clínico: Obstrucción intestinal por adherencias de intestino delgado y vólvulo de sigma.

Diagnósticos diferenciales: Adherencias, tumores, hernias, fecaloma, íleo biliar, bezoar.

Tratamiento, planes de actuación: Se ingresa en planta. Ante no mejoría de la clínica y TAC abdominal compatible con recidiva del vólvulo, se realiza nueva devolvulación endoscópica sin éxito, por lo que se decide cirugía electiva: Adhesiolisis de todo el intestino delgado y sigmoidectomía con anastomosis colorrectal termino-terminal. Apendicectomía profiláctica.

Evolución: Tras cirugía se mantiene con SNG y dieta absoluta durante 12 días, por presentar íleo adinámico. Posteriormente se reintroduce dieta oral con buena tolerancia. Derivándose al alta con revisión en consulta externa de cirugía.

Conclusiones

Ante la sospecha de una obstrucción intestinal, destacar la importancia de realizar una correcta historia clínica teniendo en cuenta los antecedentes personales.

Palabras clave

Tumor, Adherencia, Intestinal Obstrucción

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Cordón en el abdomen

Márquez Martínez A¹, Matamoros Contreras N², Valenzuela Cortés M³

¹ CS Dr. Cayetano Roldán Moreno. Cádiz

² CS La Merced. Cádiz

³ CS Loreto-Puntales. Cádiz

Ámbito del caso

Urgencias hospitalarias.

Motivo de la consulta

Cordón en hemiabdomen izquierdo.

Historia Clínica

Sin patologías conocidas ni otros antecedentes de interés. Mujer de 54 años que consulta por haberse notado cordón en hemiabdomen izquierdo. Lo describe como indoloro y no pruriginoso. Niega traumatismos en la zona. A la exploración, se aprecia trayecto lineal indurado de 12 cm de longitud y 4 mm de grosor, móvil, bien delimitado. Molesto a la palpación, no presenta eritema ni aumento de temperatura de la zona.

Enfoque individual: Ama de casa, casada con tres hijos.

Enfoque familiar y comunitario: Sin antecedentes familiares de interés. Barrio de nivel socio-cultural medio.

Juicio clínico: Enfermedad de Mondor, rotura de fibras musculares, infección por larva migrans, enfermedad de Ackerman, angeitis subaguda, angeitis por drogas y poliarteritis nodosa.

Tratamiento, planes de actuación: Se realizó analítica con coagulograma sin alteraciones y ecografía Doppler en la que se observó un vaso subcutáneo distendido, rama del sistema venoso tóraco Epigástrico con disminución del flujo sanguíneo. Se decidió tratamiento conservador con AINEs y calor local.

Evolución: De forma ambulatoria se solicitaron anticuerpos anticardiolipina, anticoagulante lúpico, anticuerpos antinucleares (ANA), ENA y DNA que no evidenciaron anomalías. El estudio histopatológico demostró una «trombosis venosa antigua recanalizada». El cuadro remitió en seis semanas sin dejar secuelas.

Conclusiones

La enfermedad de Mondor es una vasculopatía que consiste en una tromboflebitis superficial. En la mayoría de los casos afecta a la vena epigástrica, toracoepigástrica o torácica lateral. La etiopatogenia no es bien conocida, sólo en el 50 % de los casos se relaciona con una causa Primaria entre las que se han descrito: traumatismos directos, ejercicio físico intenso, mastitis e infecciones mamarias. Es importante destacar que existe una neoplasia de mama oculta en más del 12 % de los casos. El inicio del manejo de nuestra paciente se realizó en Urgencias Hospitalarias no obstante, una vez que el diagnóstico fue realizado, se derivó a su Médico de Familia. Cuando se interrogó acerca de las mamografías de control, la paciente confesó no haberse realizado nunca dicha prueba por fobia. Se realizaron varias intervenciones por parte de su Médico de Familia, consiguiendo finalmente que la paciente cumpliera un control mamario adecuado.

Palabras clave

Cord, Coagulation Disorder, Vasculopathy

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

¿Qué es lo que tengo, es algo malo? Caso de una paciente hipocondriacaPérez Cornejo Y¹, Mellado Prenda C², Pazos Pazos N¹¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Gibraleón. Huelva² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Adoratrices. Huelva**Ámbito del caso**

Atención hospitalaria urgencias.

Motivo de la consulta

Salida de heces por la vagina.

Historia Clínica

Mujer de 54 años que ha acudido en múltiples ocasiones a urgencias del hospital aquejando diversas patologías; en febrero de este año acude en 4 ocasiones por molestias en genitales siendo diagnosticada de hemorroides, valorada por Ginecología quien describe una induración de 6-7 cm en tercio inferior de labio mayor izquierdo que se prolonga a tercio externo de vagina, descarta patología ginecológica y recomienda descartar patología rectal, siendo derivada a consultas de Coloproctología. La paciente 10 días después es valorada por Coloproctología quien le corrobora el diagnóstico de hemorroides y pendiente de colonoscopia. La paciente se encuentra con mucho grado de ansiedad y preocupación que no puede esperar y además no conforme con el diagnóstico acude a médico privado quien según la paciente le dice que tiene un tumor en recto, pero no aporta informe médico.

Enfoque individual: Mujer de 54 años, sin antecedentes patológico de interés; en seguimiento por salud mental por trastorno ansioso-depresivo e hipocondría, en tratamiento con sertralina 50 mg y alprazolam de 1 mg. Acude a urgencias de Ginecología muy nerviosa refiriendo salida de heces por la vagina, repitiendo constantemente "es malo lo que tengo, me voy a morir"; en la exploración se evidencia fistula rectovaginal y masa indurada

muy dolorosa de 8 por 6 cm en cara anterior de vagina, analítica normal, se realiza interconsulta a Cirugía, se le pide un TAC abdominopélvico urgente donde se evidencia un tumor de recto con metástasis hepáticas múltiples y ascitis carcinomatosa e ingresa a cargo de Cirugía.

Enfoque familiar y comunitario: En proceso de separación. Sin hijos.

Juicio clínico: Cáncer de recto con metástasis hepáticas y ascitis carcinomatosa.

Diagnóstico diferencial: hipocondría/síndrome ansioso depresivo.

Tratamiento, planes de actuación: Se propone para Comité Oncológico e inicio de tratamiento quimioterápico.

Evolución: Estable, continúa con quimioterapia.

Conclusiones

Es difícil, prácticamente imposible delimitar una línea que separa la hipocondría de una enfermedad orgánica. En la actualidad, presenta un desafío desde el punto de vista diagnóstico, ya que resulta complicado su encuadre nosológico en los sistemas de clasificación actuales, quedando incluido dentro de los trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados.

Palabras clave

Ansiedad, Hipocondría, Somático

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Enfermedad de Behçet. A propósito de un casoMatamoros Contreras N¹, Castillo Calvo G², Escribano Tovar AC³¹ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC La Merced. Cádiz² MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC La Merced. Cádiz³ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC La Merced. Cádiz**Ámbito del caso**

Urgencias.

Motivo de la consulta

Lesiones dolorosas en tronco.

Historia Clínica

Varón 21 años. Consulta porque desde ayer por la mañana de manera brusca presenta lesiones dolorosas diseminadas y distribuidas en tronco, fundamentalmente en tercio superior (hombro y escote), y en menor medida, en extremidades inferiores y superiores. Además, lesiones pustulosas y aftas en mucosa oral y molestias oculares en ojo izquierdo con hiperemia conjuntival. No fiebre, ni astenia y mal estado general desde el inicio del cuadro. No artritis ni artralgiás, no episodios de tromboflebitis. Refiere cuadros de aftas orales que curan sin cicatriz con una periodicidad de dos a tres meses desde hace varios años.

Exploración: Buen estado general. Normocoloreado y normoperfundido, eupneico en reposo. Cavidad oral: algunas lesiones pustulosas, aftas en mucosa yugal perioral. ACR: tonos rítmico, sin soplos. Murmullo vesicular conservado. Se aprecian pústulas sobre base eritematoedematosa que se distribuyen de forma difusa afectando fundamentalmente tronco en tercio superior y medio, y extremidades. Se palpa en región gemelar izquierda nódulo subcutáneo doloroso al tacto de uno o dos centímetros. Exploración oftalmológica: Pupilas isocóricas y normorreactivas, hiperemia conjuntival sectorial nasal en OI. No tyndall.

Pruebas complementarias: En analítica no se aprecian alteraciones destacables salvo mínima elevación de PCR (11,2).

Enfoque individual: No alergias medicamentosas. No antecedentes médico-quirúrgicos de interés. No realiza tratamiento habitual.

Enfoque familiar y comunitario: Vive con sus padres. Buen apoyo familiar. Nivel socio-económico medio-Alto.

Juicio clínico: Posible Enfermedad de Behçet. Identificamos una aftosis oral recurrente, pseudofoliculitis y una sospecha epiescleritis nodular.

Tratamiento, planes de actuación: El paciente ingresa en Dermatología. Se realizan las pruebas complementarias pertinentes y se controla la sintomatología con corticoides, logrando remisión parcial de las lesiones cutáneas y orales. Para las aftas orales continúa tratamiento con fórmula magistral de acetónido de triamcinolona más lidocaína viscosa.

Evolución: El paciente ha presentado una evolución favorable, siendo diagnosticado finalmente de Enfermedad de Behçet.

Conclusiones

Es importante, sobre todo en este caso, realizar una buena anamnesis e integrar los signos y síntomas que nos refiere el paciente. De esta manera podemos orientar el diagnóstico y el tratamiento de una forma mucho más eficaz. Afecta a personas jóvenes y puede afectar el sistema nervioso central, la esfera oftalmológica y el sistema osteomioarticular, así como alteraciones psiquiátricas.

Palabras clave

Behçet Syndrome, Asthenia, Scleritis

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Metástasis en Intestino Delgado presentación poco usualSánchez Relinque E¹, Rivas Rivas M², Galindo Román I³¹ Medicina Interna. Hospital La Línea de la Concepción. Cádiz² Especialista Digestivo Hospital Universitario Puerto Real. Cádiz³ Médico de Familia. CS Levante. Cádiz**Ámbito del caso**

Mixto, CS y Hospital.

Motivo de la consulta

Dolor abdominal.

Historia Clínica

Varón de 75 años de edad que acude al CS por dolor de 2 semanas de evolución en fosa iliaca izquierda, que le dan punzadas y a veces incluso le despiertan por la noche. No fiebre, ligera pérdida de peso que no ha cuantificado, no náuseas, con tendencia al estreñimiento que es habitual en él, no más síntomas de interés. Abdomen blando y depresible sin defensa ni megalias, ligero aumento del dolor en fosa iliaca izquierda a la palpación profunda. Tránsito audible y normal. Se le pide analítica, RX tórax y se le pauta omeprazol y metamizol. Vuelve a por los resultados, con Rx tórax donde se aprecia un nódulo de unos 6 cm en lóbulo superior derecho que impresiona cavitado de bordes bien definidos y la analítica donde solo se aprecia ligera elevación de la PCR y el fibrinógeno, discreta leucocitosis con neutrofilia y ligera anemia de características microcíticas. Ante la sospecha de lesión compatible con TBC y diverticulitis se aconseja al paciente acudir a Urgencias, que reusa, alegando que no se encuentra mal, y que el dolor esta mejor desde que se le prescribió el tratamiento. Se pide Mantoux y TAC de Tórax. A las 2 semanas acude por dolor abdominal más importante por lo que se habla con Internista de referencia y se realiza ecografía

abdominal y directamente radiología le realiza TAC de abdomen con contraste con resultado imágenes de asas de intestino Delgado principalmente yeyuno, moderadamente dilatadas y engrosadas de forma irregular con burbujas de aire. TAC de tórax: lesión nodular de bordes irregulares que podría corresponder a Adenocarcinoma de pulmón. La biopsia duodenal se informa como compatible con metástasis de adenocarcinoma poco diferenciado.

Enfoque individual: Jardinero. Fumador de 20 cig/día durante más de 40 años. Obeso. Hipertensión Arterial.

Enfoque familiar y comunitario: Casado con 2 hijos que viven en el extranjero.

Juicio clínico: Adenocarcinoma de pulmón con metástasis a intestino delgado.

Tratamiento, planes de actuación: Reusa al tratamiento.

Evolución: Fallece a los 4 meses con buen control de los síntomas por medicina de familia.

Conclusiones

Las especialidades generalistas nos permite abarcar al Paciente de forma global, lo que es fundamental en casos como este.

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Fiebre de Origen Desconocido

Vega Calvellido M¹, Real Campaña MSV², Gómez Rodríguez S¹

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Puerto Real. Ribera del Muelle (Cádiz)

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Casines. Cádiz

Ámbito del caso

Urgencias.

Motivo de la consulta

Fiebre sin foco de 6 días de evolución.

Historia Clínica

Varón de 52 años que acude al Servicio de Urgencias hospitalarias por fiebre de 6 días de evolución, sin foco aparente. Asocia malestar general y pérdida ponderal de 4 kg en el último mes. Refiere síndrome diarreico de larga data estudiado por Digestivo, sin hallazgos.

Enfoque individual. Antecedentes personales: Intolerancia a AAS. Bebedor de 2-3 cervezas/día. Hipercolesterolemia. Apendicectomizado. Sin tratamiento crónico.

Exploración física: BEG, COC, BHYP, eupneico en reposo. Resto de la exploración anodina.

Pruebas complementarias: Bioquímica en la que se encuentra GOT 69 U/L, LDH 428 U/L, PCR 3.05 mg/dl, resto normal. Hemograma en el que se encuentra leucocitopenia con neutropenia, resto normal. Radiografía de tórax y abdomen normales. Serología en la que encuentra IgM fase II Coxiella 1/1536, resto negativa. Mantoux negativo. Ecografía abdominal: normal.

Enfoque familiar y comunitario: Casado con 3 hijos. Acude anualmente al CS para control analítico. Trabaja en un supermercado. Convive con dos perros y tiene contacto frecuente con el medio rural. Nivel socio-económico medio.

Juicio clínico: Fiebre Q aguda.

Tratamiento, planes de actuación: Doxicilina 100 mg/12 horas durante 14 días. Control analítico en 1 mes para despistaje de cronificación.

Evolución: Estable, sin incidencias, con buena respuesta a tratamiento. Analítica de control normal.

Conclusiones

La fiebre Q es una zoonosis producida por *Coxiella Burnetii*. Su reservorio principal son los animales de granja, aunque puede encontrarse también en animales domésticos, aves y artrópodos. La vía de transmisión humana más frecuente es por inhalación de aerosoles contaminados. Se extiende a nivel mundial, aunque su incidencia es variable, siendo la provincia de Cádiz un entorno de alta incidencia. Una de sus características principales es su gran variabilidad clínica, lo que dificulta su diagnóstico. Habitualmente, es una patología de fácil resolución y buen pronóstico. Sin embargo, puede cronificar hasta en un 5% de los casos, siendo la endocarditis la manifestación clínica más frecuente de la forma crónica. Por ello, dada la alta presencia de esta zoonosis en nuestro medio, nos parece importante tenerla en cuenta ante todo paciente con manifestaciones clínicas inespecíficas, de origen no filiado y compatible con Fiebre Q.

Palabras clave

Fiebre Q, *Coxiella Burnetii*, Animales Domésticos

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Dolor abdominal: el gran simuladorGallego Castillo EN¹, Casado Sánchez I², Duran Chiappero MR²¹ Médico de Familia. CS Coín. Málaga² Médico DDCU Distrito Málaga**Ámbito del caso**

Urgencias extrahospitalarias. Atención hospitalaria.

Motivo de la consulta

Dolor abdominal.

Historia Clínica

Mujer 84 años, avisa a Urgencias extrahospitalarias por dolor en epigastrio tras almorzar, se irradia a abdomen y vómito. No alteración hábito intestinal. No coluria ni acolia. No episodios previos. Tratada hace 10 días por herpes zoster cutáneo en abdomen.

Enfoque individual: Alergia a Trimetoprim/sulfametoxazol. No tóxicos. Hipertensión, dislipemia, insuficiencia renal crónica estadio III, hipotiroidismo. Polimialgia reumática. Tratamiento: levotiroxina 75 mcg, prednisona 5 mg, atorvastatina 10 mg, enalapril 20 mg/hidroclorotiazida 12,5 mg, metamizol 575 mg, omeprazol 20 mg, loperazolam 1 mg. Buen estado general. Consciente, orientada. Normocoloreada. Eupneica. Auscultación cardiorrespiratoria: Normal. Abdomen blando y depresible, doloroso a la palpación en epigastrio, no peritonismo. Ruidos hidroaéreos presentes. Lesiones cutáneas por Herpes zoster en resolución. Hemoglobina 10.7 g/dl, leucocitos 14.000, neutrófilos 86%. Tiempo protrombina 57%. Creatinina 2,27 mg/dL, urea 100 mg/dL, filtración glomerular 19 mL/min, amilasa 4248 U/L, Aspartato transaminasa 159 U/L, Alanina transaminasa 74 U/L, gamma glutamiltransferasa 207 U/L, proteína C reactiva 7,9 mg/dL. Rx tórax: Normal. Electrocardiograma: Normal. Ecografía abdomen: Normal. TAC abdominal sin contraste: Derrame pleural bilateral. Vesícula biliar normal. Páncreas de tamaño normal con rarefacción de grasa periférica compatible con proceso inflamatorio. Líquido libre esplénico y en pelvis.

Enfoque familiar y comunitario: Casada, cuidadora principal de marido con demencia. Buen soporte familiar.

Juicio clínico: Pancreatitis aguda edematosa estadio B de Balthazar, posible etiología vírica.

Diagnóstico diferencial: Cólico biliar, isquemia mesentérica, epigastralgia, síndrome coronario agudo.

Tratamiento, planes de actuación: La paciente es trasladada a Urgencias hospitalarias para realización de pruebas complementarias. Iniciamos tratamiento analgésico durante el traslado.

Evolución: Ingreso Digestivo, buena evolución sintomática y analítica.

Conclusiones

Lo interesante es el diagnóstico diferencial que nos planteamos desde las urgencias extrahospitalarias por la sintomatología que presenta la paciente. En función de nuestro diagnóstico de sospecha así será nuestra actuación, realizando tratamiento domiciliario, derivación o traslado a centro hospitalario para realización de pruebas complementarias y tratamiento. En ello nos encontramos a diario los profesionales que trabajamos en urgencias extrahospitalarias contamos con recursos limitados para tomar una decisión. Una buena anamnesis y exploración, así como utilizar los recursos a nuestra disposición, serán nuestros mejores aliados para realizar el mejor diagnóstico posible mejorando la evolución del paciente y facilitando el trabajo de nuestros compañeros en el hospital.

Palabras clave

Pancreatitis, Epigastric Pain, Biliary Colic

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Cuadro confusional agudo con mala evoluciónMellado Prenda C¹, Pérez Cornejo Y², Luna Pereira M³¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Adoratrices. Huelva² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Gibraleón. Huelva³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Molino de la Vega. Huelva**Ámbito del caso**

Atención hospitalaria en el Servicio de Urgencias.

Motivo de la consulta

Varón de 67 años que acude al Servicio de Urgencias por cuadro confusional agudo de 24h de evolución.

Historia Clínica

Acude por cuadro confusional de inicio en las últimas 24h con deterioro neurológico progresivo, habiendo llegado a intentar arrancarse la sonda vesical en varias ocasiones, poca respuesta a estímulos externos y agresividad. No ha presentado fiebre. A su llegada al Servicio de Urgencias presenta cierta agresividad al realizar la exploración, con hallazgos de Glasgow 11/15, pares craneales conservados, fuerza y sensibilidad conservadas.

Enfoque individual: Varón de 67 con antecedentes personales de HTA, Síndrome prostático con sondaje vesical permanente y Meningitis en el año 2006.

Enfoque familiar y comunitario: Casado y con hijos. Su mujer es la que contesta la entrevista clínica ante la imposibilidad de colaboración del paciente. Muestra gran preocupación por la evolución de la clínica que inicialmente achacó a nerviosismo pero que claramente ha ido en aumento y empeoramiento.

Juicio clínico: Ante un cuadro confusional agudo hay que tener en cuenta la posibilidad de organicidad del cuadro, pero también descartar

intoxicaciones como principal diagnóstico diferencial. Se realiza un ECG que resulta normal, analítica incluyendo tóxicos sin hallazgos y se solicita un TAC craneal urgente en el que se objetiva una hemorragia subaracnoidea.

Tratamiento, planes de actuación: Ante los hallazgos y la mala evolución del paciente, se decide su traslado a observación desde donde se contacta con el servicio de neurocirugía que indica realizar un Angio-TC craneal urgente y descartar anomalías vasculares. La prueba se realiza sin encontrar aneurismas y otras incidencias por lo que se descarta una intervención por parte de su servicio y se indica mantener en observación para valorar evolución.

Evolución: Tras 24h sin mejoría clínica, el paciente se traslada a la planta de Medicina Interna donde tras 48h de evolución tórpida, el paciente fallece.

Conclusiones

Es importante conocer el diagnóstico diferencial de un Síndrome Confusional Agudo y realizar una rápida y minuciosa anamnesis y exploración, especialmente sin demoras ante una clínica aguda que presenta una evolución desfavorable.

Palabras clave

Confusion, Neurologic Disorders, Arachnoid Bleeding

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

A propósito de un caso: reagudización de arteriopatía crónica en miembro inferiorGómez Rodríguez S¹, Padial Baone A², Vega Calvellido M¹¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Ribera del Muelle. Puerto Real (Cádiz)² Médica de Familia. DA. CS Ribera del Muelle. Puerto Real (Cádiz)**Ámbito del caso**

Atención Primaria y hospitalaria.

Motivo de la consulta

Parestesias y dolor en miembro inferior derecho.

Historia Clínica

Paciente de 49 años que acude a consulta de Atención Primaria relatando dolor intenso en la pierna derecha desde hace cinco días impidiéndole la deambulacion. Relata que el pie está más frío y cianótico. En la entrevista nos comenta que desde hace dos meses nota claudicación intermitente en pierna derecha, siendo progresivo, notando que a menos metros aparece dolor en la pierna.

Enfoque individual: No reacciones medicamentosas conocidas. Fumador de paquete y medio al día. No enfermedades conocidas. No intervenciones quirúrgicas.

Exploración: Auscultación cardíaca y pulmonar: normal. Extremidades: pie derecho más frío y cianótico que el izquierdo. Pulso femoral derecho disminuido y no se palpa el tibial anterior. Se deriva de forma urgente al hospital. *Analítica:* sin hallazgos relevantes. ECG: normal. Ecografía miembro inferior derecho: marcada ateromatosis calcificada en arterias femoral común y superficial. Pulsos monofásicos muy atenuados en femoral profunda, superficial y casi imperceptible en pedia. No identifico pulsos en arterias tibial anterior, posterior ni pedia. Se valora por cirugía vascular. Arteriografía bilateral: oclusión arteria femoral común derecha, con repermeabilización en arteria femoral superficial a través de múltiples colaterales. Oclusión de arteria ilíaca externa izquierda

desde su origen con repermeabilización en arteria femoral común.

Enfoque familiar y comunitario: Paciente casado y con buena relación con su mujer e hijos. El paciente no acude al CS Barrio nivel socio-cultural bajo.

Juicio clínico: reagudización de arteriopatía crónica miembro inferior derecho por obliteración femoropoplítea.

Diagnóstico diferencial: tromboangeítis obliterante, coartación de aorta, aneurisma. *Identificación de problemas:* no disponer de ecografía en el CS.

Tratamiento: anticoagulación y endarterectomía de femoral común. ácido acetilsalicílico, omeprazol, simvastatina, enoxaparina.

Planes de actuación: control de los factores de riesgo cardiovascular por su Médico de Familia y dejar de fumar.

Evolución: postoperatoria favorable. Acude con más frecuencia al CS y su Médico de Familia le está ayudando a dejar de fumar.

Conclusiones

El Médico de Familia debe saber identificar los motivos de consulta urgente. Esta patología consiste en la disminución del aporte de oxígeno a los tejidos de las extremidades inferiores debido a una reducción crónica del flujo sanguíneo.

Palabras clave

Enfermedad Arterial Periférica, Claudicación Intermitente, Isquemia

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Sorpresas pediátricas. Gonococo multirresistente

Rodrigo Molina MM, Santiago Carranza E

*Médico de Familia. CS Huétor-Tájar. Granada***Ámbito del caso**

Urgencias de atención Primaria.

Motivo de la consulta

Aumento del flujo vaginal y mal olor. Acompañado de molestias en genitales.

Historia Clínica

Paciente de 8 años es traída a urgencias de atención Primaria porque desde hace una semana presenta molestias en área genital y al observar la ropa interior el flujo se ha hecho más abundante y maloliente.

Enfoque individual. Antecedentes personales: Niña sana y correctamente vacunada.*Anamnesis:* Se queja de molestias genitales desde hace unos días, ha comenzado flujo maloliente y mancha mucho la ropa interior. No fiebre. No sintomatología miccional. No vómitos. Hábito intestinal conservado.*Exploración:* Buen estado general. Buena hidratación. Afebril y con constantes mantenidas. No ictericia ni palidez. ACR: normal. Abdomen: sin alteraciones. Exploración ginecológica: se aprecia irritación, eritema y edema de vulva con exudado vaginal purulento. Se aprecia himen íntegro. No proctitis.*Pruebas complementarias:* Muestra de exudado vaginal en el momento de la exploración y se realiza cultivo. Los **Resultados** son el crecimiento de: Neisseria Gonorrhoeae resistente a ciprofloxacino, sensibilidad intermedia a ampicilina, resistente

a penicilinas, sensible a cefotaxima. Sistemático de orina y urocultivo: negativos

Enfoque familiar y comunitario: Niña de 8 años de raza gitana que vive con sus padres, se explora por la posibilidad de abusos sexuales y se realiza un estudio a la familia, la niña comenta relaciones muy estrechas con una amiga de 13 años*Juicio clínico:* Vaginitis por Neisseria Gonorrhoeae.*Tratamiento, planes de actuación:* La paciente tras ser vista en atención Primaria se deriva a urgencias de pediatría para estudio especializado y valoración. Se realiza exploración exhaustiva y cultivo del exudado vaginal con resultado positivo a Gonococo multirresistente, sensible a cefotaxima, por lo que se decide iniciar tratamiento con cefotaxima IM durante 5 días y realizar seguimiento por su pediatra*Evolución:* Inició tratamiento antibiótico con buenos **Resultados** y resolución de la sintomatología aunque deberá aún repetirse el cultivo y continuar estudio de contagio de ETS.**Conclusiones**

Importancia de educar a la población cada vez más joven sobre las prácticas de riesgo y la planificación familiar y métodos de barrera. Gracias a la concienciación de la población se podrían evitar muchos casos. Además es importante en esta población puesto que a nivel mundial constituyen la población más vulnerable

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

¿Lumbalgia? ¡Eso no es nada!Mellado Prenda C¹, Pérez Cornejo Y², Luna Pereira M³¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria, CS Adoratrices. Huelva² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Gibraleón. Huelva³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Molino de la Vega. Huelva**Ámbito del caso**

Servicio de urgencias.

Motivo de la consulta

Dolor torácico, disnea y hemoptisis.

Historia Clínica

Varón de 67 años, fumador de 30 cigarrillos diarios hasta hace 6 meses, en la actualidad fumador esporádico, HTA, bronquitis crónica. Realiza tratamiento con un comprimido diario de losartan 50 mg/Hidroclorotiazida 12,5mg.

Enfoque individual: Acude hace 15 días a consulta de atención Primaria por un dolor que refiere en región lumbar, costal derecha e irradiado por miembro inferior derecho hasta el tobillo. Se catalogó el dolor como de lumbalgia aguda y se pautó tratamiento con analgesia de primer escalón y gabapentina, presentado el paciente mejoría clínica. Unos días después, comienza con dolor centrotorácico opresivo irradiado a hombro izquierdo, de características pleuríticas y sin cortejo vegetativo, por lo que acude al Servicio de Urgencias donde se realiza analítica con enzimas cardiacas normales y ECG normal y ante la mejoría clínica tras analgesia, se deriva a alta. A los tres días de su última consulta, el paciente vuelve al Servicio de Urgencias donde le atiende en consulta de medicina general. Comenta que el dolor torácico se ha mantenido, presentando también astenia, disnea a moderados esfuerzos y sudoración. Además, en las últimas 24h ha presentado esputos hemoptoicos.

Enfoque familiar y comunitario: El paciente acude solo a la consulta, preocupado por la

persistencia del cuadro y la evolución paulatina que ha presentado.

Juicio clínico: Ante el cuadro presentado y la clínica actual, me planteo como diagnóstico diferencial un Tromboembolismo Pulmonar (TEP), por lo que solicito Radiografía de tórax, ECG y analítica. En la Radiografía se aprecian imágenes compatibles con atelectasias en base pulmonar izquierda y en la analítica se encuentra una coagulación normal (INR 1,08) y Dímero D 3091.

Tratamiento, planes de actuación: Ante los hallazgos de pruebas complementarias se administra dosis de anticoagulante en consulta y se solicita Angio-TC torácico urgente, que confirma el TEP con ligeros signos de fibrosis subpleural. Se plantea su ingreso en planta.

Evolución: El paciente presenta una buena evolución durante su ingreso, por lo que a los 8 días es dado de alta a domicilio.

Conclusiones

Debemos realizar una correcta exploración del paciente y realizar un seguimiento estrecho incluso aunque la patología pueda parecer inicialmente banal, puesto que es importante descartar un cuadro de mayor gravedad posteriormente.

Palabras clave

Lumbago, Hemoptysis, Pulmonary Thromboembolism

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Presentación atípica del Tromboembolismo pulmonarOcaña Martínez L¹, Cámara Bravo IM¹, Ferre Fernández C²¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Rincón de la Victoria. Málaga² Médico de Familia. CS Rincón de la Victoria. Málaga**Ámbito del caso**

Atención hospitalaria.

Motivo de la consulta

Síndrome confusional agudo.

Historia Clínica

Antecedentes personales: Vitíligo, hipertensión arterial. Independiente para las actividades básicas de la vida diaria. Exfumador desde hace 20 años consumo acumulado de 30 paquetes/año. No hábito enólico. Tratamiento actual: enalapril 20 mg.

Anamnesis: Varón de 73 años, acude a urgencias por presentar trastorno conductual de dos semanas de evolución. La familia lo nota muy agitado con lenguaje incoherente y agresivo. El paciente niega enfermedad. Valorado previamente por el Servicio de Medicina Interna y Psiquiatría, recomiendan valoración por Neurología para descartar organicidad.

Exploración: TA: 190/80. Frecuencia cardíaca 70 lpm. Saturación basal de oxígeno al 97%. Afebril. No colaborador en la entrevista clínica. Auscultación cardiorrespiratoria: tonos rítmicos, sin soplos. Murmullo vesicular conservado. Abdomen: blando y depresible, sin signos de irritación peritoneal. Miembros inferiores: no edemas ni signos de TVP.

Pruebas complementarias: Analítica sin hallazgos relevantes. Orina sin signos de infección. TAC craneal y RMN normal. LCR sin hallazgos. Ingresa a cargo de Neurología para completar estudio: Electroencefalograma normal. Para descartar síndrome paraneoplásico se solicita TAC-Tórax y Abdomen: Tromboembolismo pulmonar bilateral.

Enfoque individual: El paciente ha debutado con un síndrome confusional agudo limitando su estado funcional y volviéndose dependiente para las actividades básicas de la vida diaria. El objetivo es reconocer la causa del síndrome confusional para volver a la situación basal.

Enfoque familiar y comunitario: Vive con su mujer. Adecuado apoyo social por parte de sus hijos. Los familiares se encuentran preocupados por el trastorno agudo de conducta del familiar.

Diagnóstico diferencial: Tumor cerebral, hemorragia cerebral. Alteraciones metabólicas. Síndrome paraneoplásico.

Juicio clínico: Tromboembolismo pulmonar bilateral.

Tratamiento, planes de actuación: Reposo hospitalario. Tratamiento con heparina de bajo peso molecular a dosis terapéuticas cada 12 horas.

Evolución: El paciente evoluciona lentamente en la planta de Neurología. Tras estabilización en planta y descartar otra posible causa del síndrome confusional, se deriva al alta para seguimiento en Consultas externas.

Conclusiones

El síndrome confusional agudo tiene una etiología multifactorial difícil de diagnosticar y tratar. Es importante identificar las causas puesto que en muchas ocasiones son fácilmente tratables y su demora puede tener una mortalidad y morbilidad significativas.

Palabras clave

Pulmonary Embolism, Confusional State

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Lesiones cutáneas en paciente de color

Correa Gómez V

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

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivo de la consulta

Dolor costal izquierdo.

Historia Clínica

Varón de 46 años, natural de Senegal, acude a Médico de Familia por dolor costal izquierdo de 2 semanas de evolución.

Enfoque individual: Sin antecedentes personales de interés. No alergias medicamentosas conocidas y sin hábitos tóxicos. Refiere dolor costal izquierdo desde hace 2 semanas que relaciona con sobreesfuerzo laboral. Posteriormente han aparecido unas vesículas pruriginosas en dicha zona. Recuerda que unos días antes de comenzar el dolor, sufrió cuadro catarral tras dormir a la intemperie.

A la exploración se aprecian vesículas agrupadas distribuidas unilateralmente a lo largo de un dermatoma torácico junto a costras y lesiones de rascado. Hay aumento de sensibilidad a la palpación y contracturas musculares.

Enfoque familiar y comunitario: Temporero. Con permiso de residencia. Sin familia en España. Actualmente vive junto a 9 compañeros más en cortijo que le ofrece su jefe durante la campaña de la aceituna.

Juicio clínico: El diagnóstico es de herpes zóster. Parece que está en una fase de evolución

avanzada por la presencia de dolor unilateral, aumento de sensibilidad a la palpación y erupción cutánea en distintos estadios.

Tratamiento, planes de actuación: El Médico de Familia tiene dudas sobre el inicio de tratamiento antiviral. Finalmente decide no prescribir antivirales, tanto por la poca efectividad dado al tiempo de evolución clínica como por el precio elevado del tratamiento, que el paciente no puede pagar. Sí se prescribe medicación analgésica para control del dolor.

Evolución: El mayor riesgo tras la resolución de las lesiones cutáneas es que persista el dolor al menos 1 mes después, correspondiente a una neuralgia posherpética.

Conclusiones

El Herpes Zóster es una infección dermatomérica aguda debida a la reactivación del virus varicela-zóster. Se caracteriza por un cuadro de dolor unilateral con una erupción cutánea vesicular limitada al dermatoma. Su principal complicación es la neuralgia posherpética. El tratamiento con antivirales está indicado en evoluciones menores de 72 horas, en mayores de 50 años, inmunodeprimidos y con herpes oftálmico u ótico; y busca acelerar las lesiones cutáneas, disminuir la duración del dolor y reducir la frecuencia de neuralgia posherpética.

Palabras clave

Herpes Zoster, Skin Lesions, Costal Pain

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Explica los signos de alarmaEspartero Gómez A¹, Llimona Perea I², Murillo Montes JM³¹ CS Pino Montano A. Málaga² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Ronda Histórica. Sevilla³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Pino Montano A. Sevilla**Ámbito del caso**

CS y Urgencias hospitalarias.

Motivo de la consulta

Cuadro catarral leve.

Historia Clínica

Varón de 39 años que refiere desde ayer síntomas catarrales, tos seca, dolores osteomusculares generalizados, sensación distérmica. Niega disnea, náuseas, cambios en deposiciones o clínica miccional.

A la exploración, auscultación cardiopulmonar normal, Orofaringe eritematosa sin exudados. Abdomen normal. Ante la estabilidad clínica, se prescribe paracetamol/codeína y se explican síntomas de alarma (disnea, fiebre elevada, vómitos, malestar general, adenopatías, lesiones dérmicas).

Enfoque individual: Varón joven sin antecedentes de interés, que acude por cuadro de viriasis aparentemente banal. Se deberían explicar síntomas de alarma que puedan advertir de la complicación del proceso, evolucionando a enfermedades infecciosas más graves (meningitis, neumonía, síndrome mononucleósico, etc.).

Enfoque familiar y comunitario: Se debe tener en cuenta el entorno del paciente, si dispone de un CS de urgencias para consultar síntomas de alarma durante el fin de semana y si se han dado casos de enfermedades infecciosas potencialmente graves.

Juicio clínico: El paciente vuelve a consultar a los 3 días, debido a cuadro de disnea de leves esfuerzos y ortopnea. A la exploración destaca

hepatomegalia de 2 traveses y crepitantes en base derecha. SATO2 92% y TA 73/40. Se decide derivación a urgencias, donde se destaca en analítica leucocitosis 16000, Na 120, K 2.86, Troponinas-hs 7000, pro-BNP 20000, Cr 2,86, PCR 300. En radiografía PA tórax imagen de condensación alveolar en lóbulo medio derecho.

Tratamiento, planes de actuación: Ante la inestabilidad hemodinámica ingresa en UCI, donde se realiza ecocardiograma, con FEVI 35-40% y ligero derrame pericárdico. No se aíslan microorganismos en las muestras extraídas. Coronariografía sin lesiones angiográficas.

Juicio clínico: Miocarditis fulminante, derrame pericárdico ligero, insuficiencia respiratoria aguda, insuficiencia renal aguda, Hipernatremia grave. Se inició tratamiento con aminas para la estabilización hemodinámica, con excelente respuesta, y antibioterapia con ceftriaxona y levofloxacino.

Evolución: Favorable. El paciente fue dado de alta. Pendiente del resultado de nuevas serologías y seguimiento por Cardiología.

Conclusiones

Una exploración exhaustiva fue fundamental para derivar al paciente a urgencias y no demorar una asistencia vital. Reservar 1 minuto de la consulta para explicar al paciente signos de alarma es importante para acelerar las actuaciones necesarias.

Palabras clave

Resfriado común, Disnea, Miocarditis

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

La patología mamaria como tema tabúLópez Muñoz MM¹, Gaspar Solanas A², De Juan Roldán JI¹¹ Médico de Familia. CS Palma-Palmilla. Málaga² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Palo. Málaga**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

Motivo de la consulta

Lesión en mama izquierda.

Historia Clínica

Mujer de 79 años que acude a consulta de atención Primaria por una lesión que, según refiere, le ha aparecido en la mama izquierda hace 10 días. Lo relaciona con que su nieto de tres años le golpeó en la mama de forma accidental y que a partir de ahí le ha salido un hematoma. No había consultado antes porque no le había dado importancia y solo había tenido molestias los primeros días que se controlaban con paracetamol.

Enfoque individual: Mujer de 79 años. Jubilada. No hábitos tóxicos. Hipertensión arterial en tratamiento con Enalapril 20 mg/Hidroclorotiazida 12,5 mg con buen control. Intervenida de cataratas.

Exploración física: buen estado general, consciente y orientado. Afebril. Auscultación cardiorrespiratoria sin alteraciones. Abdomen blando y depresible, no doloroso a la palpación, sin masas ni megalias. Mama izquierda: se aprecia una masa de unos 6x7 cm retroareolar dura, fija, no dolorosa a la palpación, que se extiende por los cuadrantes superiores de la mama, deforma la silueta mamaria, retrae el pezón y ulcera su superficie. Mama derecha sin alteraciones. Axila izquierda: masa adenopática

de 2x3 cm que se moviliza con respecto al plano profundo. No se palpan adenopatías supraclaviculares.

Enfoque familiar y comunitario: Vive sola. Ha tenido tres hijos, de los cuales han muerto dos. Mantiene buena relación con su hijo y con su familia.

Juicio clínico: Lesión de probable evolución mayor a 10 días sospechosa de carcinoma de mama izquierda.

Tratamiento, planes de actuación: Se deriva para estudio preferente.

Evolución: Se diagnostica de carcinoma ductal infiltrante de mama izquierda.

Conclusiones

La confianza entre el Médico de Familia y el paciente es fundamental, pero no olvidemos que a veces entran en juego otros sentimientos, como el miedo o la vergüenza, que pueden dar lugar a una demora en la consulta de patologías como la de este caso. Está en nuestra mano indagar sobre síntomas de los órganos sexuales con naturalidad para normalizar este tipo de consultas, sobre todo en pacientes ancianos.

Palabras clave

Ancianos, Cáncer de Mama, Retraso Diagnóstico

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Síndrome febril en varón jovenFlores Cebada EM¹, Pérez Eslava M², Moreno Rodríguez AM³¹ Médico de Familia. CS Vejer de la Frontera. Cádiz² Médico de Familia. CS Sanlúcar. Cádiz³ Médico de Familia. CS Loreto Puntales. Cádiz**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

Enfoque familiar y comunitario: Vive con sus padres, hijo único.**Motivo de la consulta**

Fiebre en varón joven.

Juicio clínico: Tuberculosis pulmonar.**Historia Clínica**

Varón de 24 años acude por presentar odinofagia, fiebre de predominio nocturno hasta 38.6°C y astenia desde hace una semana.

Diagnóstico diferencial: Cuadro febril de origen viral, neumonía de lóbulo superior izquierdo, amigdalitis, síndrome neoplásico, absceso pulmonar, micosis pulmonar.*Enfoque individual. Antecedentes personales:* sin antecedentes de interés.*Identificación de problemas:* dificultad de sospecha diagnóstica

Anamnesis: varón de 24 años consulta con su médico de familia por presentar desde hace una semana cuadro febril de predominio nocturno, odinofagia y astenia. Inicialmente la exploración física es normal, por lo que se inicia tratamiento sintomático. Al cabo de una semana el paciente vuelve a acudir por persistencia de la sintomatología con aparición de tos y sensación disneica. Tras exploración física se inicia tratamiento con inhaladores y antibióticos y se solicita analítica y radiografía de tórax.

Tratamiento, planes de actuación: Inicio de tratamiento antituberculoso con isoniazida, pirazinamida y rifampicina, medida de aislamiento y estudio de contactos.*Exploración:* Auscultación cardiaca normal, pulmonar con roncus, sin otros hallazgos. Orofaringe normal, no adenopatías ni otros hallazgos físicos destacables.*Evolución:* En la actualidad aún está en tratamiento, mantiene seguimiento con su médico de Atención Primaria y neumología.*Pruebas complementarias:* Analítica y serología dentro de la normalidad. Radiografía de tórax donde se aprecia condensación de lóbulo superior izquierdo. Se solicita prueba de Mantoux y de esputo que resulta positivo a Mycobacterium Tuberculosis.**Conclusiones**

A pesar de que la incidencia de la tuberculosis en nuestro país está descendiendo, lo hace muy lentamente. Se trata de una enfermedad de declaración obligatoria cuyo diagnóstico suele ser difícil por lo inespecíficos que son los síntomas, por ello debemos estar alerta en nuestras consultas ante posibles casos, para así poder iniciar un tratamiento precoz que asegure la salud del paciente y evite a diseminación.

Palabras clave

Fever of Unknown Origin, Young Adult, Tuberculosis, Pulmonary

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Caso clínico: Lo que escondía un dolor periumbilical. A propósito de un caso

Muñoz Soler EE, Pérez-Bryan Tello B, Guzmán Quesada E

*Médico de Familia. CS Miraflores de los Ángeles. Málaga***Ámbito del caso**

Atención Primaria, Urgencias, Atención Especializada.

Motivo de la consulta

Dolor abdominal y vómitos.

Historia Clínica

Dolor abdominal de 3 días de evolución, asociado a náuseas, vómitos, diarrea mucosa y febrícula. Acudió ayer a Urgencias por misma sintomatología aunque de menor intensidad.

Enfoque individual. Antecedentes personales: sin interés clínico.

Anamnesis: Varón de 20 años que acude por segunda vez a urgencias en las últimas 24 horas por dolor abdominal periumbilical asociado a náuseas, vómitos, deposiciones diarreicas mucosas y febrícula de 37,7°C. En la primera visita a urgencias, abdomen sin signos de irritación, analítica en rango excepto PCR de 86, ecografía abdominal sin alteraciones. Se diagnostica de gastroenteritis aguda y tratamiento sintomático. Hoy acude por aumento del dolor.

Exploración: Palidez mucocutánea, posición antiálgica. Abdomen doloroso a la palpación generalizada, mayor en zona umbilical, hipogastrio y fosa iliaca derecha, con defensa voluntaria e irritación a dicho nivel. Ruidos hidroaéreos escasos. Blumberg y taloneo positivos.

Pruebas complementarias: *Analítica:* Leucocitos 22.600 (N92%), bioquímica y perfil hepático en rango, PCR 444 (ayer 86). TAC Abdominal: Íleon con engrosamiento de la

pared. Líquido libre subhepático y en pelvis. Hallazgos inespecíficos, en relación con un cuadro gastrointestinal o ileitis entre otros. Ingresa en Enfermedades Infecciosas, con Ciprofloxacino IV. Tras no mejoría, se realiza TAC Abdominal con contraste: Sospecha de apendicitis perforada con peritonitis. Laparotomía exploratoria con apendicectomía al día siguiente.

Enfoque familiar y comunitario: Varón marroquí de 20 años. Vive en España con sus padres desde hace 15 años. Bien integrado.

Juicio clínico: Peritonitis apendicular.

Diagnóstico diferencial: gastroenteritis aguda, infección enteroinvasiva, apendicitis, diverticulitis, ileítis.

Identificación de problemas: la inespecificidad de pruebas de imagen y la falta de respuesta al tratamiento, obligó a hacer una laparotomía exploratoria.

Tratamiento, planes de actuación: Alta con analgesia y antibioticoterapia oral.

Evolución: post operatoria sin incidencias.

Conclusiones

Remarcar la importancia del diagnóstico y tratamiento del dolor abdominal en Atención Primaria, especializada y urgencias, ya que el retraso diagnóstico puede comprometer el pronóstico del paciente.

Palabras clave

Abdominal, Appendix, Ileitis

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Enfermedad de Mondor en paciente de 44 añosMoreno Morales M¹, Baena Morales A², Sevilla Becerra R²¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Granja Manuel Blanco. Cádiz² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Benito. Jerez de la Frontera. Cádiz**Ámbito del caso**

Mixto. Caso multidisciplinar.

Motivo de la consulta

Tumoración en axila derecha dolorosa con aumento de temperatura local.

Historia Clínica

Mujer de 44 años consulta en Urgencias por tumoración de aparición progresiva en axila derecha que continúa con cordón indurado en cara interna del brazo hasta tercio distal, con aumento temperatura local y dolor. Pérdida de peso de 3kg por disminución de apetito. CS han pautado Augmentine, y han realizado ecografía axilar derecha y mamografía siendo informados como no patológicos.

Exploración: Cardiopulmonar normal. Se palpa cordón venoso en axila derecha indurado, doloroso a la palpación, con aumento de temperatura. A nivel mamario dolor a la palpación de cuadrante inferoexterno mama derecha. MMII sin edemas ni signos de TVP.

Pruebas complementarias: Estudio de Hematimetría, Bioquímica dentro de la normalidad, DD 0.26 (0.001-0.5); marcadores tumorales normales; Serología negativa; Ecografía axilar: no signos de trombosis del sistema venoso profundo de miembro superior ni eje yugulosubclavio. Cordón palpable que corresponde a un fino vaso con leves cambios inflamatorios y ganglios con aspecto inflamatorio que sugiere Enfermedad de Mondor. TAC cuello, tórax, abdomen, pelvis con hallazgos tiroideos heterogéneo de tamaño disminuido. Ecografía tiroidea: ecoestructura heterogénea que sugiere tiroiditis crónica.

Enfoque individual: AP: No AMC, no hábitos tóxicos. Hipotiroidismo en tratamiento con Eutirox 25mg. AF: Padre fallecido por Neoplasia de próstata.

Enfoque familiar y comunitario: Casada, hábitos de vida saludables. Vive en el campo en permanente contacto con la naturaleza. Tiene un perro. Trabaja limpiando y cosiendo pieles.

Juicio clínico: Ante la existencia de un cordón en pecho, además de dolor y eritema, se realiza diagnóstico diferencial con carcinoma escirro, neoplasia inflamatoria de mama o presencia de proceso infeccioso.

Tratamiento, planes de actuación: AINES si dolor/inflamación.

Evolución: La evolución fue buena llegando a remitir la sintomatología con tratamiento sintomático.

Conclusiones

La Enfermedad de Mondor es un proceso autolimitado y de carácter benigno, caracterizado por tromboflebitis de venas de la pared torácica. Necesaria realizar mamografía en todos los pacientes, debido a excepcional asociación al cáncer de mama. La biopsia no es necesaria. Se debe seguir a todos los pacientes hasta la resolución del cuadro. Su manejo se realizará de manera conservadora con antiinflamatorios y analgésicos.

Palabras clave

Tumoración, Axila, Mondor

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Bronquitis con sorpresaMellado Prenda C¹, Pérez Cornejo Y², Pazos Pazos N²¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria, CS Adoratrices. Huelva² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria, CS Gibraleón. Huelva**Ámbito del caso**

Atención en el Servicio de Urgencias pediátricas.

Motivo de la consulta

Dolor torácico en paciente con bronquitis.

Historia Clínica

Varón de 5 años, sin alergias medicamentosas conocidas, correctamente vacunado según calendario. sin ingresos ni intervenciones quirúrgicas previas. Como antecedentes personales ha presentado bronquitis de repetición en los últimos tres años.

Enfoque individual: Desde hace 5 días presenta cuadro catarral y tos. Comienza con fiebre y dolor abdominal irradiado a tórax en las últimas 24 horas, además de dificultad respiratoria.

Enfoque familiar y comunitario: Como Antecedentes Familiares su abuela materna ha presentado Neumotórax en una ocasión y su madre presenta asma bronquial.

Juicio clínico: Se realiza una exploración completa, con buena ventilación bilateral y buena saturación de O₂ mantenida en 98-99%. Presenta mínimo tiraje intercostal sin otros signos de dificultad respiratoria. En hemitórax izquierdo se identifican sibilancias y crepitantes en región de fosa clavicular izquierda y región

cervical, además de crepitantes a la palpación superficial.

Como *diagnóstico diferencial* dentro del cuadro clínico presentado nos focalizamos en complicaciones respiratorias, se solicita Radiografía de tórax descartar neumotórax y neumomediastino, además de neumonía. En la radiografía se identifica línea de neumomediastino epicárdica y enfisema subcutáneo a nivel cervical izquierdo. Se cursa su

Tratamiento, planes de actuación: Dada la estabilidad del paciente, se plantea un tratamiento sintomático valorando la evolución del neumomediastino durante el ingreso.

Evolución: El paciente presentó evolución favorable, con disminución progresiva del neumomediastino y enfisema, por lo que se cursó el alta domiciliaria a las 72h de su ingreso.

Conclusiones

Comprender la importancia de descartar complicaciones ante un cuadro clínico habitual que presenta nueva sintomatología aguda.

Palabras clave

Bronchitis, Dyspnea, Pneumomediastinum

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Me que quedado en blancoGallego Castillo EN¹, Espinola Coll E², Duran Chiappero MR³¹ Médico de Familia. CS Coín. Málaga² MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Coín. Málaga³ Médico DDCU Distrito Málaga**Ámbito del caso**

Urgencias extrahospitalarias/hospitalarias.

Motivo de la consulta

Paciente que acude por cuadro de desconexión del medio junto con cefalea.

Historia clínica

Mujer de 26 años que acude a urgencias porque mientras mantenía relaciones sexuales presenta desconexión del medio de unos 10 minutos junto con hipertensión de extremidades e incontinencia de esfínteres. Posteriormente intensa cefalea, debilidad y somnolencia.

Enfoque individual: No alergias medicamentosas. No tóxicos. Antecedentes de migraña y soplo funcional. No tratamiento habitual.

Exploración: consciente y orientada, tendencia al sueño. Glasgow 15. Palidez cutánea. Auscultación cardio pulmonar normal. Abdomen normal. No focalidad neurológica. Analítica: leucocitos 15.900, neutrófilos 52,60%, glucosa 130 mg/dl, potasio 3,2meq/l. Electrocardiograma: ritmo sinusal sin alteraciones de la repolarización. Radiografía de tórax: no signos de condensación ni derrame. Tac cráneo sin contraste: hemorragia subaracnoidea con focos hiperdensos en ambas cisuras de Silvio, fosa temporal izquierda, surcos frontales y parietales izquierdos, surcos frontales para sagitales bilaterales y ocupación de la cisterna supraselar y cisterna interpeduncular. Dilatación del sistema ventricular con obliteración parcial de la cisterna cuadrigémina.

Enfoque familiar y comunitario: Soltera. Buen soporte familiar.

Juicio clínico: hemorragia subaracnoidea secundaria a rotura de aneurisma de arteria carótida interna izquierda.

Diagnóstico diferencial: síncope vasovagal, migraña con aura, epilepsia de novo, tumores intracraneales.

Tratamiento, planes de actuación: Se comenta con neurocirugía que indica inicio de tratamiento con nimodipino y traslado a su servicio.

Evolución: La paciente ingresa en UVI a la espera de embolización de aneurisma mediante radiología intervencionista que se realiza satisfactoriamente. Durante su ingreso la paciente evoluciona favorablemente con episodios de cefalea. Tras diez días de ingreso la paciente es dada de alta sin secuelas.

Conclusiones

Desde el punto de vista de atención Primaria, en múltiples ocasiones no encontramos con cuadros de cefalea. Debemos pensar en la posibilidad de hemorragia subaracnoidea cuando exista una clínica de cefalea brusca aunque su intensidad no sea fuerte y aunque en este caso esté relacionado con un esfuerzo, en la mayor parte de las ocasiones no está relacionada con ello. Hay múltiples diagnósticos diferenciales que desde nuestro ámbito debemos siempre plantearnos, pero la hemorragia subaracnoidea es de los principales, ya que aún con un rápido diagnóstico, el pronóstico puede ser infausto.

Palabras clave

Subarachnoid Hemorrhage, Cerebral Aneurysm, Headache

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Lumbalgia, no todas son mecánicasArtacho Pino R¹, Pulido Vázquez C², Navas Vegas S¹¹ Médico de Familia. CS Antequera Centro. Antequera (Málaga)² Médico de Familia. CS Antequera Estación. Antequera (Málaga)**Ámbito del caso**

Atención Primaria y Atención Especializada.

Motivo de la consulta

Lumbalgia.

Historia Clínica

Varón de 56 años, con antecedentes personales de: no alergias medicamentosas conocidas, exfumador, síndrome ansioso depresivo en tratamiento con escitalopram y alprazolam.

Enfoque individual: Acude a consulta de Atención Primaria por lumbalgia de unos 2-3 días de evolución, irradiada a ambos miembros inferiores, sin antecedentes traumáticos.

Exploración: no presenta dolor a la palpación de apófisis espinosas ni de musculatura paravertebral lumbar. Movilidad de columna lumbar limitada por el dolor. Se prescribe analgesia. Días después acude de nuevo a consulta por persistencia del dolor lumbar, junto con cefalea fronto occipital, aumento de la tensión arterial y mareo tipo inestabilidad. Tras varias consultas en los servicios de urgencias se le realiza tomografía axial computerizada (TAC) craneal: lesión de unos 3cm de diámetro en vermis cerebeloso que pudiera corresponder a malformación tipo CHIARI 1. Recomiendan realización de resonancia nuclear magnética (RNM). RNM: Signos de hidrocefalia con áreas de atrofia focal cortical y signos de sangrado crónico subaracnoideo de predominio bitemporal y tronco encefálico. Es ingresado en servicio de neurología para estudio donde se realiza RNM de columna dorsal y lumbosacra: endimoma mixopapilar con diseminación leptomenígea a

nivel de cuerpos vertebrales L2 y L3. Sangrado subaracnoideo evolucionado secundario a la lesión. Posterior al cuerpo de S1 se identifica una lesión de similares características en relación con diseminación leptomenígea.

Enfoque familiar y comunitario: Paciente de profesión albañil, Independiente para todas las tareas de vida diaria, sin deterioro cognitivo. Casado con dos hijas.

Juicio clínico: Ependimoma mixopapilar grado 1.

Tratamiento, planes de actuación: Laminectomía de L2-L3 y exéresis microquirúrgica de la lesión.

Evolución: El paciente pasa el servicio de neurocirugía donde es intervenido. Presenta buena evolución de sintomatología. Pendiente de actitud a seguir respecto al otro nódulo a nivel del sacro.

Conclusiones

Ependimoma espinal representa el 13% de los tumores medulares. En los casos lumbares puede simular un cuadro radicular. Los endimomas mixopapilares son de crecimiento lento y puede presentar diseminación a través del neuroeje. El tratamiento de elección es quirúrgico, pudiéndose asociar radioterapia en algunos casos como en los de la cauda equina.

Palabras clave

Low Back Pain, Headache, Ependymoma

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Dislipemia refractario a tratamientoPérez Cornejo Y¹, Mellado Prenda C², Luna Pereira M³¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Gibraleón. Huelva² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Adoratrices. Huelva³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Los Molinos. Huelva**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

Motivo de la consulta

Detección de colesterol elevado en analítica de reconocimiento médico.

Historia Clínica

Varón de 49 años de edad remitido por el médico de su Mutua. Aporta una bioquímica sanguínea con cifras de colesterol de 745 mg/dl y triglicéridos de 1636 mg/dl en 2016, se le ha realizado estudio de dislipemia con analítica periódicas cada 6 meses y se inicia tratamiento con medidas higiénico dietéticas e hipolipemiantes.

Enfoque individual: Varón de 49 años. No fuma y bebedor de 20-30 gramos de alcohol/día. Antecedentes personales y familiares sin interés.

Exploración física: tensión arterial 140/90, índice masa corporal 26, resto sin alteraciones. Remitido por médico de Mutua en 2016 por cifras elevadas de colesterol 745mg/dl y triglicéridos 1636 mg/dl; se realiza ECG y despistaje de HTA normal, estudio de dislipemia con cifras de colesterol elevadas, se inicia tratamiento con medidas higiénico-Dietética, pitavastatina 2 mg y gemfibrozilo 600 mg. Analítica de control 6 meses después colesterolemia 327 mg/dl y trigliceridemia 544 mg/dl. En la siguiente revisión presenta aumento en las cifras de colesterol 568 mg/dl y triglicéridos 1125mg/dl; el paciente indica que ha hecho algunas trasgresiones alimentarias por problemas familiares y que no ha realizado

ejercicio físico en las 2 últimos meses, se aumenta dosis de hipolipemiantes.

Enfoque familiar y comunitario: Casado con 3 hijos. Buen apoyo familiar.

Juicio clínico: Dislipemia mixta refractario a tratamiento farmacológico.

Tratamiento, planes de actuación: En tratamiento con pitavastatina 2 mg cada 24 horas y gemfibrozilo 900 mg cada 24 horas.

Evolución: estacionaria, ya que no se ha podido controlar las cifras de colesterol y triglicéridos a pesar de un correcto tratamiento farmacológico.

Conclusiones

Las dislipemias son uno de los principales factores para el desarrollo de enfermedades cardiovasculares, su prevención puede disminuir en forma importante la mortalidad general, aumentar la esperanza de vida y reducir el gasto en salud. El costo económico del tratamiento de las dislipidemias es elevado, pero resulta menor que el de las enfermedades cardiovasculares que previene. El uso de medicamentos contribuye al control de los factores de riesgo, siempre debe ser complementario a los cambios en el estilo de vida del paciente: un adecuado plan nutricional, realizar actividad física y evitar el tabaquismo.

Palabras clave

Dislipemia, Hipolipemiantes, Refractario

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Insomnio y nerviosismo en miembros inferiores en paciente de mediana edadMoreno Morales M¹, Fernández González JM², Sevilla Becerra R³¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Granja Manuel Blanco. Cádiz² SCCU. Jerez de la Frontera. Cádiz³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Benito. Cádiz**Ámbito del caso**

Consulta Atención Primaria.

Motivo de la consulta

Mujer que acude por presentar sensación de ardor, hormigueo, picor y dolor en miembros inferiores.

Historia Clínica*Antecedentes personales:* No fumadora, normotensa, IMC 24'2 Kg/m², 3 Gestaciones 2 Partos y 1 Aborto.*Anamnesis:* Mujer de 48 años, ama de casa, que lleva dos semanas con dolores, molestias y ansiedad de aparición nocturna. Estos síntomas la despiertan, teniendo que mover miembros inferiores e incluso levantarse a andar, manteniéndose hasta las 6 de la mañana.*Exploración física:* Consciente y orientada. (Glasgow 15/15). Auscultación cardiopulmonar, pulso rítmico sin soplos y murmullo vesicular conservado. Exploración abdominal sin alteraciones de interés. Miembros inferiores sin edemas o signos de insuficiencia venosa. TA 137/82. Sat. O₂ 97%. Glucemia capilar 95mg/dl. Exploración: Neurológica sin hallazgos, dentro de normalidad.*Pruebas complementarias:* Analítica de hace 2 meses: HB 10,6g/dL, VCM 77fL, HCM 25, 8 pg. Ferritina 17ng/mL.*Enfoque individual:* Con los AP que precisamos puede tratarse de ansiedad o patología neurológica por los síntomas que nos refiere.*Enfoque familiar y comunitario:* Hay que discernir si existe una base psicósomática, presentando aumento de casos con clínica somática en los que existe trasfondo psicológico o psiquiátrico por lo que una buena anamnesis dirigida es clave.*Juicio clínico:* Síndrome de Piernas Inquietas o Enfermedad de Willis-Ekbom en paciente con anemia ferropénica.*Tratamiento, planes de actuación:* Se pautó tratamiento con hierro oral y se realiza test diagnóstico-terapéutico con agente dopaminérgico (Rotigotina).*Evolución:* Tras pauta de tratamiento y corrección de niveles de hierro paciente mejoró sintomatología**Conclusiones**

En atención Primaria se está observando un aumento de pacientes con clínica ansiosa y malestar general, insomnio debido a dolores, calambres, picor y necesidad de tener que mover las piernas para mejorar estos síntomas. El paciente tipo es una mujer de mediana edad múltipara, frecuentemente con cuadros similares durante el tercer trimestre de gestación e incluso en nulíparas con hipermenorrea. La Enfermedad de Willis Ekbom, de fisiopatología desconocida, ha demostrado una relación directa con el metabolismo del hierro y la disfunción dopaminérgica. Por ello los médicos de familia debemos de realizar una anamnesis encaminada hacia el diagnóstico de dicho síndrome al observar síntomas característicos. Gran porcentaje de pacientes mejoran tras restablecer los depósitos férricos. El tratamiento con agonistas dopaminérgicos ha mejorado la sintomatología en el plazo de dos semanas siendo una de las recomendaciones diagnósticas y terapéuticas para el Sd. de Piernas Inquietas.

Palabras clave

Piernas, Inquietas, Insomnio, Síndrome, Enfermedad, Ekbom

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Varón de 63 años con lumbalgia y mareosRanchal Soto JM¹, Sánchez Fernández EM², Trillo Díaz EM³¹ Médico EBAP. UGC Leganitos. Marbella (Málaga)² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Torrox. Hospital Axarquía. Málaga³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Vélez Norte. Hospital Axarquía. Málaga**Ámbito del caso**

Hospitalaria. Urgencias y Especializada.

Motivo de la consulta

Dolor lumbar irradiado a ambos flancos e hipogastrio.

Historia Clínica

Antecedentes personales: No alergias medicamentosas. Hipertensión arterial, dislipemia, hiperuricemia, vértigo posicional paroxístico, obesidad. En tratamiento con enalapril, citalopram, tramadol/paracetamol. Intervenido de hernia inguinal.

Anamnesis: Paciente de 63 años que acude por cuadro de lumbalgia irradiado a ambos flancos e hipogastrio de días de evolución asociado a dolor en miembro superior derecho y mareos. No antecedentes traumáticos. No náuseas ni vómitos. Afebril. Orina y hábito intestinal normal.

Exploración: consciente, orientado, buen estado general, Cardiopulmonar sin hallazgos patológicos. Abdomen: Blando depresible con masa pulsátil, sin signos de irritación peritoneal. Pulsos periféricos conservados y simétricos.

Pruebas complementarias: *Analítica:* hemograma, coagulación y bioquímica normales salvo leucocitosis de 14000. Electrocardiograma: ritmo sinusal a 50 latidos, onda T aplanada en derivación V4-V6. Ecografía abdominal: Aneurisma de Aorta abdominal supraumbilical de 7.7 x 7.5 cm con trombo mural de 4 cm. No liquido libre. A la espera de realización de angio TAC el paciente sufre un episodio de sincope por lo que ingresa en área de críticos y se realiza interconsulta con Cirugía Cardiovascular de guardia que indica

traslado al Hospital de referencia en ambulancia medicalizada tras estabilización clínica del paciente, para realización de cirugía urgente con resultado de Angio TAC de aneurisma de aorta abdominal (AAA) infrarrenal de 7.9 x 7.6 cm con extensión craneocaudal de 14.6cm, trombo mural de 4.4 cm y hematoma retroperitoneal adyacente a psoas derecho.

Enfoque familiar y comunitario: Núcleo familiar normofuncional, viudo, 2 hijos, con buen apoyo social.

Juicio clínico: Aneurisma de Aorta Abdominal infrarrenal complicado.

Diagnóstico diferencial: Colecistitis, neoplasia, absceso, megalias.

Tratamiento, planes de actuación: Se procede a reparación emergente con cirugía abierta, by Pass aorto-Aórtica de AAA yuxtarenal roto ingresando en UCI posteriormente.

Evolución: Tras cirugía permanece en UCI presentando buena evolución clínica en tratamiento analgésico y de soporte, pasando a planta y posterior alta hospitalaria con cita y seguimiento en consulta externa.

Conclusiones

Destacar la importancia de una buena anamnesis y exploración clínica para descartar signos y síntomas de alarma que indiquen un abordaje urgente y multidisciplinar.

Palabras clave

Abdominal Aneurysm, Abdominal Mass Pulsatile, Lumbalgia

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

De la exploración al tratamientoGalindo Román I¹, Delgado Gil V², Sánchez Relinque E²¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital La Línea de la Concepción. Cádiz² Neurología. Hospital La Línea de la Concepción. Cádiz³ Medicina interna. Hospital La Línea de la Concepción. Cádiz**Ámbito del caso**

Atención Hospitalaria. Urgencias.

Motivo de la consulta

Visión doble e inestabilidad.

Historia Clínica

Paciente de 39 años que acude a urgencias refiriendo ver doble en la mirada extrema desde hacía unas horas y desde hacía un día aproximadamente sentirse muy inestable. La paciente el día anterior había estado en el gimnasio y notaba contractura cervical, por lo que inicialmente no acudió a urgencias.

En la exploración a su llegada a urgencias: Alerta, orientada, buen estado general. Lenguaje normal, no disartria ni afasia. Desviación en Skew de la mirada. Nistagmo vertical y rotatorio en todas las posiciones de la mirada. Oftalmoplejia internuclear izquierda. Parálisis facial derecha con afectación del orbicular superior. Fuerza normal. Sensibilidad normal. RCP flexores. ROT ++/++. Ligera disimetrías en índice D-N en miembros derechos.

Pruebas complementarias: Analítica: anodina. TC de cráneo: normal. Radiografía de tórax: normal.

Enfoque individual: Sin hábitos tóxicos, sin antecedentes clínicos de interés. Ama de casa, cuidadora de dos niños gemelos.

Enfoque familiar y comunitario: sin interés en el caso actual.

Juicio clínico: Oftalmoplejia internuclear aguda. Sospecha de Esclerosis Múltiple.

Tratamiento, planes de actuación: Se inició tratamiento para el brote de Esclerosis Múltiple con metilprednisolona en bolos de 1gramo, mejorando hasta desaparecer la clínica en 3 días, a pesar de ello se completó el tratamiento del brote durante 5 días, y posteriormente con prednisona en dosis descendente.

Evolución: Mejoría clínica hasta la recuperación.

Conclusiones

La paciente completó estudio desde Consulta Externa confirmándose la sospecha de Esclerosis Múltiple mediante RMN de cráneo y Punción Lumbar con BOG positivas. Aportamos este caso por el interés de la exploración; la paciente presenta una alteración de la mirada denominada oftalmoplejia internuclear que consiste en la alteración de la adducción de un ojo en combinación con la abducción del otro ojo, este signo exploratorio refleja una lesión del fascículo longitudinal medial; es decir, una lesión los movimientos del III y VI conjugados, lo que puede llevar a confusión y creer que estamos ante una parálisis del VI par. Esta lesión es características de la Esclerosis Múltiple, siendo muy infrecuente en otras patologías; este dato exploratorio nos ayudó a sospechar la enfermedad y a tratarla desde el inicio sin confirmación diagnóstica lo que permitió a la paciente la recuperación ad integrum.

Palabras clave

Esclerosis Múltiple, Mirada Skew, Corticoterapia

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Prurito generalizado: síndrome de MirizziNaranjo Muñoz C¹, Moreno Rodríguez AM², Pérez Eslava M³¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Loreto. Cádiz² Médico de Familia. CS Loreto Puntales. Cádiz³ Médico de Familia. CS Sanlúcar. Cádiz**Ámbito del caso**

Atención Primaria y hospitalaria.

Motivo de la consulta

Prurito generalizado.

Historia Clínica

Mujer de 60 años que acude a su médico en varias ocasiones durante un mes por prurito generalizado que no cede con tratamiento.

Enfoque individual. Antecedentes personales: Hipertensión, diabetes tipo 2 insulino dependiente, obesidad.

Anamnesis:

Mujer de 60 años que acude por prurito generalizado desde hace 2 semanas que no cede con antihistamínicos. Se inicia corticoterapia oral con mejoría, pero reaparece tras suspensión. Además, pérdida de peso, náuseas ocasionales y molestias abdominales en hipocondrio derecho. Se solicita analítica y se realiza ecografía abdominal dirigida. Ante los hallazgos, se añade tratamiento con colestiramina y se contacta con el servicio de digestivo.

Exploración: Abdomen: globuloso. Lesiones de rascado en tronco y miembros.

Pruebas complementarias: Analítica: GGT 1769, GOT 77, GPT 199, FA 200. Ecografía abdominal: vesícula biliar escleroatrófica colapsada con litiasis interior. Vía biliar intrahepática mínimamente dilatada con extrahepática normal. Rx tórax, serología y anticuerpos: normales. TAC abdomen: Vesícula biliar con paredes engrosada y litiasis. Estenosis de vía biliar próxima a cístico, en probable relación con cambios inflamatorios crónicos sin descartar neoplasia a este nivel. Colangio-RM: colelitiasis múltiple en cuello

vesicular y cístico que determina Síndrome de Mirizzi.

Biopsia intraoperatoria descarta adenocarcinoma vesical.

Enfoque familiar y comunitario: Familia nuclear en la etapa V, etapa final de la contracción. Buena red familiar y social.

Juicio clínico: Síndrome de Mirizzi.

Diagnóstico diferencial: Hepatitis, cirrosis, cirrosis biliar Primaria, colangitis esclerosante Primaria, colangiopatía autoinmune, carcinoma hepatocelular, metástasis, litiasis.

Identificación de problemas: La importancia de agilizar las pruebas para descartar malignidad.

Tratamiento, planes de actuación: Se ingresó para colecistectomía parcial y extracción de cálculos.

Evolución: Favorable.

Conclusiones

El síndrome de Mirizzi es una complicación que aparece en el 1% de los pacientes con colelitiasis. Consiste en la impactación de un cálculo en el infundíbulo de la vesícula o el conducto cístico comprimiendo el conducto hepático común, pudiendo erosionarlo y generar una fístula colecisto-coledociana. La aplicabilidad del caso para la Medicina de Familia se basa la importancia de una correcta historia clínica, donde la ecografía dirigida en atención Primaria tiene una gran utilidad para el enfoque del diagnóstico etiológico, ayudando a valorar enfermedades importantes que precisen agilizar el estudio.

Palabras clave

Pruritus, Cholestasis, Lithiasis

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Aneurisma aórtico roto contenido. Un paciente con suerteRecio Ramírez JM¹, Sánchez Sánchez MP², González López de Gamarra S¹¹ Médico de Familia. Hospital de Montilla. Córdoba² Enfermera. Hospital de Montilla. Córdoba**Ámbito del caso**

Urgencias Atención Primaria/Hospitalaria.

Motivo de la consulta

Dolor lumbar izquierdo.

Historia Clínica

02/05/2017 Atención Primaria Urgencias: acude por dolor lumbar izquierdo de 2 días de evolución con sensación febril no termometrada que se irradia a FII. Se aprecia contractura paravertebral lumbar izquierda. Abdomen blando y con molestias en FII. PPR positiva. Se diagnostica de lumbalgia aguda vs cólico nefrítico. TTO: dexketoprofeno y diacepam.

03/05/2017 Atención Hospitalaria Urgencias: Dolor lumbar de tres días con irradiación del dolor en ambas FFII (más en FID). A la exploración presenta febrícula, molestias en hemiabdomen derecho pero sin peritonismo ni Murphy. PPR negativa. Analítica sin hallazgos.

04/05/2017 Atención Primaria Urgencias: consulta por dolor abdominal y nauseas. Se deriva por sospecha de cólico biliar.

04/05/2017 Atención Hospitalaria Urgencias: exploración con dolor abdominal con Blumberg positivo. Sospecha de apendicitis aguda. Analítica sin hallazgos.

Pruebas complementarias de imagen: Rx abdomen: imagen de línea cálcica paralumbar izquierda sospechosa de aneurisma de aorta. TAC abdomen: aneurisma aorticosacular con hematoma retroperitoneal derecho en probable relación con rotura del mismo aunque sin signos de sangrado activo actual.

Enfoque individual: Paciente varón de 69 años. AP: Alergia a penicilinas, diabetes tipo 2; HTA. Intervenido de timpanoplastia, hernia inguinal bilateral y apendicectomía. TTO habitual: Insulina Lantus, Metformina y Enalapril 20 mg.

Enfoque familiar y comunitario: No antecedentes familiares de interés.

Juicio clínico: Aneurisma aórtico sacular roto con hematoma retroperitoneal.

Diagnóstico diferencial: Lumbalgia aguda, Cólico nefrítico, Cólico biliar, Apendicitis aguda.

Tratamiento, planes de actuación: Endoprotesis bifurcada. Antiagregación. Laxante. Control de cifras tensionales.

Evolución: Asintomático en la actualidad. Buen control tensional.

Conclusiones

La evolución clínica es fundamental en los pacientes con síntomas abdominales. A pesar de una buena exploración física, las pruebas de imagen son indispensables para el diagnóstico de patologías con clínica inespecífica.

Palabras clave

Abdominal Aortic Aneurysm, Emergencies, Hospital Service, Back Pain, Low

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

A propósito de un caso: dolor abdominal inespecífico en mujer de mediana edadFlores Cebada EM¹, Pérez Eslava M², Naranjo Muñoz C³¹ Médico de Familia. CS Vejer de la Frontera. Cádiz² Médico de Familia. CS Sanlúcar. Cádiz³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Loreto. Cádiz**Ámbito del caso**

Atención Primaria y hospitalaria.

Motivo de la consulta

Dolor abdominal.

Historia Clínica

Mujer de 50 años presenta desde hace varios meses molestias abdominales difuso sin asociación con otros síntomas.

Enfoque individual. Antecedentes personales: sin antecedentes de interés.*Anamnesis:* mujer de 50 años presenta desde hace meses molestias abdominales sin focalización, sin fiebre, no náuseas, vómitos ni otra sintomatología asociada.*Exploración:* Buen estado general. Exploración abdominal sin hallazgos, así como el resto de la exploración física.*Pruebas complementarias:* Se realiza analítica dónde se observa elevación de enzimas colestásicas. Serología de virus hepáticos negativos. Solicitamos una ecografía abdominal dónde se objetiva una masa redondeada bien delimitada de 80 mm en zona suprarrenal derecha en contacto con riñón e hígado.*Enfoque familiar y comunitario:* Familia nuclear en fase IV, normofuncional. Fase centrípeta del ciclo vital familiar. Red social con alto apoyo emocional. Sin acontecimientos vitales estresantes.*Juicio clínico:* Angiomiolipoma renal derecho.*Diagnóstico diferencial:* Hepatitis vírica, tumoración vía biliar, hepática o renal, absceso renal, liposarcoma,*Tratamiento, planes de actuación:* Se deriva a urología, se realiza TAC abdominal que confirma el diagnóstico. Se decide actitud expectante.*Evolución:* Favorable, se mantienen revisiones periódicas anuales.**Conclusiones**

Los angiomiolipomas renales son neoplasias benignas, responsables del 1-3% de los tumores renales. Pueden estar asociados a esclerosis tuberosa (enfermedad de Bourneville) hasta en el 80% de los casos, o presentarse en personas sanas. En este último caso su presentación suele ser unilateral, predominio sexo femenino, por lo general suelen ser asintomáticos. Como consecuencia, su diagnóstico suele ser difícil, es por ello que debemos tener conocimiento de dicha entidad para poder incluirla entre los diagnósticos diferenciales de patología abdominal. Su confirmación diagnóstica debe hacerse mediante TAC abdominal. El tratamiento depende de sus complicaciones o del tamaño, siendo los superiores a 4 cm los que se recomienda su extirpación quirúrgica, en contrario, se recomienda actitud expectante, como es el caso de nuestra paciente.

Palabras clave

Abdominal Pain, Kidney Neoplasms, Angiomyolipoma

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Síncope en paciente oncológicoNaranjo Muñoz C¹, Moreno Rodríguez AM², Flores Cebada EM³¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Loreto. Cádiz² Médico de Familia. CS Loreto Puntales. Cádiz³ Médico de Familia. CS Vejer de la Frontera. Cádiz**Ámbito del caso**

Atención Primaria y hospitalaria.

normofuncional). Buena red de apoyo social y familiar.

Motivo de la consulta

Síncope.

Juicio clínico: Metástasis cerebral en paciente oncológica.**Historia Clínica**

Mujer de 50 años que acude a consulta de atención Primaria por síncope.

Diagnóstico diferencial: Síncope vasovagal. Lesión ocupante de espacio (LOE). Metástasis cerebrales.*Enfoque individual. Antecedentes personales:* Carcinoma ductal infiltrante de mama derecha tratado con tumorectomía y actualmente en tratamiento quimioterápico.*Identificación de problemas:* Aunque la clínica es característica del síncope vasovagal, dado los antecedentes de la paciente, se decide valoración urgente para valorar posible patología maligna.*Anamnesis:* Mujer de 50 años que acude a consulta de atención Primaria por síncope durante el esfuerzo defecatorio, de segundos de duración con recuperación precoz completa sin déficit neurológico ni relajación de esfínteres. Náuseas y sudoración asociados. Episodios presíncopales previos. No otros síntomas de alarma. Ante los antecedentes, se deriva a Urgencias.*Tratamiento, planes de actuación:* La paciente ingresó a cargo de oncología Médica para tratamiento.*Exploración:* Exploración neurológica normal. No disimetría ni disdiadococinesia. Resto anodina.*Evolución:* En la actualidad se encuentra en seguimiento por cuidados paliativos.*Pruebas complementarias:* Analítica, ECG y Rx tórax: normales. Tac craneal con contraste: lesiones nodulares hiperdensas, milimétricas, parasagital izquierda y otra de menor tamaño en unión cortico subcortical de hemisferio cerebeloso izquierdo. Se recomienda RMN para descartar afectación metastásica. RMN craneal: Las lesiones descritas en el TAC corresponden a metástasis cerebrales.**Conclusiones**

El Síncope vasovagal es la forma más común de pérdida de conciencia y suele ser signo de benignidad. De todos modos, es importante realizar una adecuada historia clínica, donde los antecedentes personales juegan un papel fundamental en la toma de decisiones, sobretodo en pacientes oncológicos. La aplicabilidad del caso para la Medicina de Familia se basa la importancia de no pasar por alto síntomas que pueden parecer banales a simple vista y tener en cuenta los antecedentes personales en la toma de decisiones, para que no pasen desapercibidas enfermedades importantes.

Enfoque familiar y comunitario: Familia nuclear en la etapa I (nido sin usar), fase centrípeta del Ciclo Vital Familiar (familia**Palabras clave**

Syncope, Breast Neoplasms, Neoplasm Metástasis

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Hipotiroidismo IatrogénicoFernández González JM¹, Sevilla Becerra R², Moreno Morales M³¹ SCCU. Jerez de la Frontera. Cádiz² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Benito. Cádiz³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Granja Manuel Blanco. Cádiz**Ámbito del caso**

Atención Primaria, Servicios Urgencias.

Enfoque individual: Antecedentes de Hipertensión Arterial e Fibrilación Auricular.**Motivo de la consulta**

Varón de 68 años que acudió a su CS por disnea progresiva desde hacía dos meses y astenia. Comenta que presenta edemas en los miembros inferiores de una semana de evolución, progresando a las manos y los párpados en las últimas horas. Desde hacía un año en tratamiento, por una fibrilación auricular crónica, con digoxina, amiodarona, acecumarol y ramipril.

Enfoque familiar y comunitario: Sin interés.*Juicio clínico:* Hipotiroidismo iatrogénico.**Historia Clínica**

Paciente COC, REG, edemas en miembros y párpados. ACP bradicardia a 46 lat/min, arritmicos y crepitantes pulmonares bibasales. Abdomen sin hallazgos. Electrocardiograma, que mostró fibrilación auricular crónica a 46 lat/min; radiografía de tórax, donde no se observaron alteraciones. Ante la sospecha de iatrogenia por amiodarona, se realiza ecografía tiroidea donde se observa bocio difuso y al Doppler-color flujo disminuido. Se deriva a Urgencias hospitalarias para control analítico urgente; hemograma y bioquímica sin hallazgos de interés. Niveles de digoxina dentro de rangos terapéuticos y destacó TSA de 54,45 U/ml (normal: 0.30-6.0), con T4 libre de 0.32 ng/ml (normal: 0,70-1,90).

Tratamiento, planes de actuación: Tratamiento sustitutivo de levotiroxina durante un año, y retirada de amiodarona.*Evolución:* La evolución del paciente fue favorable tras la retirada del fármaco, observándose a los 15 días mejoría clínica con desaparición de edemas y normalización de la frecuencia cardíaca.**Conclusiones**

Destacar como una buena anamnesis, junto a la gran ayuda de la ecografía, se enfoca con rapidez un diagnóstico como este. Destacar el papel de la ecografía en Atención Primaria como herramienta diagnóstica revisando la bibliografía encontramos que los pacientes tratados con amiodarona requieren controles de hormonas tiroideas al menos antes de iniciar el tratamiento y posteriormente cada 6 meses. Posteriormente, un control semestral de la TSH sería suficiente.

Palabras clave

Hipotiroidismo, Iatrogenia, Atención Primaria

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Dolor abdominal de origen endometrialGranados Gutiérrez S¹, Hipólito Egea M¹, Rojas Martínez MM²¹ MIR 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Tiro Pichón. Málaga² MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Tiro De Pichón Málaga**Ámbito del caso**

Atención Primaria y hospitalaria.

Motivo de la consulta

Dolor abdominal crónico.

Historia Clínica

Enfoque individual. Antecedentes personales: Sin alergias medicamentosas. HTA, cefalea crónica y síndrome ansioso-depresivo. Cesárea. En tratamiento con enalapril 20 mg, omeprazol 20 mg, tramadol, nolotil, paracetamol y diazepam.

Anamnesis: Mujer de 43 años acude por dolor abdominal de tipo cólico de 4 meses de evolución, había acudido a urgencias en varias ocasiones. Diarrea ocasional, hiporexia y pérdida de 10 Kg. Solicitamos analítica de sangre, orina y radiografía abdomen, se deriva a digestivo. Una semana después acude por empeoramiento, aumento del dolor abdominal, vómitos alimenticios frecuentes y oliguria. A la exploración el abdomen estaba distendido, doloroso a la palpación generalizada con ruidos hidroaéreos aumentados. Se decide derivación a urgencias.

Exploración: regular estado general. Consciente, orientada y colaboradora. Afebril. Tensión arterial 119/84 mmHg. Frecuencia cardíaca 75 lpm. Saturación de oxígeno 97% basal. Auscultación Cardiopulmonar: rítmica sin soplos, murmullo vesicular conservado. Abdomen: distendido, blando y depresible, dolor generalizado a la palpación sin peritonismo, ruidos hidroaéreos aumentados, no masas ni megalias.

Pruebas complementarias: Analítica sangre: normal. Analítica orina: normal. Radiografía

abdomen: distensión de asas y niveles en intestino delgado sugestivos de cuadro suboclusivo. *TAC abdomen:* dilatación de asas de ileon con líquido en su interior. Masa mal definida en ciego de unos 30x40mm, asociada a adenopatías locorregionales de pequeño tamaño, sugestiva de neoplasia de ciego como opción más probable. Biopsia intraoperatoria: segmento de intestino grueso con endometriosis periapendicular y pericecal. Sin evidencia de neoplasia. Avisa a cirugía. Hemicolecotomía dcha.

Enfoque familiar y comunitario: ama de casa, vida activa. Casada, un hijo 8a. Buen apoyo familiar. AVE: hermana, 50 años, hace 1mes ACV sin secuelas. Padres vivos, ambos HTA.

Juicio clínico: Subobstrucción intestinal secundaria a endometriosis. Obstrucción por bridas vs neoplasia colon.

Tratamiento, planes de actuación: Derivación a ginecología para estudio de endometriosis

Evolución: Acude 1 mes después a la consulta por deposiciones diarreicas frecuentes secundarias a cirugía, se prescribe Mebeverina.

Conclusiones

La exploración abdominal es fundamental, permite diferenciar patología urgente y aporta información esencial. La radiografía simple es básica en atención Primaria, ésta junto a la exploración era suficiente para el diagnóstico.

Palabras clave

Intestinal Obstruction, Abdominal Pain, Endometriosis

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Mi madre ya no es mi madreGallego Castillo EN¹, Espinola Coll E², Duran Chiappero MR³¹ Médico de Familia. CS Coín. Málaga² MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Coín. Málaga³ Médico de Familia. DDCU Distrito Málaga**Ámbito del caso**

Urgencias hospitalarias/hospitalarias.

Motivo de la consulta

Cuadro confusional.

Historia Clínica

Mujer de 85 años, la hija avisa a Urgencias extrahospitalarias porque encuentra a su madre rara desde hace 3-4 horas, no reconoce a su hija, no sabe dónde está y sólo habla de sus hijos fallecidos. Refiere que a veces tiene olvidos pero lo de hoy no es normal.

Enfoque individual: No alergias medicamentosas conocidas. Intolerancia a Enalapril. Deterioro cognitivo leve. Accidente cerebrovascular isquémico hace 2 años con hemiparesia izquierda residual. En tratamiento con Aspirina 300 mg, Omeprazol 20 mg, citalopram 20 mg, lormetazepam 1 mg,

Exploración: Paciente desorientada en tiempo y espacio, labilidad emocional. Bien hidratada. Eupneica. Buena coloración. Tensión arterial 140/80. Auscultación cardiopulmonar: Tonos rítmicos apagados. murmullo vesicular conservado. Abdomen: hernia supraumbilical reductible, resto normal. No colabora en la exploración neurológica. *Analítica:* Hemograma y coagulación normales. Glucosa 112 mg/dL, resto bioquímica normal. Orina normal. Rx tórax: Cardiomegalia. Moderada elongación aórtica con ateromatosis. Electrocardiograma normal. TAC cráneo sin contraste: Hematoma intraparenquimatoso en región temporal derecha con halo hipodenso en relación con edema. No desplazamientos.

Enfoque familiar y comunitario: Paciente dependiente con vida cama-sillón. Vive en casa de su hija.

Juicio clínico: Hemorragia espontánea intraparenquimatoso temporal derecha.

Diagnóstico diferencial: Alteraciones electrolitos, Infecciones, Tumores. Evolución: demencia.

Tratamiento, planes de actuación: La paciente es trasladada en ambulancia al hospital de referencia.

Evolución: La paciente ingresa en servicio de Neurología donde permanece cinco días presenta cuadro de infección de orina y agitación psicomotriz que se resuelve por lo que se le da el alta.

Conclusiones

Para el Médico de Familia es muy importante los diagnósticos diferenciales en este caso, ya que este tipo de pacientes son muy frecuentes tanto en la demanda clínica como en las urgencias extrahospitalarias necesitando una buena anamnesis y exploración por nuestra parte, ya que son paciente complicados por pluripatología y poca colaboración.

Palabras clave

Acute Confusional Síndrome, Spontaneous Cerebral Hemorrhage, Intraparenchymal Hematoma

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

No era un simple catarro: Síndrome Guillain-BarréSayago Alcázar AJ¹, Ruiz Granada MD², Rando Jiménez AR³¹ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Alameda-Perchel. Málaga² MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Alameda-Perchel. Málaga³ Médico de Familia. Urgencias Hospital Regional Málaga**Ámbito del caso**

Atención hospitalaria (Urgencias).

Motivo de la consulta

Catarro de dos semanas de evolución asociado a calambres y debilidad en ambas piernas.

Historia Clínica

Anamnesis: tos seca y rinorrea acuosa sin fiebre asociada que aparecen de forma progresiva en las últimas dos semanas. En los últimos días se añaden hiporexia, lumbalgia y sensación de calambres ascendentes en miembros inferiores (MMII), con pérdida de fuerza de los mismos. Ha recibido tratamiento con Amoxicilina-clavulánico y Levofloxacino pero refiere encontrarse cada vez peor.

Exploración: consciente y orientada, estable hemodinámicamente. Auscultación cardiopulmonar: rítmica sin soplos, murmullo vesicular conservado. Abdomen: blando y depresible, no doloroso. Exploración neurológica: sin alteración de la vía sensitiva. Reflejos osteotendinosos (ROT) presentes en MMSS, abolidos en MMII. Marcha atáxica. *Pruebas complementarias:* analítica sanguínea con discreta leucocitosis (14800), PCR 70, resto de parámetros normales. Radiografía de tórax sin hallazgos de interés.

Enfoque individual: Mujer de 57 años.

Antecedentes personales: Hipotiroidismo en tratamiento con eutirox 75 mcgr. Sin alergias medicamentosas ni hábitos tóxicos conocidos.

Enfoque familiar y comunitario: Vive con su marido. Tiene 2 hijas (familia en fase centrípeta). Profesión: administrativa. Red social con alto apoyo emocional e interacción social positiva.

Juicio clínico: La exploración neurológica patológica en MMII de aparición subaguda en una paciente con antecedente de infección respiratoria nos lleva a plantearnos el diagnóstico de afectación polineuropática tipo Guillain-Barré.

Tratamiento, planes de actuación: La paciente queda ingresada a cargo de Neurología. El líquido cefalorraquídeo muestra aumento de proteínas y el estudio neurofisiológico signos de desmielinización, que junto con la clínica apoyan el diagnóstico definitivo. Recibe tratamiento con inmunoglobulinas y corticoides.

Evolución: La paciente presenta mejoría progresiva durante las dos semanas de ingreso en planta.

Conclusiones

El Síndrome de Guillain-Barré es una enfermedad autoinmune caracterizada por una debilidad simétrica rápidamente progresiva que comienza distal y avanza proximalmente, y que cursa con la pérdida de ROT y signos sensitivos leves (o ausentes). Es la causa más frecuente de parálisis neuromuscular aguda. Aunque se trata de una enfermedad con una presentación clínica muy variable, debemos tener presente esta patología cuando nos encontremos pacientes con la sintomatología arriba descrita y tratar lo más precozmente posible, ya que su avance puede alcanzar rápidamente la musculatura bulbar y respiratoria, poniendo en serio peligro la vida del paciente.

Palabras clave

Polineuropathy, common cold, Guillain-Barré syndrome

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Dolor testicular en paciente jovenNaranjo Muñoz C¹, Moreno Rodríguez AM², Flores Cebada EM³¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Loreto. Cádiz² Médico de Familia. CS Loreto Puntales. Cádiz³ Médico de Familia. CS Vejer de la Frontera. Cádiz**Ámbito del caso**

Atención Primaria y hospitalaria.

Motivo de la consulta

Dolor testicular.

Historia Clínica

Joven de 17 años que acude a consulta de Atención Primaria por dolor testicular.

Enfoque individual. Antecedentes personales: Asma leve.*Anamnesis:* Varón de 17 años que acude a consulta de Atención Primaria por dolor en testículo derecho desde hace 4 meses coincidiendo en ocasiones con cólicos nefríticos derechos que han sido atendidos en Urgencias. Tras la exploración que se realiza en consulta se decide valoración hospitalaria.*Exploración:* Se palpa nódulo duro y pétreo de consistencia no uniforme en teste derecho. Teste izquierdo normal.*Pruebas complementarias:* Ecografía de escroto y testículos: aumento del tamaño del testículo epidídimo derecho, mayor de 5 centímetros. Masa en región inferior de 4 centímetros, muy heterogénea, con calcificaciones groseras y vascularización anárquica, sugestivo de neoformación dependiente del epidídimo. Conclusión: neoformación en polo inferior de testículo derecho. Marcadores: alfafetoproteína: 105, BHCG: 10.1, LDH: normal.*Enfoque familiar y comunitario:* Familia nuclear en la etapa I (nido sin usar), fase centrípeta del Ciclo Vital Familiar (familia normofuncional). Buena red de apoyo social y familiar.*Juicio clínico:* Neoplasia testicular derecha.*Diagnóstico diferencial:* Epididimitis, hernia inguinal derecha, cólico nefrítico, varicocele, hidrocele, neoplasia testicular.*Identificación de problemas:* Tras la exploración, se decide derivación urgente dada la alta sospecha de malignidad, destacando la dificultada de la comunicación de malas noticias en paciente joven.*Tratamiento, planes de actuación:* El paciente ingresó a cargo de urología con realización de orquiectomía inguinal derecha y colocación de prótesis testicular.*Evolución:* Favorable. En seguimiento por urología y oncología Médica.**Conclusiones**

El cáncer de testículo es el cáncer más común en los hombres de 20 a 35 años de edad. Casi todos los cánceres de testículo comienzan en las células germinativas, y los dos tipos principales de tumores de células germinativas testiculares son seminomas y no seminomas. El tratamiento fundamental es quirúrgico mediante la orquiectomía inguinal precoz. El cáncer de testículo habitualmente se puede curar en pacientes que reciben quimioterapia adyuvante o radioterapia tras la orquiectomía. La aplicabilidad de este caso para la medicina familiar se basa en la importancia de una adecuada exploración física de los pacientes, que junto a la anamnesis, juega un papel fundamental en la identificación de enfermedades.

Palabras clave

Testicular Diseases, Adolescent, Testicular Neoplasms

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Insulina en blancoAlcarazo Fuensanta H¹, Llimona Perea I², Espartero Gómez A³¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Esperanza Macarena. Sevilla² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Ronda Histórica. Sevilla³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Pinomontano A. Sevilla**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

Motivo de la consulta

Mal control glucémico.

Historia Clínica

Paciente de 80 años que acude aportando cifras de glucemia tomadas en domicilio, tras haber iniciado Insulina lenta 10 unidades (UI) por la noche hace dos semanas (tras resultados de analítica semestral), habiendo aumentado progresivamente de 2 en 2 UI dado el mal control. Observamos unas cifras en torno a 180 de glucemia basal y superiores a 230 las postprandiales. Aún así, no superiores a las previas al inicio del tratamiento, por lo que volvemos a citarla a la semana e indicamos seguir aumentando dosis de insulina. El día que estaba citada para traer nuevos controles observamos en el ordenador que la paciente está ingresada con juicio clínico de mononeuritis del VI par como complicación del mal control glucémico y que en el ingreso han detectado que la cuidadora principal no empujaba el émbolo al aplicar la insulina, ipor lo que la paciente no estaba recibiendo adecuadamente el tratamiento!

Enfoque individual. Antecedentes personales: diabetes mellitus de 15 años de evolución, en tratamiento con repaglinida y linagliptina, insuficiencia renal con filtrado glomerular de 29.

Enfoque familiar y comunitario: Paciente parcialmente dependiente para sus actividades básicas de la vida diaria, deterioro cognitivo por demencia senil leve-moderada, ya valorada por Neurología. Vive con su marido, aunque su hija les visita con frecuencia y prepara la medicación de ambos.

Juicio clínico: Mononeuritis VI par craneal en relación a DM mal controlada.

Tratamiento, planes de actuación: Insulina lenta 10 UI por la noche e insulina rápida de 8 a 12 UI cada 8 horas.

Evolución: En las últimas semanas se están estabilizando las cifras de glucemia y la clínica ocular va en mejoría.

Conclusiones

Este caso es un ejemplo de las repercusiones negativas que puede tener una inadecuada coordinación del equipo de atención Primaria. Realizar una instrucción adecuada en el uso de los dispositivos de insulina a la paciente y al cuidador principal (al tratarse de una paciente anciana) y contemplar como posible causa de fracaso terapéutico su mala utilización, pueden evitarnos complicaciones derivadas de esta patología.

Palabras clave

Diabetes Mellitus, Insulin

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Decaimiento general y desorientación en paciente añosoMoreno Morales M¹, Sevilla Becerra R², Fernández González JM³¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Granja Manuel Blanco. Cádiz² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Benito. Cádiz³ SCCU. Jerez de la Frontera. Cádiz**Ámbito del caso**

Consulta de urgencias.

Motivo de la consulta

Desorientación y decaimiento general.

Historia Clínica*Antecedentes personales:* HTA, DMNID, ACVA hace 3 años.*Anamnesis:* Mujer de 87 años, que acude a Urgencias por desorientación y decaimiento general de 2 días de evolución que ha ido en progresión hasta el día de hoy. Familiares niegan fiebre.*Exploración física:* Consciente y leve desorientación. (Glasgow 13/15). Auscultación cardiopulmonar, pulso rítmico sin soplos y murmullo vesicular conservado. Exploración abdominal sin alteraciones de interés. Exploración: neurológica con PINRLA, resto de PPCC normales, habla normal, marcha normal, no signos meníngeos, sin presencia de focalidad neurológica. Miembros inferiores sin edemas o signos de insuficiencia venosa. TA 147/82. Sat. O₂ 97%. glucemia capilar 122mg/dl, Temperatura 37'7°C. *Pruebas complementarias:* Hemograma con presencia de anemia de trastornos crónicos, leucocitosis leve con ligera neutrofilia, bioquímica con valores normales, PCR 130 mg/dL. TC craneal: Ligera atrofia de córtex cerebral, leucoaraiosis, no imágenes de sangrado.*Enfoque individual:* A pesar de no presentar focalidad neurológica se decidió realizar TC craneal, ante la normalidad de este (presencia de lesiones crónicas) se decidió ampliar diagnóstico diferencial.*Enfoque familiar y comunitario:* En consulta de atención Primaria o en urgencias son muchos los pacientes que nos encontramos con esta descripción, por lo que realizar buena anamnesis y valorar posibles causas de empeoramiento de estado general son necesarias.*Juicio clínico:* ACVA, AIT, demencia vascular, ITU.*Tratamiento, planes de actuación:* Ante la presencia de datos analíticos de infección se decidió realizar análisis de orina en el que se encontraron datos de ITU con 500 leucocitos por campo, nitritos positivos y leve presencia de eritrocitos. Se pauto tratamiento con ceftriaxona 2g/día y paciente permaneció en observación por 48h.*Evolución:* tras pauta de tratamiento paciente mejoro, dándole el alta a las 48h continuando tratamiento vo en domicilio con Cefuroxima 500 mg/12h.**Conclusiones**

Es muy importante discernir las causas de decaimiento de estado general en pacientes ancianos ya que en función de la etiología y de los antecedentes del paciente podremos observar mejoría tan solo con tratamiento bien dirigido.

Palabras clave

Decaimiento, Demencia, Pérdida de Funciones, ITU

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Paciente de 61 años con cuadro de dolor abdominal y vómitos

Sánchez Fernández EM¹, Ranchal Soto JM², Rodas Díaz M¹

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Torrox. Hospital Axarquía. Málaga

² Médico EBAP. UGC Leganitos. Marbella (Málaga)

Ámbito del caso

Hospitalarias. Urgencias y Especializada.

Motivo de la consulta

Dolor abdominal intenso y vómitos.

Historia Clínica

Antecedentes personales: No alergias medicamentosas. Diabetes mellitus tipo 2. Hernia inguinal izquierda pendiente de cirugía. En tratamiento con Metformina.

Anamnesis: Paciente de 61 años que acude por cuadro de dolor abdominal intenso y progresivo de 5 horas de evolución asociado a vómitos y estreñimiento de un día de evolución, con orina normal, afebril.

Exploración: consciente, orientado colaborador, mal estado general, Bien hidratado y perfundido, Cardiopulmonar sin hallazgos patológicos. Abdomen: Blando, depresible, con gran masa inguinal izquierda pétreo, dolorosa a la palpación que progresa con Valsalva, no reductible.

Pruebas complementarias: Analítica: Destaca leucocitosis de 22.000 con neutrofilia de 20.000, Bioquímica: glucosa 227, PCR 25.8 coagulación y resto normal. Ecografía abdominal: hernia inguinal incarcerada resto sin hallazgos. Se consulta con Cirugía de guardia que tras valoración decide intervención

quirúrgica urgente previo a petición de preoperatorio.

Enfoque familiar y comunitario: Núcleo familiar normofuncional, casado, 3 hijos, buen apoyo social.

Juicio clínico: Hernia inguinal Incarcerada.

Diagnóstico diferencial: Absceso, neoplasia, adenopatía.

Tratamiento, planes de actuación: Tras cirugía y reparación de Hernia se ingresa en planta con analgesia antiototerapia y medidas de soporte.

Evolución: Buena evolución clínica, por lo que tras varios días de estancia hospitalaria y tras buena tolerancia orla se decide alta hospitalaria con seguimiento en consulta externa de cirugía para revisión y control por su médico de Atención Primaria.

Conclusiones

Destacar la importancia de realizar una buena anamnesis y exploración física prestando atención a los signos de alarma que nos indican la conducta a seguir.

Palabras clave

Hernia, Abscess, Tumor

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Pleuropericarditis Aguda, a propósito de un caso

González Contero L, Salva Ortiz N, Cobos Ocaña MJ

*Médico de Familia. Urgencias Hospital San Carlos. San Fernando (Cádiz)***Ámbito del caso**

Urgencias hospitalarias.

Motivo de la consulta

Dolor torácico en paciente joven.

Historia Clínica

Varón de 23 años de edad, no RAM conocidas, fumador de 10 cigarrillos al día.

Antecedentes familiares sin interés.*Anamnesis:* Consulta por presentar dolor en hemitórax izquierdo, de características pleuríticas, con cefalea y malestar general asociado. Refiere catarro de vías altas días previos, ha tratado con Paracetamol 1gr vía oral de forma esporádica.*Exploración:* Afebril. TA130/65. FC70lpm FR12 rpm Saturación basal sin aporte de Oxígeno 99% Normohidratado y normoperfundido. Excelente estado general aunque quejoso por dolor. Auscultación cardiaca: tonos puros y rítmicos. Auscultación pulmonar: Murmullo vesicular conservado sin ruidos patológicos. MMII no edemas ni signos de TVP. Orofaringe hiperémica sin exudados. No adenopatías laterocervicales palpables. No signos meníngeos.*Pruebas complementarias:* ECG: Ritmo sinusal a 75 lpm, con bloqueo incompleto de rama derecha. Radiografía de Tórax: infiltrado basal izquierdo con pinzamiento de ambos senos costodiafragmáticos. Bioquímica: Troponina 0,00. Ck no alterada. PCR 96. Perfil hepático e iones dentro de rango. Hemograma: HB 14.5.14.390 Leucocitos con 80% PMN. Plaquetas normales. Coagulación: Fibrinógeno 745. TAC Tórax: Derrame pleural bilateral moderado de predominio izquierdo. Moderado derrame pericárdico. Signos radiológicos de

aortitis en aorta ascendente y cayado. Ecocardiograma: Ligeramente derrame pericárdico. Ecografía abdominal: Mínima cantidad de líquido libre peritoneal entre asas intestinales. RMN cardíaca y angio RMN de aorta: hallazgos sugestivos de pericarditis aguda.

Enfoque individual: Persona independiente y activa.*Enfoque familiar y comunitario:* Varón soltero, trabaja de panadero en la zona, vive con su madre viuda, colabora en el mantenimiento del hogar. Hijo único. Buen apoyo familiar. Bajo nivel sociocultural.*Juicio clínico:* Pleuropericarditis Aguda.*Diagnóstico Diferencial:* TEP, Aneurisma de Aorta.*Tratamiento, planes de actuación:* El paciente ingresa en planta de Medicina Interna para estudio de Pleuropericarditis aguda con Aortitis, realizándose estudio con Serología y autoinmunidad negativas. Tratamiento con AINEs a dosis elevadas.*Evolución:* Buena respuesta al tratamiento, actualmente de alta sin seguimiento.**Conclusiones**

La diversidad de patologías que pueden producir los síntomas que refiere el paciente puede hacernos dudar del diagnóstico e infravalorarlo. La visión de conjunto es muy importante en nuestra práctica diaria, realizar una adecuada anamnesis y un correcto enfoque del mismo

Palabras clave

Chest, Pain, male

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Lesiones en movimiento, qué me ocurre

González Contero L, Salva Ortiz N, Lidón Mazón, A

*Médico de Familia. Urgencias Hospital San Carlos. San Fernando (Cádiz)***Ámbito del caso**

Urgencias hospitalarias.

Motivo de la consulta

Flebitis en pierna y brazo.

Historia Clínica

Antecedentes personales: Alergia conocida a contraste yodado y a Betalactámicos, fumador habitual de 15 cigarrillos al día, no intervenciones quirúrgicas. Gastritis crónica. No antecedentes familiares de interés.

Anamnesis: Varón de 53 años consulta por eritema, enrojecimiento y dolor en miembro inferior izquierdo, de unos días de evolución sin otros síntomas asociados. Valorado en una ocasión en Urgencias de otro hospital de la zona siendo diagnosticado de Tromboflebitis y tratado como tal con escasa mejoría, el día que acude a nuestro servicio refiere aparición de una lesión igual en miembro superior derecho. No refiere síndrome constitucional. Afebril. No otros síntomas asociados.

Exploración: TA 135/68 Tº 36.5. Saturación basal 98% sin apote de oxígeno. FC 75 lpm. Buen estado general. Normohidratado y normoperfundido. Eupneico en reposo. No IY. Presenta lesión eritematosa e indurada en hueco poplíteo izquierdo, empastamiento y cordón varicosos, doloroso a la palpación en MMS derecho. Auscultación cardiopulmonar sin hallazgos. Abdomen anodino.

Pruebas complementarias: Analítica completa dentro de la normalidad. Eco Doppler: TVP basílica. Diagnóstico: Tromboflebitis migrans. Por lo que se inicia estudio complementario. Ecografía abdominal: Lesión sólida de cabeza pancreática e hígado metastático. TAC Tórax sin

contraste: Múltiples lesiones pulmonares compatibles con metástasis. Ca 19.9: 15780 La clínica y las pruebas complementarias nos plantean como diagnóstico un adenocarcinoma de páncreas en estadio avanzado.

Enfoque individual: Varón deportista.

Enfoque familiar y comunitario: Casado, con 2 hijos de 8 y 12 años, abogado. Buen apoyo familiar. Alto nivel sociocultural.

Juicio clínico: Adenocarcinoma de páncreas estadio IV.

Diagnóstico diferencial: Linfoma, TVP.

Tratamiento, planes de actuación: se deriva para estudio a hospital de día de medicina interna y posteriormente, tras el diagnóstico, a cuidados paliativos. Apoyo al paciente y a la familia por médico de atención Primaria y salud mental de zona.

Evolución: El paciente evoluciona desfavorablemente, siendo Éxito al mes y medio del diagnóstico.

Conclusiones

Nos encontramos ante una patología poco frecuente en la que es difícil pensar inicialmente, pasando desapercibida hasta estadios avanzados. Destacar la importancia de correlacionar signos y síntomas poco llamativos, y realizar un buen diagnóstico diferencial, así como pensar en patologías poco frecuentes en nuestro medio.

Palabras clave

Phlebitis, Male, Migrans

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

El soplo que dejó de ser inocente

Sayago Alcázar AJ¹, Ruiz Granada MD², Delgado Ortega MA³¹ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Alameda-Perchel. Málaga² MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Alameda-Perchel. Málaga³ MIR 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Alameda-Perchel. Málaga**Ámbito del caso**

Atención hospitalaria.

Motivo de la consulta

Fiebre sin foco de duración intermedia.

Historia Clínica

Anamnesis: Fiebre de bajo grado vespertina acompañada de malestar general y síndrome asteniforme sin otros síntomas asociados de 15 días de evolución, con pico febril de 39.5°C en el día de hoy asociando tiritona intensa. Hace un mes comenzó con cuadro catarral para el que tomó antigripales y jarabe para la tos, y fue al mejorar éste cuando aparece la febrícula. Ha sido valorada en varias ocasiones por su médico de familia que inicialmente trató con Azitromicina 500 mg 3 dosis. Niega disnea, edematización, clínica gastrointestinal, miccional ni de otro tipo por aparatos. No contacto con animales rurales ni otros antecedentes epidemiológicos de interés.

Exploración: normotensa, normocoloreada, fiebre de 39. 6°C a su llegada. Cabeza y cuello: hiperemia conjuntival bilateral, no adenopatías. Auscultación cardiopulmonar: tonos rítmicos y regulares, con soplo sistólico en foco aórtico con segundo tono conservado, irradiado a foco mitral; murmullo vesicular conservado. Abdomen anodino. No estigmas de endocarditis. Miembros inferiores sin signos de trombosis ni edemas. Ingresa en planta de enfermedades infecciosas donde se completa el estudio con las siguientes

Pruebas complementarias: en analítica sanguínea destaca leucocitosis (18900) con neutrofilia, PCR 74.7. Radiografía de tórax y electrocardiograma sin alteraciones.

Hemocultivos positivos 6/6 a Streptococcus mitis. Ecocardiograma: imagen compatible con endocarditis de 9x12mm en válvula mitral.

Enfoque individual: Mujer, 57 años. Sin alergias medicamentosas conocidas. Niega hábitos tóxicos. Dislipemia en tratamiento con simvastatina 10 mg. Adenocarcinoma de útero tratado mediante histerectomía total + radioterapia. Soplo cardíaco desde los 19 años catalogado como soplo inocente.

Enfoque familiar y comunitario: Vive en Málaga con su marido. Administrativa, actualmente prejubilada. Red social con alto apoyo emocional e interacción social positiva.

Juicio clínico: Endocarditis infecciosa.

Tratamiento, planes de actuación: Ceftriaxona 2g cada 24 horas IV durante 4 semanas.

Evolución: Durante su estancia hospitalaria se inició tratamiento dirigido con Ceftriaxona quedando afebril y mejorando los reactantes de fase aguda en controles analíticos. Asintomática tras finalizar tratamiento.

Conclusiones

Debemos superar la limitación de tiempo por consulta y aprovechar la longitudinalidad que ofrece la atención Primaria para no dejar escapar ningún signo exploratorio que presente modificaciones con respecto a consultas previas y que puedan dar explicación a cuadros patológicos que presente el paciente.

Palabras clave

Heart Murmur, Bacterial Endocarditis, Fever

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Aneurisma de aorta: una alerta constante a tener en cuentaCabello Romero A¹, Díaz Muñoz M², Lagares Alonso JF²¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Virgen del Valle. Écija (Sevilla)² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Almorón. Écija (Sevilla)**Ámbito del caso**

Atención Primaria y Urgencias hospitalarias.

Motivo de la consulta

Dolor abdominal agudo.

Historia Clínica

Varón de 72 años, con antecedentes personales de Hipertensión arterial, Hipercolesterolemia y Aneurisma de Aorta abdominal. En tratamiento con Losartán 100 mg/24h y Simvastatina 20 mg/24h.

Enfoque individual: Acude a urgencias, derivado desde atención Primaria, por dolor en flanco derecho irradiado a hipocondrio derecho de 3 horas de evolución. En su CS, tensión arterial: 190/110 mmHg y combur test: hematíes ++. No fiebre, no molestias urinarias.

Exploración: Buen estado general, consciente, orientado, normocoloreado, normoperfundido, eupneico en reposo. Auscultación cardiorrespiratoria: Sin hallazgos patológicos. Abdomen: Blando, depresible, no doloroso a la palpación. Masa pulsátil en mesogastrio. No signos de peritonismo.

Pruebas complementarias: *Analítica:* Hemograma sin alteraciones. Bioquímica: Urea 84 mg/dl, Creatinina 3,07 mg/dl, resto normal. Sistemático de orina: Sin hallazgos. TAC abdomen sin contraste IV: Aumento del tamaño de aneurisma Aorta abdominal. Angio TAC de Aorta abdominal con contraste IV: Mala evolución del aneurisma y mayor riesgo de rotura.

Enfoque familiar y comunitario: Importancia de los antecedentes personales para realizar un buen diagnóstico.

Diagnóstico diferencial: Se nos plantea el diagnóstico diferencial de un paciente con dolor abdominal. Inicialmente, podríamos pensar en patología renal, biliar o incluso intestinal. Una vez realizada la exploración física y las pruebas complementarias el diagnóstico fue confirmado.

Juicio clínico: Aneurisma Aorta abdominal con posible evolución a Síndrome Aórtico Agudo.

Tratamiento, planes de actuación: Ingreso en área de Observación para estabilización y posteriormente hospitalización para sedación.

Evolución: Ingresa en Observación, comenzando con mala perfusión periférica, hipotensión arterial, por lo que se administran dos concentrados de hematíes, perfusión de cloruro mórfico y suero fisiológico iv, mejorando la clínica. Cirugía vascular desestima intervención. El paciente presenta oligoanuria, distensión abdominal, pulsos femorales débiles, y cianosis. Se procede a ingreso hospitalario para sedación parcial, hasta que comienza con deterioro de consciencia y finalmente éxitus letalis

Conclusiones

El aneurisma de Aorta abdominal, se manifiesta de forma asintomática en la mayoría de los casos, diagnosticándose como hallazgo casual mediante pruebas de imagen. Es importante conocer que, esta patología puede presentar complicaciones en cualquier momento, por lo que tenemos que tener en cuenta que ante un síntoma banal, en pacientes con antecedentes personales de Aneurisma de Aorta, puedan estar relacionados con una complicación mayor.

Palabras clave

Pain, Aneyrism, Aortic Rupture

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Fitofotodermatitis: cuando sol y plantas se confabulan

González García J¹, Páez Pinto JM²

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Bormujos. Bormujos (Sevilla)

² Médico de Familia. CS Bormujos. Bormujos (Sevilla)

Ámbito del caso

Atención Primaria (AP).

Motivo de la consulta

Placas eritematodescamativas y pruriginosas en ambas piernas.

Historia Clínica

Varón de 25 años que acude a consulta 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.

Enfoque individual: Buen estado general. Normocoloreado. Bien hidratado y perfundido. Estable hemodinámicamente. Posee extensas placas eritematodescamativas bilaterales y simétricas, con bordes inflamatorios y bien delimitados, y superficie liquenificada, en la parte posterior de miembros inferiores. Resto normal. Reinterrogando al paciente, refiere que unos días antes había estado en el campo, en pantalón corto, 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.

Enfoque familiar y comunitario: No ha lugar.

Juicio clínico: Placas de fitofotodermatitis en parte posterior de ambos miembros inferiores.

Diagnóstico diferencial: Psoriasis en placas o dermatitis irritativa de contacto.

Tratamiento, planes de actuación: Se inició tratamiento con Dexclorfeniramina 2 mg (miligramos), 1 comprimido cada 8 horas y

Metilprednisolona emulsión cutánea, 1 aplicación cada 12 horas, durante 5 a 7 días. Además, recomendamos 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.

Evolución: A la semana, el paciente vuelve para revisión, habiéndose recuperado por completo.

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 observada es una reacción fototóxica a compuestos químicos fotosensibilizantes (psoralenos) de diversas familias de plantas, provocando una reacción no inmunológica. El grado de reacción depende del tipo y de la cantidad de sustancia fototóxica que penetra en la piel, así como de la dosis de irradiación lumínica. En fase aguda, las manifestaciones 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 profesiones como jardineros o agricultores.

Palabras clave

Placa Eritemato-Descamativa, Ficus (Higuera), Luz Solar

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Disnea, el arte de una buena historia clínica

Medina Faña MM, Esteban Rodríguez MC, Gallardo Navas S

*MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. AGS Norte De Málaga. Hospital Antequera. Málaga***Ámbito del caso**

Atención Primaria y Medicina Especializada.

Enfoque familiar y comunitario: Sin antecedentes.**Motivo de la consulta**

Disnea.

Juicio clínico: Insuficiencia cardíaca congestiva secundaria a Estenosis Mitral severa. Valvulopatía mitral reumática.**Historia Clínica**

Mujer de 50 años sin antecedentes de interés, consulta en el Servicio de Urgencias por disnea súbita y taquicardia, se descartó Tromboembolismo pulmonar. Volvió a consultar tres días más tarde por clínica similar diagnosticándose de bronquitis aguda, inició tratamiento con Budesonida, Formeterol, Levofloxacino y Deflazacort con mejoría leve, consulta a su médico de Atención Primaria quien remite nuevamente a urgencias con sospecha clínica de disnea de origen cardiológico.

Diagnósticos diferencial: Miocardiopatías vs Cardiopatía isquémica.

Tratamiento, planes de actuación: Comité médico quirúrgico: Se presenta el caso con cardiología y cirugía cardiovascular recomendándose realizar Valvulopatía mitral abierta, por lo que se decide alta con tratamiento médico en espera de intervención quirúrgica. Tratamiento médico domiciliario: Bisoprolol 2,5 mg/día. Furosemida 40 mg medio comprimido al día.

Exploración y pruebas complementarias: TA 126/70mmHg, FC 125 lpm, SatO₂ basal 97%, Afebril. Buen estado general. Bien hidratada y perfundida. Eupneica en reposo. No ingurgitación yugular a 45°. Pulso carotídeo simétricos. Auscultación: taquicardia sinusal con ritmo de galope y refuerzo del 2º tono, soplo diastólico en foco mitral y tricuspídeo. Murmullo vesicular conservado. Abdomen y Extremidades inferiores: sin alteraciones. Hemograma, bioquímica, gasometría y coagulación: Normal. Angio-TC: Aurícula izquierda dilatada con calcificación del anillo mitral. EKG: ritmo sinusal a 150 lpm, sin alteraciones. Radiografía de tórax: infiltración intersticial basal bilateral de predominio en base izquierda. Cateterismo cardíaco: Válvula mitral calcificada con doble lesión con estenosis severa e insuficiencia moderada.

Evolución: Durante su estancia en planta de medicina interna importante mejoría con tratamiento médico.**Conclusiones**

Aunque la fiebre reumática como causa de disnea tiene una incidencia muy baja, debemos tenerla presente como causa de estenosis mitral, ya que el pronóstico sin tratamiento podría ser infausto. El examen físico y una buena historia clínica constituyen herramientas fundamentales para realizar un diagnóstico correcto. El Médico de Familia tuvo un papel fundamental en el enfoque del caso al exponer su sospecha del origen cardiológico de la disnea.

Palabras clave

Fiebre Reumática, Valvulopatía

Enfoque individual: Deterioro de la clase funcional con dificultad para realizar esfuerzos que previamente realizaba sin problemas.

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

¿Pensabas que lo habías visto todo?

Luis Sorroche JF, Méndez Ramos M, Alarcón Pariente E

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Palo. Málaga

Ámbito del caso

Atención hospitalaria (Urgencias).

Motivo de la consulta

Inflamación de pene y escroto.

Historia Clínica

Varón de 56 años, de nacionalidad alemana, derivado desde centro privado, que acude por presencia de inflamación escroto-peneana de 4 horas de evolución en contexto de uso de dos anillos metálicos, de diferente grosor (el más grande de hasta 1 cm de espesor), alojados en base escrotal y de pene, empleados como método para preservar la erección durante las relaciones sexuales. No describe dolor ni alteraciones miccionales.

A la exploración, importante edema escrotal y de pene, con piel discretamente eritematosa, sin apreciarse signos de isquemia o lesiones cutáneas.

Enfoque individual: Nacionalidad alemana, sin antecedentes personales ni quirúrgicos de interés. Sin tratamiento farmacológico en el momento actual. Consumo de alcohol ocasional, sin otros hábitos tóxicos.

Enfoque familiar y comunitario: No se profundizó en el contexto familiar del paciente.

Juicio clínico: Edematización escroto-peneana por anillo metálico

Tratamiento, planes de actuación: Tras contactar con Urología de guardia y descartar uso de cortafríos para su manipulación en área de Urgencias, se decide manejo en quirófano, donde de forma urgente, tras acceder a una sierra radial, se consigue la liberación de los dos dispositivos metálicos, con la consiguiente mejoría clínica en las horas sucesivas.

Evolución: Una vez retirados ambos anillos, el paciente se mantuvo 12 horas de observación, dándose de alta posteriormente sin alteraciones locales, micción preservada y sin dolor.

Conclusiones

Los dispositivos colocados en el pene pueden condicionar la incarceration del mismo y, a pesar de ser un proceso infrecuente, requiere un manejo urgente y efectivo por parte del equipo asistencial para evitar consecuencias irreversibles (afectación del cuerpo esponjoso y, con ello, de la uretra).

Palabras clave

Urología, Edema, Aro Metálico

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

¡Sí se puede!

Correa Gómez V

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

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivo de la consulta

Revisión semestral de diabetes.

Historia Clínica

Hombre de 41 años que acude a consulta de Atención Primaria para revisión semestral de diabetes mellitus tipo 2 (DM2). Comenta que cree que ha cogido más peso, por lo que se encuentra cansado; reconoce tener vida sedentaria. En cuanto al tratamiento refiere cumplirlo “a rajatabla”, pese al número de pinchazos que se tiene que hacer tanto por controles de glucemia como dosis de insulina. Sabe manejar bien dosis de insulina según cifras de glucemia. En la exploración física pesa 96.3 kg, IMC 33.12 kg/m², TA 150/80 mmHg, auscultación normal, abdomen sin lipodistrofia y extremidades con pulsos y sensibilidad presentes. En analítica: HbA_{1c} 8.4%, colesterol 244 mg/dl, LDL 172 mg/dl, resto normal.

Enfoque individual: Sin alergias medicamentosas conocidas ni hábitos tóxicos. Diagnosticado de DM2 desde 1999, obesidad grado I y dislipemia. No retinopatía ni microalbuminuria. En tratamiento con Simvastatina, Metformina e insulina glargina y aspart.

Enfoque familiar y comunitario: Gestor administrativo. Divorciado desde hace 2 años. Con una hija.

Juicio clínico: Paciente con mal control diabético.

Tratamiento, planes de actuación: Se le advierte que las cifras de HbA_{1c} son muy altas y se insiste que debería perder peso y realizar actividad física; ya que siendo diabético y obeso aumenta el riesgo cardiovascular.

Evolución: A los 6 meses ha perdido 17 kg con dieta y ejercicio, come “más sano” y camina todos los días 12 km. Ha suspendido la insulina prandial y reducido la basal, por excelente control glucémico e hipoglucemias repetidas. En la *Exploración:* peso 79.3 Kg e IMC: 28.5 kg/m². En analítica: HbA_{1c} de 6.1%, colesterol 116 mg/dl y LDL 61.36 mg/dl. Le felicitamos por lo conseguido y le animamos a que siga así.

Conclusiones

En la diabetes mellitus tipo 2 la primera medida fundamental que se recomienda son los cambios en el estilo de vida (dieta baja en grasa, rica en fibra y actividad física) para conseguir buen control metabólico y evitar o retrasar la aparición de las complicaciones micro y macrovasculares. Con este caso se pretende exponer que los cambios en el estilo de vida consiguen mejoras que repercuten en la propia salud.

Palabras clave

Mellitus Diabetes, Physical Exercise, Diet

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Doctor, mándeme de nuevo al especialista, que el cuello me sigue molestandoSantos Moyano MJ¹, Vázquez Mancilla E², Navarro Jiménez JM³¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Carranque. Málaga² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Las Delicias. Málaga³ Médico de Familia. CS Carranque. Málaga**Ámbito del caso**

Atención Primaria y especializada.

Motivo de la consulta

Molestia cervical anterior.

Historia Clínica

Mujer de 50 años con antecedentes personales de obesidad (IMC>40), en seguimiento por bocio multinodular con 4 PAAFs sugestivas de bocio coloide con normofunción tiroidea, dada de alta. Acude a nuestra consulta por molestias locales cervicales anteriores. Ante la exploración y los antecedentes de la paciente, se decide nueva derivación a atención especializada.

Enfoque individual: Tensión arterial 160/98. Frecuencia cardíaca: 111. Cuello: palpación de nódulo tiroideo a nivel de lóbulo derecho de unos 3 cm, globuloso. *Analítica:* TSH 1,28, en ecografía cervical se observan varias lesiones nodulares de 1,9 cm, con calcificación periférica, aumento de lóbulo derecho con varias formaciones nodulares, nódulo sólido quístico izquierdo de 9mm de nueva aparición.

Enfoque familiar y comunitario: Emocionalmente estable, buen soporte familiar y situación económica estable.

Juicio clínico: Carcinoma micropapilar. Es importante diferenciar patologías que cursen

con dolor y diagnóstico diferencial de nódulo tiroideo como en las tiroiditis subagudas, que cursan con intenso dolor cervical. La aparición de dolor en el nódulo tiroideo es infrecuente y nos debe sugerir infección, inflamación, hemorragia o carcinoma agresivo. La presentación súbita de una tumoración dolorosa también es sugestiva de hemorragia en un nódulo coloide.

Tratamiento, planes de actuación: Se decide realizar tiroidectomía total. En la anatomía patológica se observa carcinoma papilar de patrón folicular de 4 mm en lóbulo tiroideo izquierdo, sin afectar a bordes quirúrgicos. Se continúa con revisiones y tratamiento con Hidroferol y Eutirox.

Evolución: La paciente continua estable y con buen control tiroideo.

Conclusiones

El médico de familia. Como especialista en la persona y conocedor de su biografía sanitaria, es el profesional mejor posicionado para poder detectar alteraciones en su estado de salud, como en este caso, que en otros niveles serían ignorados.

Palabras clave

Neck Pain, Goiter Nodular, Thyroid Cancer Papillary

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

¡Pero si era solo una picadura!Santos Moyano MJ¹, Santos Moyano Z², Vázquez Mancilla E³¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Carranque. Málaga² Médico Internista. Hospital San Juan de la Cruz. Úbeda (Jaén)³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Las Delicias. Málaga**Ámbito del caso**

Urgencias CS y atención especializada.

Motivo de la consulta

Lesión piel, picadura insecto.

Historia Clínica

Paciente de 40 años, en tratamiento por migraña, que acude al CS de Urgencia por presentar desde hace 6 días lesiones cutáneas en ambos miembros inferiores que no mejoran y que él relaciona con picaduras de insectos mientras estaba en el campo.

Enfoque individual: A la exploración puede observarse lesiones en forma de máculas purpúricas coalescentes en ambas extremidades inferiores, sin apreciarse ulceración ni erosión central. Se realizó estudios complementarios que incluyeron hemograma, bioquímica, función hepática, función renal, antiestreptolisina O, anticuerpos antinucleares, crioglobulinas, y serologías, todo dentro de la normalidad.

Enfoque familiar y comunitario: Familia normofuncionante. No alergias medicamentosas conocidas, no fumador ni otros hábitos tóxicos, no intervenciones quirúrgicas. En agosto de 2015, diagnosticado de migraña.

Juicio clínico: Dermatitis purpúrica pigmentaria, tipo púrpura anular telangiectoide de Majocchi. El diagnóstico diferencial en

adultos debe hacerse con linfoma cutáneo de células T, dermatitis purpúrica asociada al vestido, una pigmentación por estasis, vasculitis leucocitoclástica, hipersensibilidad a algunos fármacos o por el uso de medicamentos tópicos, policitemia, enfermedad de Hodgkin, micosis fungoide purpúrica o sarcoma de Kaposi.

Tratamiento, planes de actuación: Reposo con elevación de miembros inferiores, uso de medias de compresión y corticoides tópicos durante 14 días.

Evolución: Se decide derivación a Dermatología para valoración y biopsia de las lesiones. Se realizó punch, donde se observó una dermatitis perivascular superficial de predominio linfocitario con daño liquenoide focal de la interfase dermoepidérmica, abundantes hematíes extravasados y siderófagos. Las lesiones remitieron tras el tratamiento.

Conclusiones

La importancia de la valoración Médica de las lesiones y no dar por supuesto nada, no confundirnos a pesar de lo que nos cuenta el paciente y establecer un buen diagnóstico haciendo una buena anamnesis, exploración y pruebas complementarias con interconsulta con el especialista si fuera necesario.

Palabras clave

Skin Diseases, Dermatoses, Pigmented Purpuric Eruption

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Efectos secundarios poco frecuentes

Márquez Martínez A¹, Valenzuela Cortés M², Matamoros Contreras N³

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Dr. Cayetano Roldán. Cádiz

² Médico de Familia. CS Loreto Puntales. Cádiz

³ Médico de Familia. CS La Merced. Cádiz

Ámbito del caso

Urgencias Hospitalarias.

Motivo de la consulta

Diarrea, oliguria y deterioro del estado general.

Historia Clínica

Paciente varón de 62 años.

Antecedentes personales: hipertensión arterial en tratamiento con enalapril y diabetes mellitus tipo 2 en tratamiento con metformina con nefropatía diabética incipiente. No otros antecedentes de interés.

Enfoque individual: Paciente que acude por presentar cuadro de nueve días de evolución consistente en diarrea, vómitos y baja ingesta. Además, en la anamnesis manifiesta recorte de la diuresis y deterior del estado general. En la exploración física se evidencia taquipnea, sequedad a la mucosa y somnolencia además de livideces en tronco. AC: taquicardia sin otros hallazgos. AP con MVC sin ruidos sobreañadidos. Resto de exploración por órganos sin alteraciones. TA: 90/50 mmHg. En analítica se aprecia fracaso renal agudo, hiperpotasemia moderada, acidosis metabólica severa y lactato elevado.

Enfoque familiar y comunitario: Sin antecedentes familiares de interés. Maestro jubilado. Nivel socio-económico alto.

Juicio clínico: Acidosis láctica por metformina.

Tratamiento, planes de actuación: Ante la inestabilidad hemodinámica y los hallazgos analíticos, el paciente fue ingresado a cargo de UCI que inicia hemodiafiltración continua.

Evolución: El paciente presenta buena evolución con el tratamiento hasta resolución del cuadro.

Conclusiones

La acidosis láctica es un efecto secundario poco frecuente (incidencia de 0,03 casos/1000 habitantes/año) pero muy grave. La presencia de factores de riesgo como edad avanzada, enfermedad cardíaca o hepática favorece su aparición. Actualmente la metformina se emplea con gran frecuencia en población añosa, lo que haría necesario el cálculo de la estimación del filtrado glomerular para identificar a la población en riesgo de padecer acidosis láctica. El paciente que nos ocupa, durante el cuadro descrito (posiblemente gastroenteritis aguda en su inicio) continuó con un correcto cumplimiento de la medicación. Con este caso se puso de manifiesto la conveniencia de advertir a los pacientes sobre efectos secundarios de los fármacos que toman (en este caso metformina) puesto que la mayoría, a pesar de presentar pródromos continúan el tratamiento pautado, pudiendo presentar debido a este motivo graves complicaciones.

Palabras clave

Diabetes, Metformin, Lactic Acidosis

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Patología de base tras accidente isquémico transitorio en mujer joven

Peinado Villén F, Blanca Moral M

MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San José Linares (Jaén) Jaén

Ámbito del caso

Atención hospitalaria (urgencias).

Motivo de la consulta

Dificultad para fijar la vista y articular palabra.

Historia Clínica

Mujer de 54 años sin alergias medicamentosas conocidas. Hipertensión arterial ocasional, sin tratamiento habitual. Intervenida de amigdalectomía y apendicectomía. Fumadora de 10 cigarrillos diarios. Acude a Servicio de Urgencias por haber sufrido un episodio autolimitado de 3 horas de duración, ese mismo día, de dificultad para fijar la vista y para articular palabra, acompañado de ansiedad.

Enfoque individual: Exploración: Consciente, orientada, colaboradora. Eupneica en reposo. No presenta focalidad neurológica a su llegada, no disartria, no desviación de comisura bucal. Pares craneales normales. Marcha conservada. Fuerza, sensibilidad y movilidad conservada en los cuatro miembros. Auscultación cardio-respiratoria: tonos rítmicos, sin soplos, murmullo vesicular conservado. Tensión arterial: 176/78.

Pruebas complementarias: Electrocardiograma con ritmo sinusal a 90 latidos por minuto sin alteraciones agudas de la repolarización. Hemograma, coagulación y bioquímica básica sin alteraciones. TAC craneal normal.

Enfoque familiar y comunitario: Casada, sin hijos. Buena relación de pareja. Nivel socio-económico medio.

Juicio clínico: Hipertensión arterial, afasia autolimitada por accidente isquémico transitorio.

Diagnóstico diferencial, identificación de problemas: Arritmias cardíacas, trastornos de la coagulación, cefalea migrañosa...

Tratamiento, planes de actuación: Control de la tensión arterial, diazepam 5 mg por la noche durante 3 días. Se deriva a Medicina Interna para estudio y seguimiento.

Evolución: Desde Medicina Interna se solicitan ecocardiograma y ecografía-Doppler de troncos supraaórticos, siendo normales. Se solicita también analítica en la que se incluyen anticuerpos antifosfolipídicos, estando elevados los anticuerpos anticardiolipina y los anti-β-2-glicoproteína-I, siendo el anticoagulante lúpico normal. Se sospecha entonces síndrome antifosfolípido, teniendo que ser confirmado con una nueva determinación de los anticuerpos antifosfolipídicos a los 3 meses. En la nueva analítica, los títulos de anticuerpos permanecen elevados, por lo que se confirma el diagnóstico. Se inicia anticoagulación oral con sintrom. Es necesario control estricto de los factores de riesgo cardiovascular.

Conclusiones

Es necesaria una colaboración estrecha entre los diferentes Servicios para poder llegar a diagnósticos certeros. Se trata de una enfermedad que necesita de control de por vida por su Médico de Atención Primaria.

Palabras clave

Thrombosis, Anticoagulant, Antiphospholipid Syndrome

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Caso atípico de dolor abdominal en mujer joven

Blanca Moral M, Peinado Villén F

MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San José Linares (Jaén) Jaén

Ámbito del caso

Atención hospitalaria (urgencias).

Motivo de la consulta

Dolor abdominal intermitente de un mes de evolución.

Historia Clínica

Mujer de 41 años sin alergias medicamentosas conocidas, sin antecedentes personales de interés ni tratamiento habitual que acude a Servicio de Urgencias por dolor abdominal generalizado y continuo, aunque mayor en epigastrio, de un mes de evolución. Malestar general con náuseas sin vómito. No síndrome constitucional acompañante. No cambio del hábito intestinal ni molestias miccionales. Afebril.

Enfoque individual: Exploración: Buen estado general, consciente, orientada, colaboradora. Tonos cardíacos rítmicos, sin soplos. Auscultación: murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. Abdomen: blando y depresible, doloroso a palpación en epigastrio e hipogastrio. Peristaltismo conservado. No signos de irritación peritoneal. Blumberg y Murphy negativos. Puño percusión renal negativa. No edemas en miembros inferiores ni signos de trombosis venosa profunda.

Pruebas complementarias: Analítica con leucocitosis (11.150) con el resto de fórmula dentro de la normalidad. Bioquímica (incluida PCR), coagulación y sistemático de orina sin alteraciones. Radiografía abdominal normal. TAC *abdominal:* Nódulo mesentérico incidental en el margen mesentérico de colon descendente-sigma, sin cambios inflamatorios ni signos de agresividad local. Gastroscopia y colonoscopia normales. Marcadores tumorales (AFP, CEA, Ca 125, Ca 15.3, Ca 19.9) negativos.

Serologías virus hepatitis B y C negativos. Exploración ginecológica normal.

Enfoque familiar y comunitario: Soltera, vive con sus padres con los que mantiene buena relación. Nivel económico medio.

Juicio clínico: Apendicitis epiploica atípica (por la localización).

Diagnóstico diferencial: Lipoma, necrosis grasa residual, teratoma, neoplasia mesentérica, apendicitis aguda, diverticulitis aguda, torsión ovárica, quiste ovárico.

Identificación de problemas: Se trata de una causa atípica de dolor abdominal con un amplio diagnóstico diferencial cuyo diagnóstico es por exclusión según la clínica y los resultados de las pruebas complementarias.

Tratamiento, planes de actuación: Entidad benigna autolimitada. Tratamiento conservador con antiinflamatorios y analgésicos (ibuprofeno, paracetamol con codeína).

Evolución: Favorable con remisión del dolor en 10 días y reintroducción de tolerancia oral de forma progresiva y sin desarrollo de complicaciones.

Conclusiones

Se trata de una causa poco frecuente de dolor abdominal en la que un correcto diagnóstico diferencial es fundamental. Por otro lado, se pone de manifiesto la necesidad de estrecha colaboración multidisciplinar.

Palabras clave

Primary Health Care, Abdominal Pain, Conservative Therapy

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Fiebre, fiebre y más fiebre

Espinola Coll E¹, Gallego Castillo EN¹, Cuberos Escobar A²

¹ Médico de Familia. CS Coín. Málaga

² MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Coín. Málaga

Ámbito del caso

Atención Primaria y Hospitalaria.

Motivo de la consulta

Fiebre de más de un mes de evolución.

Historia Clínica

Mujer de 18 años que acude por fiebre intermitente, de un mes de evolución de predominio vespertino. Durante los siguientes meses, presenta episodios de dolor dorsal con una frecuencia semanal en reposo y en movimiento, acompañado en otras ocasiones el dolor es torácico de características pleuríticas, fiebre de hasta 39^aC, sin clínica de bacteriemia. Mejoría a las 24 horas con antiinflamatorios quedando molestias residuales.

Enfoque individual. Antecedentes personales: No alergias medicamentosas conocidas, Madre con enfermedad degenerativa en estudio, no antecedentes personales de interés.

Exploración: Consciente, orientada y colaboradora, eupneica en reposo, no aftas bucales, pulsos carotídeos palpables y simétricos, no palpo bocio. Tonos cardíacos rítmicos sin soplos, abdomen blando y depresible sin masas ni megalias no doloroso a la palpación, no signos de irritación peritoneal. Dolor a la palpación de apófisis espinosas en región dorsal. Extremidades: no edemas, no lesiones cutáneas, no signos inflamatorios articulares.

Pruebas complementarias: Analítica de orina, urocultivo y serología negativas. Analítica sanguínea: Destaca Fólico y B12 bajos, PCR 112, beta2 microglobulina ligeramente elevada.

Enfoque familiar y comunitario: Padres separados, un único hermano sano, madre con enfermedad degenerativa en estudio.

Juicio clínico: Fiebre mediterránea familiar.

Diagnóstico diferencial: Fiebre de origen desconocido, fiebre de origen tumoral proceso infecciosos (abscesos, tuberculosis, viriasis) identificación de problemas. Dolor dorsal, dolor pleurítico, fiebre de larga evolución.

Tratamiento, planes de actuación: Ante la clínica de fiebre alta recurrente y dolor torácico de características pleuríticas, cumple dos criterios mayores de fiebre mediterránea familiar, por lo que se inicia empíricamente tratamiento con Colchicina, para valorar respuesta a la misma.

Evolución: Desde que ha iniciado el tratamiento, no ha vuelto a presentar fiebre, ayudando en la confirmación del diagnóstico.

Conclusiones

Es una enfermedad poco frecuente, autosómica recesiva. El gen MEFV se encuentra mutado y no se fabrica una proteína correctamente por ello, se suceden episodios repetitivos de inflamación que suelen afectar a las serosas de cualquiera de los órganos del cuerpo donde se encuentren y producir todos los síntomas posibles con relación a la inflamación de tales membranas. Fue prioritario descartar procesos infecciosos, para ello solicitamos serologías, analíticas y cultivos resultando todos ellos negativos.

Palabras clave

Fever, Arthritis, Inflammation

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Lesiones cutáneas con la medicaciónEspinola Coll E¹, Gallego Castillo EN¹, Garrido Martínez F²¹ Médico de Familia. CS Coín. Málaga² MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Coín. Málaga**Ámbito del caso**

Atención Primaria y urgencias.

Motivo de la consulta

Artromialgia, fiebre y exantema.

Historia Clínica

Varón de 49 años que acude por artromialgias en extremidades y espalda de dos días de evolución junto con fiebre de 38,2°C. Exantema maculo-Papular en miembros superiores (no respeta palmas) y tronco, dolorosas, no pruriginosas. Desde hace un mes deposiciones diarreicas junto con tenesmo que ha mejorado tras inicio tratamiento con Rifaximina.

Enfoque individual: No alergias medicamentosas. Vive el campo, contacto con perro no con ganado.

Exploración física: Temperatura 37,8°C, TA 130/82 FC 90 lpm. Buen estado general. Eupneico. AC: tonos rítmicos, no soplos. AR: murmullo vesicular conservado sin ruidos patológicos. Abdomen: blando y depresible, no doloroso a la palpación sin masas ni megalias. No peritonismo. Exantema maculopapular en extremidades superiores y tronco (algunas pustulosas). No adenopatías axilares, supraclaviculares ni cervicales.

Pruebas complementarias: Analítica leucocitos 13400 (neutrófilos 11800), HB 11,6, VCM 88, HCM 26, plaquetas 500000, Glucosa 94, Urea 20, Creatinina 0,8, Na 137, K 2,6, Cl 103, amilasa 58, GOT 28, LDH 352, PCR 91, FG>90. Coagulación PTA 12,5%, INR 5,1, TTPA 59,5.

Radiografía abdomen: Normal. *Colonoscopia:* mucosa colónica de aspecto normal, se toma muestra para biopsia que es informada como inflamación crónica inespecífica. Hemocultivos negativos, cultivo exudado pústulas negativo, serología VHA, VHB, VHC, VIH, LUES, Borrelia, Brucella, VEB negativos. Biopsia cutánea: Dermatitis Neutrofilica sugestiva de Enfermedad de Sweet.

Enfoque familiar y comunitario: Familia normofuncional.

Juicio clínico: enfermedad de Sweet de origen farmacológico (Rifaximina).

Diagnóstico diferencial: Fiebre botonosa. Síndrome diarreico. Pustulosis exantemica aguda generalizada. Identificación de problemas. Diarrea, exantema maculopapular, fiebre y artromialgias.

Tratamiento, planes de actuación: Corticoterapia, Ingreso Hospitalario.

Evolución: buena evolución, remisión total.

Conclusiones

Necesitó un abordaje multidisciplinar para su diagnóstico. Nos debe hacer recordar los posibles efectos adversos o secundarios de los fármacos que a veces nos pasan desapercibidos y no los tenemos en cuenta.

Palabras clave

Sweet Síndrome, Pustulosis, Skin Disease

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Educar en el síndrome coronario agudoEspinola Coll E¹, Cano García J², Garrido Martínez F³¹ Médico de Familia. CS Coín. Málaga² MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Coín. Málaga³ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Coín. Málaga**Ámbito del caso**

Urgencias atención Primaria y hemodinámica.

Motivo de la consulta

Dolor torácico típico.

Historia Clínica

Paciente de 55 años que acude a nuestro Servicio de Urgencias extrahospitalario por dolor precordial continuo irradiado a miembro superior derecho mientras estaba en reposo. Enseguida el paciente es consciente de que puede estar sufriendo un infarto por lo que acude por medios propios a las urgencias del CS, a los 10 minutos del inicio del dolor. Se realizó electrocardiograma en menos de cinco minutos donde se objetiva supradesnivelación del ST de V2-V5, I y AVL, ante la sospecha de síndrome coronario agudo se contacta con hemodinámica, se inicia tratamiento con clopidogrel y AAS durante el traslado y en menos de una hora se realizó angioplastia Primaria.

Enfoque individual. Exploración física: Tonos cardiacos rítmicos sin soplos, murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos, Abdomen anodino, miembros inferiores sin edemas ni signos de trombosis.

Pruebas complementarias: Pico enzimático 120 MMB. Ecocardiograma: hipoquinesia anterolateral con fracción de eyección en el límite bajo. Cateterismo cardiaco: Estenosis descendente anterior, se implanta stent farmacológico sobre placa trombótica.

Enfoque familiar y comunitario: Familia normofuncional. Extranjeros, antecedente de padre con infarto de miocardio.

Juicio clínico: SCACEST Tipo infarto agudo de miocardio anterior no complicado.

Diagnóstico diferencial: Dolor torácico atípico, Dolor mecánico.

Identificación de problemas: Dolor tipo anginoso.

Tratamiento, planes de actuación: Angioplastia Primaria con colocación de stent farmacológicos.

Evolución: Debido a la rápida actuación. Con la rehabilitación cardiaca ha recuperado contractilidad con una fracción de eyección prácticamente normal.

Conclusiones

Es importante educar a la población para que consulten cuando comiencen con dolor torácico y así poder realizar una rápida intervención. En el caso de nuestro paciente la pronta actuación de los servicios de urgencias tanto extrahospitalarios como del servicio de hemodinámica concluyó en que el paciente en menos de una hora se le había realizado la angioplastia con colocación de stent.

Palabras clave

Heart Attack, Ischemic, Chest Pain

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Lo que el ganglio esconde

González López A, Bascuñana Garrido M, Blanco Rubio BC

*Médico de Familia. CS Las Palmeritas. Sevilla***Ámbito del caso**

Atención Primaria.

Motivo de la consulta

Adenopatía inguinal derecha.

Historia Clínica

Antecedentes personales. Dislipemia, síndrome ansioso-depresivo, hiperparatiroidismo primario. Parálisis facial periférica izquierda con dos años de edad.

Enfoque individual: Anamnesis: Mujer, 58 años, refiere desde hace meses tumoración inguinal derecha que ha ido aumentando progresivamente de tamaño, no fiebre ni sudoración, tampoco pérdida de peso.

Exploración. Se palpa adenopatía inguinal derecha de 4 cm de largo por 2cm de ancho, no adherida a planos profundos ni dolorosa.

Pruebas complementarias: Derivación a Medicina Integral y posteriormente Hematología. Analítica con hemograma, bioquímica, coagulación y marcadores autoinmunidad sin hallazgos. Serología negativa VIH y Treponema Pallidum, positiva para VEB (IgG). Sistemático orina normal. Ecografía inguinal: imágenes nodulares hipoecogénicas, centro necrótico y vascularización prominente. TAC tórax y abdomen: conglomerados adenopáticos axilares e inguinales bilaterales, adenopatías de menor tamaño mediastínicas, hiliares y retroperitoneales. Esplenomegalia con lesiones nodulares hipodensas. Punción aspiración con aguja gruesa de adenopatía inguinal: cilindros de tejido linfoide con infiltración por proceso linfoproliferativo. PET-TAC tórax y abdomen: afectación linfática supra e infradiafragmática, esplénica y ósea. Biopsia de médula ósea: infiltrada por linfoma no Hodgkin B folicular.

Enfoque familiar y comunitario: La paciente está casada y tiene dos hijos (familia nuclear). Las semanas posteriores a recibir el diagnóstico se muestra muy ansiosa y preocupada. Quiere que se le proporcione toda la información posible pero reconoce que le es difícil asimilarla. Indicamos que es un proceso que lleva tiempo y para el cual nos tiene a su disposición si precisa.

Juicio clínico: Linfoma B Folicular estadio IV.

<i>Diagnóstico</i>	<i>diferencial:</i>	Leucemia,
Pseudotumor	inflamatorio,	Sarcoidosis,
Linfogranuloma	venéreo,	adenopatía
metastásica.		

Identificación de problemas: Afrontamiento de malas noticias (paciente y entorno).

Tratamiento, planes de actuación: Bromazepam 1,5mg/8h.

Evolución: En espera de iniciar tratamiento quimioterápico.

Conclusiones

En Atención Primaria observamos síntomas en ocasiones no muy abigarrados pero que deben hacernos pensar en la posibilidad de diagnosticar patologías potencialmente malignas. La demora del juicio clínico puede suponer una merma en la supervivencia. Siendo expertos en lo frecuente debemos saber cuándo sospechar lo infrecuente, abordando los problemas siempre desde una perspectiva biopsicosocial.

Palabras clave

Medical Oncology, Lymphoma, Primary Health Care

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Abordaje del dolor abdominal en atención Primaria. Pancreatitis aguda

Sánchez García MC¹, Denche Gil P², López Gallardo C³

¹ Médico de Familia. CS Alcalá de Guadaíra. Sevilla

² Médico de Familia. CS Gerena. Sevilla

³ Enfermera. Barcelona

Ámbito del caso

Mixto. Atención Primaria, especializada y urgencias hospitalarias.

Motivo de la consulta

Dolor en epigastrio irradiado a espalda de dos días de evolución que desde la mañana ha aumentado de intensidad acompañado de náuseas, sudoración profusa.

Historia Clínica

No alergias medicamentosas, ex-fumador desde hace 26 años, bebedor leve. Espondiloartrósis lumbar, reflujo gastroesofágico. Varón de 57 años de edad que consulta por epigastralgia de dos días de evolución que ha empeorado de forma insostenible en las últimas horas, náuseas, diaforesis, sin mejoría a pesar de haberse tomado omeprazol esta mañana, refiere aumento de ingesta de alcohol en los últimos días. Tensión arterial: 100/60 milímetros de mercurio, frecuencia cardiaca: 50 latidos por minuto, afebril. Consciente, orientado, colaborador, hidratado y perfundido. Auscultación cardiopulmonar: Rítmico, disminución generalizado del murmullo vesicular. Abdomen: Dolor a la palpación de epigastrio, no masas ni megalias, Blumberg y Murphy negativo, ruidos hidroaéreos presentes. Resto sin hallazgos. Analítica de sangre: Glucemia: 112 mg/dl (miligramos/decilitros), creatinina 1.21 mg/dl, urea: 31 mg/dl, sodio: 143 mEq/l (miliequivalentes por litro), potasio 4.2 mEq/l, bilirrubina total: 1.33 mg/dl, amilasa: 1676 mUI/ml (mili-unidad internacional por mililitro). Alanina 615 mUI/ML, PCR: 51.8 mg/dl. Hemoglobina 16.8 gramos/decilitros, leucocitos: 12830 milímetro cúbico con 87.4% de neutrófilos. Radiografía de abdomen y electrocardiograma normal. Radiografía de tórax: Derrame pleural bilateral. Ecografía abdominal: Vesícula biliar con litiasis y barro biliar sin cambios inflamatorios agudos,

en el área pancreática escasa cantidad de líquido libre subhepático y perivesicular. TAC de abdomen: Hepatopatía crónica. Pancreatitis aguda grado E de Baltazar, colelitiasis sin signos de colecistitis.

Enfoque individual: Antecedentes personales, anamnesis, exploración y pruebas complementarias.

Enfoque familiar y comunitario: Soltero sin hijos. Red social con apoyo emocional medio e interacción social positiva.

Juicio clínico: Pancreatitis aguda, colelitiasis. Úlcera péptica perforada, patología biliar aguda, infarto mesentérico ileo mecánico, peritonitis, infarto de miocardio de cara diafragmática, etc.

Tratamiento, planes de actuación: Dieta absoluta, sueroterapia, antibioterapia intravenosa. Dieta baja en grasas, no consumir alcohol, reposo relativo, antibioterapia oral en domicilio cinco días. Consulta con cirugía para tratamiento de colelitiasis.

Evolución: Favorable, asintomático.

Conclusiones

El dolor abdominal es un motivo frecuente en Atención Primaria y urgencias, es el síntoma más común de la patología digestiva. Ante el antecedente de consumo de alcohol y epigastralgia sospechar de una pancreatitis. La actuación en Atención Primaria será estabilizar al paciente, analgesia, no retrasar la derivación al hospital para completar estudio y tratamiento.

Palabras clave

Pancreatitis, Alcohol Drinking, Pleural Effusion

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Cuello crepitanteOrtiz Viana MC¹, Correa Gómez V¹, Jiménez Pérez Higuera M²¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Virgen del Gavellar. Úbeda (Jaén)² Médico de Familia. Consultorio Gor. CS Guadix. Granada**Ámbito del caso**

Atención Primaria, urgencias hospitalarias cirugía torácica.

Motivo de la consulta

Disnea y dolor torácico.

Historia Clínica

Varón de 20 años que acude al dentro de salud por hinchazón en cuello, disnea y dolor torácico punzante que aumenta con los movimientos respiratorios intenso y de aparición brusca.

Exploración: Buen estado general. Eupneico, sin tiraje ni trabajo respiratorio, sin cianosis. El cuello crepita a la palpación. Auscultación cardíaca: normal. Auscultación respiratoria: sibilancias inspiratorias y espiratorias dispersas. Electrocardiograma: Taquicardia sinusal a 100 lpm (latidos por minuto) y signos de HVI (hipertrofia de ventrículo izquierdo). Pulsioximetría: 95%. Se deriva a urgencias hospitalarias con la sospecha de enfisema subcutáneo y crisis de asma. En el hospital se le realiza una analítica de sangre que revela leucocitosis con neutrofilia y una gasometría con hipoxemia de 64 mmHg. Radiografía de cuello: enfisema subcutáneo. Radiografía posteroanterior de tórax: neumotórax apical derecho y neumomediastino. Se avisa a cirujano torácico de guardia que indicó tratamiento conservador con Heparina de bajo peso molecular, analgesia, oxigenoterapia, observación hospitalaria y reevaluación en 24 horas. Se le administraron corticoides sistémicos, aerosoles y un antibiótico.

Enfoque individual: Alérgico a la codeína.

Antecedentes personales: asma de esfuerzo, operado de fimosis y trastorno adaptativo. Tratamiento habitual: terbutalina, budesonida, formoterol.

Enfoque familiar y comunitario: Hijo de padres separados es el menor de 3 hermanos. Convive con sus hermanos y la madre. Mantiene buena relación con su padre.

Juicio clínico: crisis asmática, neumotórax, neumomediastino, enfisema subcutáneo, broncoespasmo. En un paciente que presente patología pulmonar y disnea pensar en la posibilidad de un neumotórax secundario.

Tratamiento, planes de actuación: A las 24 horas se le realiza nueva radiografía constatándose neumotórax y neumomediastino en resolución. Se mantuvo estable y se le dio de alta con cita en cirugía torácica y cardiología. El paciente sigue en tratamiento con terbutalina, budesonida y formoterol. Pendiente de valoración por cardiología por hallazgos casual de HVI en ECG. Y fue revisado en consulta de cirugía torácica. Dado de alta tras la resolución completa de neumotórax y neumomediastino.

Evolución: Favorable.

Conclusiones

El neumotórax espontáneo puede ser secundario a una enfermedad pulmonar como asma o EPOC o fibrosis quística. Es imprescindible descartar un neumotórax a tensión por ser una emergencia Médica vital.

Palabras clave

Pneumothorax, asthma, dyspnea

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Anemia: siempre un reto diagnóstico

García Sardón P, García Prat M, Pardo Álvarez J

*Médico de Familia. CS El Torrejón. Huelva***Ámbito del caso**

Atención Primaria. Enfermedades hematológicas.

Motivo de la consulta

Avisan de laboratorio para comunicar resultado urgente: Anemia en rango transfusional en analítica realizada ese día, debiendo localizar al paciente para derivación a Urgencias.

Historia Clínica

Varón de 42 años, sin alergias ni hábitos tóxicos conocidos, con hipertensión arterial (HTA) diagnosticada hace 4 años con estudio analítico y renal normal. Tratamiento: atenolol 50 mg/día. Se realizó analítica de revisión HTA, detectándose hematíes 1.710; Hemoglobina 6.3; Hematocrito 17.1; leucocitos 3800; plaquetas 120000. VCM normal. Se localiza telefónicamente para valoración y tratamiento transfusional.

Enfoque individual: No refiere pérdidas ni síndrome constitucional. Astenia y estrés por fallecimiento del padre. Trabaja de guardia de seguridad. No vegetariano y no toma de AINES.

Exploración: Buen estado general, leve palidez cutáneo mucosa, Cardiorrespiratorio, Abdomen y Neurológico normal. TA 100/60. Bioquímica normal, ferritina 518, hierro 190, tiroides normal, serología VHB, VHC, parvovirus, VE, VIH, sífilis, CMV normales. Radiografía torácica normal. Proteinograma con hipoproteinemia y perfil de trastorno inflamatorio, estudio de anemia compatible con Anemia Megaloblástica por déficit de Vitamina B12 y ácido fólico, Anticuerpos anti células parietales y antifactor intrínseco negativos. Endoscopia normal. TAC normal.

Enfoque familiar y comunitario: Soltero. Vive solo. Padre fallecido por cáncer de estómago hace un mes. Madre y 4 hermanos sanos. Estructura familiar: origen de familia nuclear numerosa actual sin familia. Situación estresante por nuestra llamada para acudir y explicación de necesidad de ingreso inmediato para tratamiento y estudio. Incapacidad Temporal hasta mejoría. Ingresado 7 días con apoyo de hermanas.

Juicio clínico: Pancitopenia en el contexto de déficit severo de vitamina B12 y ácido fólico.

Diagnóstico diferencial: Síndrome Mielodisplásico, Anemia hemolítica, Anemia Megaloblástica, hipotiroidismo, hepatopatía.

Tratamiento, planes de actuación: Transfusión de 3 concentrados de hematíes. Terapia de reposición parenteral de Vitamina B12 inicio 1mg/día primera semana, luego semanal 4 semanas, posteriormente mensual y fólico. Dieta rica en vitaminas, pescados y carnes rojas. Control analítico mensual al inicio. Revisión por medicina interna.

Evolución: Al alta Hemoglobina 10, Hematocrito 30,9 VCM 103, leucos 5300, plaquetas 89000. Tras 2 semanas mejoría del estado general y tranquilidad sobre diagnóstico.

Conclusiones

Ampliar criterios diagnósticos de anemia en caso de cifras bajas, no siempre por pérdidas. Petición de vitamina B12 y fólico en estudio de anemia macrocítica. Utilizar aclimatación en malas noticias.

Palabras clave

Anemia, Macroцитosis, Déficit Vitamina B12

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Si no sabes lo que buscas, no entiendes lo que encuentrasGragera Hidalgo M¹, Buller Viqueira E², Delgado García JA²¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Olivillo. Cádiz² Médico de Familia. CS Pinillo Chico. Puerto de Santa María (Cádiz)**Ámbito del caso**

Inicialmente Atención Primaria, posteriormente derivación a Atención Hospitalaria (Reumatología, Unidad del Dolor, Medicina Física y Rehabilitación).

Motivo de la consulta

Dolor intenso, edema e impotencia funcional del tobillo derecho.

Historia Clínica

Mujer de 28 años que consulta en Atención Primaria de forma reiterada por dolor intenso, edema e impotencia funcional del tobillo derecho a raíz de esguince hace 3 semanas que se trató con inmovilización mediante férula posterior.

Enfoque individual: Antecedentes personales: hernia discal L5-S1.

Exploración física: dolor a la palpación y movilización activa y pasiva de la articulación del tobillo derecho. Sensibilidad aumentada al tacto sin seguir dermatoma. Edema. Hiperhidrosis.

Pruebas complementarias: analítica, radiografía y electromiograma sin alteraciones. Gammagrafía (3 fases): disminución de vascularización y fijación del trazador en miembro inferior derecho.

Enfoque familiar y comunitario: Hermana con cuadro clínico similar tras fractura de Colles de mano izquierda.

Juicio clínico: distrofia simpática refleja.

Diagnóstico diferencial: artritis infecciosa, reumática y artropatía inflamatoria.

Tratamiento, planes de actuación: Se deriva a Reumatología diagnosticándose de Distrofia Simpática Refleja (DSR). Se inicia tratamiento sintomático con corticoterapia y analgésicos neuropáticos (gabapentina, pregabalina). Se deriva a Unidad de Dolor y Rehabilitación para seguimiento y tratamiento intensivo.

Evolución: Brotes recurrentes de dolor. Intervenida de artrodesis de tobillo con recuperación incompleta precisando bastón para la deambulación.

Conclusiones

La distrofia simpática refleja o enfermedad de Sudeck se define como un síndrome que se desarrolla tras un fenómeno nocivo previo y que se manifiesta por dolor espontáneo o hiperalgesia, no limitado a la distribución territorial de un nervio periférico y desproporcionado al episodio desencadenante. La incidencia es de 25/100000 habitante siendo más frecuente en mujeres de entre 30-60 años. El síntoma clave que es la presencia de un dolor intenso y persistente, por lo que el diagnóstico es eminentemente clínico. En la primera etapa, inmediatamente posterior al trauma, se produce una respuesta inflamatoria aguda sin signos de atrofia. La segunda etapa se caracteriza por importantes cambios tróficos de la piel secundarios a la lesión del nervio periférico. Es necesario un tratamiento multidisciplinar con mayor enfoque a la fisioterapia que juega un papel fundamental en la recuperación de la funcionalidad y el enlentecimiento de la enfermedad.

Palabras clave

Distrofia, Dolor, Desencadenante

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

¿Convulsión?Palacio Millán S¹, Castro Ríos AM², Rodríguez González MJ¹¹ Médico de Familia. CS Pinillo Chico. El Puerto de Santa María (Cádiz)² Enfermera. CS Pinillo Chico. El Puerto de Santa María (Cádiz)**Ámbito del caso**

Atención Primaria. Urgencias.

Motivo de la consulta

Convulsión.

Historia Clínica*Antecedentes personales:* No alergias conocidas, Glucemia basal alterada, insuficiencia renal, Hipertensión Arterial.*Anamnesis:* Nos avisan por episodio de síncope que señalan como convulsión, refieren pérdida de consciencia estando sentada en el sofá de varios minutos de duración con relajación de esfínteres y vómitos.*Exploración:* Vía aérea permeable con auscultación normal. Circulación: piel fría y pálida. Auscultación cardíaca con tonos apagados y pulso radial débil. Neurológico: obnubilado, desorientado.*Pruebas complementarias:* Tensión arterial: 80/50 mmHg, Frecuencia cardíaca: 20 latidos por minuto, Frecuencia respiratoria 18 respiraciones por minutos, Saturación de O₂ 95%, Glucemia 225 mg/dl. Glasgow 11/15, Temperatura 35°C. Electrocardiograma (EKG): Ritmo de la unión 20 lpm*Enfoque individual:* Mujer viuda, 86 años, con limitada movilidad aunque con buena función cerebral.*Enfoque familiar y comunitario:* Vive con la hija y vista en varias ocasiones por nosotros por sus múltiples patologías.*Juicio clínico:* Bloqueo Auriculo-ventricular de 3º.*Diagnóstico diferencial:* Convulsión con estado postcrítico y Síncope.*Tratamiento, planes de actuación:* Canalización de vía endovenosa, suero salino fisiológico para mantener la vía, metoclopramida 10 mg i. V. Diazepam 10 mg i. V. En bolo lento, cloruro mórfico 5 mg en dilución. O₂ con mascarilla venturi a 9 lpm fio₂ 40%, marcapasos externo a 60 lpm, 40 amp. Cánula orofaríngea calibre 3.*Evolución:* Estable durante el traslado, pero falleció en el Hospital.**Conclusiones**

Este caso nos demuestra la importancia de la realización de un EKG completo ante una convulsión/síncope, a pesar de la escasa información que nos de la familia y en este caso además errónea.

Palabras clave

Atrioventricular Block, Syncope, Vomiting

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Mecanismo lesional ¿es importante?Palacio Millán S¹, Rodríguez González MJ¹, Castro Ríos AM²¹ Médico de Familia. CS Pinillo Chico. El Puerto de Santa María. Cádiz² Enfermera. CS Pinillo Chico. El Puerto de Santa María. Cádiz**Ámbito del caso**

Atención Primaria. Urgencias.

Motivo de la consulta

Caída de moto.

Historia Clínica*Antecedentes personales:* No alergias conocidas. Condromalacia.*Anamnesis:* Avisan por chico 26 años que se ha golpeado la cabeza al caerse de moto. Se queda con bajo nivel de conciencia. Cuando lo vemos está consciente, cuenta que llevaba casco pero al golpearse con la columna en la cabeza se le ha caído. Preocupado por la moto, le duele la cabeza a nivel a nivel frontal. Vomita cuando llegamos.*Exploración:* Vía aérea permeable; auscultación normal. Pálido. Auscultación cardíaca: tonos rítmicos. Neurológico: consciente, orientado, colaborador. Pupilas reactivas, isocóricas, sensibilidad y fuerza conservada. Prueba dedo nariz normal.*Pruebas complementarias:* TA: 140/90 mmHg, FC: 69 lpm, FR 18 rpm, SatO₂ 97%, Glc 112 mg/dl. Glasgow 15/15, Temp. 35°C. EKG: Ritmo sinusal a 69lpm.*Enfoque individual:* Chico joven que sufre accidente de tráfico.*Enfoque familiar y comunitario:* Chico joven, soltero, vive con los padres.*Juicio clínico:* Traumatismo craneoencefálico (TCE) grave.*Diagnóstico diferencial:* TCE grave, leve o moderado. Es un paciente difícil de valorar, en el momento de la atención estaba nervioso, asustado, poco colaborador. Con este paciente nos encontramos con dificultades diagnósticas por la dificultad en la valoración. Crisis de ansiedad en un paciente tras un traumatismo y debajo de este cuadro un TCE.*Tratamiento, planes de actuación:* Canalización vía endovenosa. Suero Fisiológico. Metoclopramida 10 mg I. V.*Evolución:* Estable durante el traslado. Se le realiza tomografía axial computarizada: fractura y hematoma parieto-temporal derecha que causa compresión al asta frontal del ventrículo lateral derecho y herniación del lóbulo temporal hacia la cisterna perimesencefálica. Hematoma epidural. Se traslada a Neurocirugía, se evacua quirúrgicamente.**Conclusiones**

Paciente joven que tras accidente de moto sufre TCE grave. Destacamos la importancia del manejo del paciente traumatizado en la calle por los médicos de familia. La importancia del mecanismo lesional y la fuerza del impacto en el traumatismo que tanto nos cuestan a veces transmitir a los médicos de urgencias y de que este sea valorado. Puesto que este paciente en un principio estaba asintomático y basamos el tratamiento en el mecanismo lesional, si no hubiésemos tenido esto en cuenta podríamos haber cometido un error diagnóstico.

Palabras clave

Brain Injuries Traumatic, Accident, Emergencies

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Receta aliño de ensalada. ¡¡Aceite de marihuana!!

Palacio Millán S¹, Castro Ríos AM², Rodríguez González MJ¹

¹ Médico de Familia. CS Pinillo Chico. El Puerto de Santa María. Cádiz

² Enfermera. CS Pinillo Chico. El Puerto de Santa María. Cádiz

Ámbito del caso

Atención Primaria. Urgencias.

Motivo de la consulta

Bajo nivel de conciencia.

Historia Clínica

Antecedentes personales: No alergias conocidas.

Anamnesis: Avisan por mujer de 41 años por decaimiento que no responde bien a estímulos. Cuando la vemos, está llorando, nerviosa, no colaboradora y de pensamiento lento. Tras insistir en el interrogatorio dice que ha consumido una ensalada de aceite con marihuana y que le ha sentado mal. Nos encontramos ante un caso de bajo nivel de conciencia y consumo de drogas.

Exploración: Vía aérea permeable; auscultación normal. Auscultación cardiaca: tonos rítmicos. Neurológico: consciente, orientado, colaborador. Pupilas reactivas, isocóricas, sensibilidad y fuerza conservada. Prueba dedo nariz normal.

Pruebas complementarias: TA: 118/75 mmHg, FC: 100 lpm, FR 18 rpm, SatO₂ 100%, Gl 81mg/dl. Glasgow 15/15, Temp. 36°C. EKG: taquicardia sinusal a 100lpm.

Enfoque individual: Mujer adulta con hábitos tóxicos.

Enfoque familiar y comunitario: Mujer adulta, vive sola, ausencia de apoyo familiar.

Juicio clínico: Síncope por consumo de tóxicos.

Diagnóstico diferencial: TCE grave, leve o moderado, abuso de drogas, ACVA, Enfermedad psiquiátrica.

Tratamiento, planes de actuación: Canalización vía endovenosa. Administración de Suero Salino Fisiológico y antídotos Naloxona 1 amp. Iv y Flumacenilo 1 ampolla iv, y control de constantes.

Evolución: Estable durante el traslado.

Conclusiones

Nos tenemos que plantear si la prevención Primaria funciona o no. En este caso comprobamos que no. La paciente macero planta de marihuana en aceite para alimentación sin tener en cuenta los efectos que esto podía provocar, al consumir un tóxico y además una dosis no controlada. Tenemos que estar abiertos los médicos de familia a las distintas formas de consumo de drogas.

Palabras clave

Marijuana Abuse, Syncope, Emergencies

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Sincope Infantil

Palacio Millán S¹, Rodríguez González MJ¹, Castro Ríos AM²

¹ Médico de Familia. CS Pinillo Chico. El Puerto de Santa María. Cádiz

² Enfermera. CS Pinillo Chico. El Puerto de Santa María. Cádiz

Ámbito del caso

Atención Primaria. Urgencias.

Motivo de la consulta

Alteración del nivel de consciencia en un niño de 3 años.

Historia Clínica

Antecedentes personales: Sin alergias conocidas, Intolerancia a la lactosa, Fontanela a Punta de dedo, Espasmo del sollozo.

Anamnesis: nos avisan del colegio porque jugando con otro niño ha perdido la consciencia de 1 minuto de duración con relajación de esfínteres. El mismo nos cuenta lo sucedido.

Exploración: Vía aérea permeable con Auscultación normal. Circulación: piel normal, sin ingurgitación yugular. Auscultación cardíaca normal, pulso radial normal. Neurológico: consciente, orientado y llanto fuerte. Contusión/hematoma en cara.

Pruebas complementarias: Tensión arterial: 115/81 mmHg, Frecuencia cardíaca 139 lpm. Frecuencia respiratoria 20 rpm. Saturación O₂ 100%. Glucemia 85 mg/dl. Glasgow 15/15. Electrocardiograma: Ritmo Sinusal normal.

Enfoque individual: Hijo único con antecedentes de espasmo del sollozo.

Enfoque familiar y comunitario: Niño de 3 años, hijo único.

Juicio clínico: espasmo del sollozo.

Diagnóstico diferencial: sincope, epilepsia.

Tratamiento, planes de actuación: Observación y traslado acompañado de su profesora al Hospital.

Evolución: Favorable y en el Hospital estaba esperando el padre, que fue informado.

Conclusiones

Este tipo de patología es muy frecuente entre los menores de 3 años, suele suceder tras golpes en la cara y descontrol emocional. Es un cuadro muy aparatoso, sobre todo si los familiares y docentes no están informados. Los diagnósticos no son siempre correctos y esto conlleva a un mal manejo que puede ser contraproducente, los padres viven angustiados y confundidos, por lo que llegan a realizar maniobras incorrectas o no les dan importancia a los episodios o sobreprotegen a sus hijos una vez diagnosticados. Se recomienda mantener la calma, mejorar los vínculos familiares, estimular la confianza e independencia del niño.

Palabras clave

Syncope, Espasms Infantil, Spasm

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Veo pokemons

Palacio Millán S¹, Castro Ríos AM², Rodríguez González MJ¹

¹ Médico de Familia. CS Pinillo Chico. El Puerto de Santa María. Cádiz

² Enfermera. CS Pinillo Chico. El Puerto de Santa María. Cádiz

Ámbito del caso

Atención Primaria. Urgencias.

Motivo de la consulta

Agitación psicomotriz.

Historia Clínica

Antecedentes personales: No alergias conocidas. Obesidad. ByPass gástrico. Reducción de estómago. Pancreatitis biliar. Colectomizada. Fractura acñaamiento L¹ sin afectación muro posterior y espondilolistesis L5-S1.

Anamnesis: Avisan por mujer de 62 años que presenta agitación psicomotriz de forma brusca estando dormida. Salió 2 días antes del hospital donde estuvo ingresada por fractura de vertebral. La paciente en todo momento está agitada, agresiva verbal y físicamente. Necesitamos la ayuda de la policía en todo momento para valorarla y hacer el traslado al hospital.

Exploración: Vía aérea permeable; auscultación normal. Auscultación cardíaca: tonos rítmicos. Neurológico: consciente, no colaboradora, agresividad, verborreica, alteración de la realidad.

Pruebas complementarias: Por la no colaboración de la paciente no pudimos tomar constantes.

Enfoque individual: Mujer adulta, vive con su esposo.

Enfoque familiar y comunitario: Ama de casa. Un hijo independizado.

Juicio clínico: síndrome confusional agudo. Consumo de tóxicos.

Diagnóstico diferencial: lesión cerebral ocupante de espacio, hemorragia cerebral. Tumor cerebral. Brote psicótico.

Tratamiento, planes de actuación: Clorazepato dipotásico 50 mg im. Haloperidol subcutáneo

Evolución:

Estable durante el traslado hasta el hospital.

Conclusiones

Tenemos que tener en cuenta la importancia de pensar en diferentes causas de patologías, independientemente del marco sociocultural y familiar. En este caso lo enfocamos como una patología orgánica (hemorragia, tumor, psicosis) y por la edad y la situación familiar no pensamos en consumo de tóxicos. Los médicos de familia tenemos que ser objetivos, pensar en todos los posibles diagnósticos y no dejarnos llevar por apariencias. Cada día más difícil. Pero somos constantes.

Palabras clave

Marijuana Abuse, Psychomotor Agitation, Emergencies

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

El manejo de la incertidumbre, que difícil es para todosPedrosa Arias M¹, Benítez Torres G², Contreras Morón, L³¹ CS La Zubia. Granada² Médico de Familia. CS La Zubia. Granada³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Zubia. Granada**Ámbito del caso**

Atención Primaria. Finalización especializada.

Motivo de la consulta

Fiebre de varios días de evolución.

Historia Clínica

Varón de 87 años AP: HTA, IAMCEST, intervenido de RTU por Tm vesical en 2015. Desde la intervención ha acudido en ocasiones a SSUU por hematurias recidivantes con necesidad de sondaje vesical por retención urinaria. En abril del 2016 ingreso de nuevo por persistencia de hematuria con caída de hemoglobina de 9,2 a 7,5 que conlleva a transfusión. Se realizó Eco renal: quistes simples en ambos riñones. Se decide realizar en quirófano coagulación de próstata, pero ante la persistencia de hematuria se plantea adenomectomía prostática que acepta.

Enfoque individual: Desde el alta se encuentra asintomático hasta que de nuevo es derivado a Urgencias por heces melénicas que no se constató por coincidir con ingesta de hierro. En hospital inicia un proceso febril que es diagnosticado de ITU iniciando tratamiento antibiótico dando alta- Acude por fiebre de días de evolución ingresando con sepsis de origen urinario. *Analítica:* linfopenia, PCR alta, T Igra + Ecocardiograma: normal; TAC *abdomen:* imagen nodular sólida en cortical renal izquierda (¿neoformación?); PET-TC cuerpo entero: intensos focos hipercaptantes en sacroiliacas que sugieren sacroileitis. En sacroiliaca derecha la afectación hipermetabólica interesa por delante a tejido muscular y uréter derecho por lo que se

recomienda biopsia para descartar malignización o TBC. RNM: articulaciones sacroiliacas con lóculos abscesificados en margen anterior de ambas sacroiliacas compatible con sacroileitis aguda infecciosa bilateral. Biopsia en sacro: foco de inflamación granulomatosa no caseificante en espacio medular con células gigantes multinucleadas algunas de ellas con morfología tipo Langhans.

Enfoque familiar y comunitario: Pareja estable. Tiene 4 hijas que se turnan para cuidar al padre. Un hijo con síndrome de Dow institucionalizado.

Juicio clínico: Sacroileitis de probable etiología tuberculosa.

Diagnóstico diferencial: neoformación renal, proceso hematológico. Los síntomas tan anodinos hacen más difícil llegar a un diagnóstico.

Tratamiento, planes de actuación: Se inicia tratamiento con isoniacida seis meses.

Evolución: En la actualidad se encuentra el paciente bien con vuelta a su actividad.

Conclusiones

Los que a diario manejamos la incertidumbre, sabemos de la dificultad que entraña un caso como éste y más tratándose de una persona mayor donde los síntomas y signos a veces son atípicos.

Palabras clave

TBC, Sacroileitis, Fiebre de Origen Desconocido

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Una serología positiva para *Trypanosoma cruzi*, ...y ahora ¿qué hacemos?

Gómez Gómez-Mascaraque E¹, López Llerena AM², Rosa González ME³

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Justicia. Madrid

² MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Hoyo de Manzanares. Madrid

³ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Villanueva de la Cañada. Madrid

Ámbito del caso

Atención Primaria. Caso multidisciplinar.

Motivo de la consulta

Meteorismo y estreñimiento.

Historia Clínica

Varón de 38 años con antecedente de Artritis Reumatoide, en tratamiento con metotrexato y ácido fólico. No hábitos tóxicos. No alergias.

Enfoque individual: Acude a consulta por meteorismo de 3 meses de evolución y estreñimiento funcional recurrente. No lo relaciona con alimentos determinados. No náuseas ni vómitos. No pirosis. No otra sintomatología. Realiza medidas higiénico-dietéticas adecuadas.

Exploración física: sin alteraciones.

Enfoque familiar y comunitario: Natural de Bolivia, reside en España hace 6 años. Hermana con enfermedad de Chagas, diagnosticada en 2015 en estudio durante el embarazo y su madre, residente en Bolivia también. Acudió a su país hace dos años, permaneciendo allí 1 mes.

Pruebas complementarias: Serología anticuerpos *T. cruzi*, positiva. H. Pylori: negativa. ECG: normal.

Juicio clínico: Enfermedad de Chagas con afectación digestiva.

Diagnóstico diferencial: trastornos funcionales, otras patologías digestivas (tumores, infección...), enfermedades sistémicas.

Identificación problemas: Debemos evaluar el riesgo epidemiológico y buscar síntomas de probable afectación orgánica, lo que permite la descripción de casos en áreas no endémicas, y completar así el estudio. Es necesario para el diagnóstico dos pruebas diferentes positivas para *T. cruzi*.

Tratamiento, planes de actuación: Se deriva a unidad de salud internacional para estudio. PCR para *T. cruzi*: positiva. Cultivo parasitológico negativo. Enema opaco: dilatación leve sigma. Para evitar progresión y al ser un paciente inmunodeprimido, se inicia tratamiento con Benznidazol.

Evolución: Actualmente asintomático, continúa tratamiento y se encuentra en seguimiento en consulta.

Conclusiones

Los movimientos migratorios tienen repercusión sanitaria, por lo que no debemos olvidar realizar una buena anamnesis buscando factores de riesgo epidemiológico, con el fin de evitar complicaciones por un diagnóstico tardío. Es fundamental la sensibilización y formación de los profesionales Sanitarios en patología importada, pues como Médicos de Atención Primaria atendemos un gran número de pacientes inmigrantes en nuestras consultas y ocupamos una situación clave para establecer estrategias de prevención.

Palabras clave

Chagas Disease, *Trypanosoma Cruzii*, Primary Health Care

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Importancia del empoderamiento en PrimariaAlconchel Cesar A¹, Ruíz Cinta JC², Ramírez Narváez MC³¹ CS Espera. Cádiz² Médico de Familia. CS Espera. Cádiz³ Médico de Familia. DCCU San Fernando. Cádiz**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

Motivo de la consulta

Varios motivos de consulta, ginecológicos, digestivos, psicológicos.... de forma continuada.

Historia Clínica

Mujer, 73 años, IMC 36.45, diabetes mellitus 2, Hipertensión, Rosácea, Hipotiroidismo, Ansiedad. Múltiples medicaciones ansiolíticas, antidepressivas, procinéticos, IBP de especialistas privados o por recomendación de conocidos.

Enfoque individual: Hiperdemandante más de 3 consultas semanales, muchas ocasiones sin cita o Servicio de Urgencias, varias derivaciones hospitalarias sin encontrar solución a ninguna de sus dolencias.*Enfoque familiar y comunitario:* Familia Nuclear anciana (Duvall). Marido activo siempre fuera de domicilio. Hijos trabajando, viven cerca. Hija vive fuera de su pueblo.*Juicio clínico:* Ansiedad, Depresión, Hiperdemandante, Mal control patología crónica.*Tratamiento, planes de actuación:* Comenzamos aplicando técnicas de coaching y empoderamiento, explicamos una por una de forma adaptada a ella sus patologías, el porqué de tratamientos. Hacemos hincapié en correcta alimentación, ejercicio, reforzamos autocuidado personal y gratificación hacia ella misma, hablamos de procesos y control que

realizaremos para que en ningún momento se sienta abandonada. Animamos a preguntar dudas sobre sus patologías, tratamientos e incluso relaciones sociales y familiares. No aconsejamos ni tomamos decisiones por ella, le proporcionamos información, la animamos a que tome sus decisiones.

Evolución: Los resultados son inmediatos la paciente empieza a dejar de venir a consulta y a dejar de solicitar derivaciones, revisamos con cita programada, refiere mejoría clínica en general, persisten algunas dolencias pero las asocia bien con la evolución natural de sus patologías crónicas y no le generan ansiedad. Controla su medicación, deja de consumir fármacos no necesarios.**Conclusiones**

Coaching de salud es una tendencia en la promoción y educación sanitaria en atención Primaria, para lograr empoderamiento-autocontrol de pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles. La Organización Mundial de la Salud defiende la educación al paciente, como un involucramiento activo del paciente, que ayuda a comprender sus conductas de salud y desarrollar estrategias para vivir tan plenamente y productivamente como ellos puedan, se llama educación de automanejo; empoderamiento del paciente, facilita que se vuelva más responsable e involucrado en su tratamiento, al desarrollar y estimular sus propias habilidades.

Palabras clave

Anxiety, Mentoring, Chronic Disease

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

“Socorro, he caído por el ojopatio”

Rodríguez González MJ¹, Castro Ríos AM², Palacio Millán S¹¹ Médico de Familia. CS Pinillo Chico. El Puerto de Santa María. Cádiz² Enfermera. CS Pinillo Chico. El Puerto de Santa María. Cádiz**Ámbito del caso**

Atención Primaria. Urgencias.

Motivo de la consulta

Varón precipitado.

Historia Clínica*Antecedentes personales:* No alergias, fractura olecranon izquierdo osteosíntesis, bebedor habitual.*Anamnesis:* Avisan, varón 32 años que cae desde 9 metros sin pérdida consciencia. Refiere haber bebido alcohol.*Exploración:* Vía aérea permeable, eupneico, movilidad torácica normal. Auscultación respiratoria crepitantes pulmón izquierdo. No ingurgitación yugular. Auscultación cardiaca, pulso radial normal. Deformidad Fémur derecho, acortamiento, rotación externa, deformidad muñeca derecha, herida frente, deformidad huesos propios nariz. Exploración neurológica: consciente, orientado, Glasgow 15/15. Pupilas mióticas no reactivas. Fetor enólico. Abdomen duro no doloroso.*Pruebas complementarias:* Tensión arterial 120/80 mmHg, Frecuencia respiratoria 18 rpm, Saturación oxígeno 100%, Glucemia: 132 mg/dl. Electrocardiograma (EKG): ritmo sinusal 105 latido por minuto (lpm)*Enfoque individual:* Paciente que bebe alcohol de forma aislada el día que libra en el trabajo, que es 1 vez a la semana.*Enfoque familiar y comunitario:* Hombre divorciado, trabajador, vive con padres*Juicio clínico:* Fracturas múltiples en Miembros inferiores, superiores y pelvis,

Fracturas costales. Afectación a nivel craneal y columna. Rotura de vísceras y sangrado peritoneal.

Tratamiento, planes de actuación: Canalización 2 vías endovenosas, se administra Suero Salino Fisiológico 1500cc en la actuación, collarín cervical, camilla palas con inmovilizador tetracameral hasta colchón de vacío, Mascarilla reservorio 15 lpm, monitorización de constantes y EKG. Se activa Código Trauma.*Evolución:* Estable durante el traslado. Tomografía axial computerizada (Body-TAC) con fracturas macizo facial, muñeca, fémur, pelvis y cadera derechos, traumatismo torácico izqdo. Fractura vertical lado derecho hueso frontal hasta techo orbita. Fractura raíz nasal. Contusión pulmonar izqda. Fracturas costales izquierdas. Fracturas apófisis transversas de vértebras lumbares L2, L4 y L5. Evoluciona favorablemente. Alta a los 7 días tras cirugía pélvica.**Conclusiones**

El consumo no controlado y excesivo de alcohol como causa de accidentes. Destacar la importancia de la prevención Primaria desde nuestras consultas sobre consumo de tóxicos, alcohol, drogas. Son temas que tenemos que sospechar y tratar desde la atención Primaria. Porque en estas edades los accidentes son la primera causa de muerte y detrás de estos está el alcohol y las drogas.

Palabras clave

Multiple Trauma, Accident, Alcohol-Induced Disorders

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Una Giardia en heces... ¿qué hacemos?

López Llerena AM¹, Rosa González ME², Gómez Gómez-Mascaraque E³

¹ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Hoyo de Manzanares. Madrid

² MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Villanueva de la Cañada. Madrid

³ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Justicia. Madrid

Ámbito del caso

Atención Primaria.

síndromes de malabsorción, enfermedad celíaca.

Motivo de la consulta

Diarrea persistente y epigastralgia.

Identificación de problemas: intolerancia a lactosa secundaria.

Historia Clínica

Varón de 35 años sin antecedentes médicos de interés ni tratamiento habitual.

Tratamiento, planes de actuación: Se inició tratamiento con Metronidazol 250 mg/8h durante 5 días. Se mantuvo dieta exenta de lácteos y derivados, con remisión de los síntomas.

Enfoque individual: Acude a consulta refiriendo 5-6 deposiciones diarreicas diarias de predominio matutino y postprandial, acompañadas dolor cólico en epigástrico. Refiere dos episodios en los últimos dos meses de dolor abdominal, vómitos y diarrea sin fiebre, valorados en Urgencias con pruebas complementarias (analítica, ECG, Radiografía de abdomen) sin alteraciones, diagnosticados como Gastroenteritis aguda y tratados con medidas higiénico-dietéticas. Refiere empeoramiento con ingesta de lácteos, por lo que los ha eliminado de su dieta hace 3 días. Niega transgresiones dietéticas o viajes recientes.

Evolución: Actualmente asintomático.

Conclusiones

La diarrea persistente es un motivo de consulta frecuente y el carácter en ocasiones inespecífico de este puede dificultar en gran medida el diagnóstico, si bien una historia clínica y una exploración física detallada en atención Primaria pueden orientar su origen en muchos casos. La giardiosis es una parasitosis que afecta al intestino delgado proximal y aunque es más común en países en vías de desarrollo, no es infrecuente en nuestro medio. El cuadro clínico se caracteriza por la presencia de diarrea persistente, que puede cronificarse, típicamente asociada a la producción de gas y heces esteatorreicas, y en casos graves puede dar lugar a malabsorción y desnutrición. No es infrecuente además la presencia de síntomas prolongados una vez resuelto el cuadro, que se deben generalmente a una deficiencia de lactasa inducida por la propia giardiosis, por lo que es fundamental que el Médico de Familia tenga en cuenta este diagnóstico en el estudio y manejo de un paciente con diarrea crónica.

Exploración física: sin alteraciones.

Pruebas complementarias: Estudio de celiacía: negativo. Coprocultivo en heces: positivo para Giardia intestinalis.

Enfoque familiar y comunitario: Tiene un hijo de 18 meses que acude a guardería.

Juicio clínico: Giardiasis. Intolerancia a lactosa secundaria.

Diagnóstico diferencial: causa infecciosa, enfermedad inflamatoria intestinal, neoplasias,

Palabras clave

Giardiasis, Diarrea, Lactose Intolerance

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Doctor, sigo con tosMiranda Flores MR¹, Pérez Gamero ML², Lira Liñan A¹¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Montequinto. Sevilla² Médico de Familia. CS Montequinto. Sevilla**Ámbito del caso**

Atención Primaria y Hospitalaria.

Motivo de la consulta

Tos persistente desde hace 3 semanas.

Historia Clínica

Paciente de 43 años, enfermera, que tras 3 semanas con una tos persistente que no mejora con antitusivos habituales, pautados por su Médico de Familia. Se realiza radiografía de tórax mientras estaba de guardia. Se contacta con Neumología de guardia por sospecha de neumotórax y se ingresa en para colocación de tubo de drenaje endotorácico (DET).

Enfoque individual. Antecedentes personales: No alergias medicamentosas conocidas, Alergia estacional. Migraña.

Exploración física: Buen estado general, normocoloreada, eupneica en reposo y al habla. Afebril. Auscultación respiratoria: buen murmullo vesicular, simétrico con escasas sibilancias en ambos hemitórax.

Pruebas complementarias: Radiografía de tórax donde se objetiva neumotórax. ECG con ritmo sinusal a buena frecuencia. Analíticas con parámetros dentro de la normalidad.

Enfoque familiar y comunitario: Buen apoyo familiar. Familia en fase de extensión con hijo único de 4 años.

Juicio clínico: Tos persistente en paciente con alergia estacional.

Diagnóstico diferencial: Asma extrínseca, Catarro vía altas. Infección respiratoria vías bajas. Neumonía atípica. Neumotórax.

Identificación de problemas. Neumotórax espontáneo por existencia de porosidades diafragmáticas

Tratamiento, planes de actuación: Colocación de tubo de drenaje endotorácico en varias ocasiones sin éxito. Toracosopia transpleural con resección de distrofia pulmonar apical, pleurodesis química y mecánica y resección diafragmática por porosidades.

Evolución: Tras 11 días con DET persiste la cámara apical del neumotórax por lo que se decide traslado a hospital de referencia para valoración por cirugía torácica. En esta ocasión colocan nuevo DET con control radiológico posterior que confirma la adecuada colocación del tubo. Varios días después sigue habiendo fuga aérea por lo que se decide intervención quirúrgica, mediante toracosopia, con la que además de la resección de varias bullas apicales de pequeño tamaño que no justificaban el neumotórax se observan varias soluciones de continuidad en diafragma a través de las cuales se puede llegar a ver parénquima hepático, justificando ello el origen del neumotórax. Buena evolución clínica desde intervención.

Conclusiones

Destacar la importancia de la lectura de radiografías de tórax por parte del Médico de Familia. Así como la indicación de las mismas. Intentar establecer un buen diagnóstico diferencial ante pacientes que consultan en varias ocasiones por la misma clínica.

Palabras clave

Cough, Pneumothorax, Diaphragmatic Defect

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Dolor torácico autoinmune ¿en serio?Naranjo Muñoz C¹, Hercberg Moreno M², Valenzuela Cortés M²¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Loreto. Cádiz² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Loreto Puntales. Cádiz**Ámbito del caso**

Urgencias CS Urgencias hospitalarias.

Motivo de la consulta

Dolor torácico recurrente.

Historia Clínica

Varón de 58 años que acude a su médico de Atención Primaria por molestias centrotorácicas opresivas de varios meses de evolución con acentuación en las últimas horas, acompañado de disnea y cortejo vegetativo modificándose con la posición y el esfuerzo. Derivado a urgencias hospitalarias para descartar patología urgente, obteniéndose electrocardiograma y curva enzimática normales por lo que es derivado a consultas de cardiología para completar estudio. Se realiza Angio-TC coronario objetivándose árbol coronario sin alteraciones y dilatación de aorta ascendente de 40mm con la sospecha de posible aortitis. Ante los hallazgos descritos su médico de Atención Primaria plantea la posibilidad de una asociación entre su patología autoinmune y la sospecha de aortitis, por lo que es derivado a medicina interna para completar estudio.

Enfoque individual: Hipertensión arterial en tratamiento con enalapril/hidroclorotiazida bien controlada. Implante coclear por hipoacusia neurosensorial izquierda. Hipertrofia benigna de próstata en tratamiento con tamsulosina. Insuficiencia venosa crónica en miembro inferior derecho. Infartos isquémicos en arteria cerebral media en 2014 con secuelas de hemiparesia derecha en tratamiento con ácido acetilsalicílico. Insuficiencia aórtica moderada por prolapso de velo. En estudio por reumatología por síntomas de origen autoinmune del tipo artritis

migratoria recurrente, siendo diagnosticado de espondiloartropatía indiferenciada.

Enfoque familiar y comunitario: Hermano con hipoacusia. Núcleo familiar en etapa IV, contracción. Realiza controles periódicos de salud con su médico de Atención Primaria. Nivel socio-cultural alto.

Juicio clínico: Sospecha de aortitis. Con respecto al dolor torácico: síndrome coronario agudo, tromboembolismo pulmonar, causa inflamatoria o infecciosa. Con respecto a patología autoinmune: enfermedad IgG4, arteritis de células gigantes.

Tratamiento, planes de actuación: Se instaura corticoterapia. Se solicita analítica con serología y marcadores de autoinmunidad, ecografía abdominal, fondo de ojo y biopsia de arteria temporal.

Evolución: El paciente actualmente se encuentra asintomático, no ha vuelto a sufrir episodios de dolor torácico. En seguimiento por medicina interna y por su médico de Atención Primaria pendiente de resultados de pruebas complementarias.

Conclusiones

Cabe destacar la importancia del seguimiento por el médico de Atención Primaria que establece la relación entre su patología autoinmune de base y el cuadro clínico actual. Lo que facilita y acelera la resolución del caso para obtener un diagnóstico y, por consiguiente, un manejo y tratamiento más eficientes.

Palabras clave

Dolor Torácico, Aortitis, Autoinmunidad

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Doctor yo solo venía a que me mirara los pies

Hercberg Moreno M, Alcaide Zafra MA, Valenzuela Cortés M

*MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. UCG Loreto Puntales. Cádiz***Ámbito del caso**

Atención Primaria. Servicio de Urgencias hospitalarias. Servicio de cardiología

Motivo de la consulta

Revisión rutinaria pie diabético.

Historia Clínica

Varón de 83 años con vida activa que acude a su CS para control rutinario de pie diabético y complicaciones de su enfermedad. Primero es valorado por enfermería que, al tomar la frecuencia cardíaca, constata bradicardia de 45 lpm por lo que contacta con su médico de Atención Primaria que acude a valorarlo. El paciente está completamente asintomático por lo que solicitamos un electrocardiograma en el que se objetiva un bloqueo auriculoventricular de segundo grado Mobitz II alternando con bloqueo auriculoventricular completo que no era conocido ni estaba registrado en su historia clínica. Ante estos hallazgos derivamos al paciente al Servicio de Urgencias hospitalarias. Allí se confirma nuestro diagnóstico, tras lo cual el paciente es valorado por cardiología que decide ingreso a cargo de cirugía cardíaca para valorar implantación de marcapasos.

Enfoque individual: Diabetes mellitus tipo 2 de 10 años de evolución bien controlada con antidiabéticos orales. Hiperuricemia en tratamiento. Tumor células gigantes mandibular pendiente de intervención. Enfermedad de Dupuytren mano derecha intervenida hace 12 años sin complicaciones. Exfumador desde hace 32 años. Fibrilación auricular anticoagulado con sintrom con buenos controles. Tratamiento habitual: sintrom, gemfibrozilo, alopurinol, hidroclorotiazida, metformina, tandolapril.

Enfoque familiar y comunitario: Núcleo familiar etapa V, final de contracción. Realiza controles periódicos de salud con su médico de Atención Primaria. Nivel socio-cultural bajo.

Juicio clínico: Bloqueo auriculoventricular completo alternando con bloqueo de segundo grado Mobitz II.

Diagnóstico diferencial: Bradicardia sinusal, FA paroxística, bloqueo AV de segundo grado Mobitz II.

Tratamiento, planes de actuación: Se decide implante de marcapasos VVI definitivo St. Jude Medical ZEPHYR SR con implantación de electrodo ventricular. Tras 48h se procedió al alta.

Evolución: Es dado de alta sin incidencias. Se ajusta medicación anticoagulante y se programa revisión. Se mantiene asintomático, continúa con vida activa e independiente. Mantiene revisiones periódicas con su médico de Atención Primaria.

Conclusiones

Importancia de la correcta identificación de síntomas y signos de relevancia por parte del personal de enfermería y del médico de Atención Primaria. Ante el hallazgo de bradicardia no conocida se debe descartar alteraciones electrocardiográficas susceptibles de tratamiento.

Palabras clave

Atrioventricular Block, Pacemaker, Artificial, Diabetes Mellitus

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Causa poco frecuente de lumbalgiaMartín Acedo T¹, Chamorro Borrego L², Gómez Rodríguez S¹¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Puerto Real. Cádiz² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Federico del Castillo. Jaén**Ámbito del caso**

Mixto; Atención Primaria y posteriormente Atención Hospitalaria.

Motivo de la consulta

Lumbalgia crónica.

Historia Clínica

Mujer de 38 años que acude en múltiples ocasiones a la consulta de Atención Primaria por lumbalgia continua que aumenta progresivamente de intensidad.

Enfoque individual. Antecedentes personales: No RAMc. Como único antecedente médico la paciente presenta Itus de repetición. Trabajadora en centro de menores.*Anamnesis:* mujer de 38 años, que en los últimos meses presenta lumbalgia continúa no irradiada, sin carácter mecánico. Niega sobre esfuerzo, ni traumatismo. Sin clínica genitourinaria. Afebril.*Exploración física:* adecuada flexión de la columna. No se observan deformidades. No se palpan contracturas de musculatura paravertebral. No dolor a la percusión de apófisis espinosas. Puño percusión renal bilateral negativa.*Pruebas complementarias:* Analítica con Hemoglobina 13.8g/dl, 5350 leucocitos, 240000 plaquetas, VSG 10, PCR 1.5. Radiografía de columna lumbar sin hallazgos. Tras los resultados de las pruebas complementarias y la persistencia de la clínica a pesar de tratamiento con múltiples analgésicos, se indica realización de Resonancia Magnética Nuclear (RMN) con los siguientes hallazgos: alteración de la señal y forma del

cuerpo vertebral de L4, con sospecha de colección epidural posterior y absceso paravertebral anterolateral izquierdo, con pequeña colección en músculo posas derecho. La paciente ingresa a cargo de traumatología para continuar estudio. En el ámbito hospitalario se realizan serología y analíticas anodinas. Prueba de Mantoux positiva y finalmente PAAF guiada de la lesión vertebral. El cultivo de la muestra resulta positivo para Mycobacterium Tuberculosis.

Enfoque familiar y comunitario: Se realiza estudio de contactos cercanos mediante Mantoux y radiografía de tórax.*Juicio clínico:* Espondilodiscitis L4-L5 tuberculosa. Mal de Pott.*Diagnóstico diferencial:* con lumbalgia crónica mecánica, espondiloartropatías.*Tratamiento, planes de actuación:* El antibiograma realizado muestra resistencia a Isoniacida, por lo que se realiza tratamiento con: Rifampicina, pirazinamida, etambutol y levofloxacino. Además se indica deambular con órtesis lumbar. Analgesia según requiera.*Evolución:* La paciente muestra mejoría clínica, realizando vida normal sin sobre esfuerzos.**Conclusiones**

Siendo uno de los motivos de consulta más frecuente, debemos permanecer atentos a datos de alarma en el diagnóstico de la lumbalgia crónica, como la mala evolución o la persistencia a pesar de analgesia potente.

Palabras clave

Low Back Pain, Discitis, Tuberculosis

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Alcoholismo: ¿Cómo prevenir este problema social?Gilabert García-Pelayo ME¹, Olmedo Fuentes I², Sánchez Morales LR³¹ Médico de Familia. DCCU Bahía de Cádiz La Janda. Cádiz² Enfermera DDCU Bahía de Cádiz La Janda. Cádiz³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Pinillo Chico. El Puerto de Santa María (Cádiz)**Ámbito del caso**

Atención Primaria, atención hospitalaria.

Juicio clínico: Abuso alcohol, policontusiones, heridas en MMII.**Motivo de la consulta**

Caída/tropiezo.

Diagnóstico diferencial: ACVA, Intoxicación por drogas, Intento de autolisis.**Historia Clínica**

Mujer de 48 años que lleva varios días caída en el suelo, su vecina al no notar movimiento en la casa avisa a familiar. Este localiza a la limpiadora que tiene la llave y abre. Se encuentran a la paciente en mitad del pasillo caída rodeada de heces y sangre, tiene hematomas en todo el cuerpo. En la casa hay botellas de cervezas y Coca-Colas vacías tiradas en el suelo.

Identificación de problemas: Paciente alcohólica con trastorno de personalidad que vive sola.*Tratamiento, planes de actuación:* Aseo de la paciente, cura de heridas y traslado al hospital.*Evolución:* Tras ser dada de alta se deriva asuntos sociales.

Enfoque individual. Antecedentes personales: Alcoholismo, hepatitis C, intentos de autolisis con benzodiacepinas, objetos cortantes o precipitación que le provocó fracturas costales y pelvis.

Conclusiones

Es importante desde la Atención Primaria poner especial atención en estos tipos de pacientes, pudiendo evolucionar a patología más graves, el objetivo es evitar el agravamiento. El consumo de alcohol está presente en muchos aspectos de la vida cotidiana, existe baja percepción del riesgo asociado a su ingesta y elevada aceptación social de su consumo, la dependencia aparece en cualquier etapa de la vida. Hay que promover estilos de vida saludables y prevenir el alcoholismo en edades tempranas, en los colegios y a través de los medios de comunicación, que los ayuntamientos y asociaciones de vecinos estimulen también a la población en educación sanitaria, promocionando el deporte, creando parques, centros culturales para jóvenes y adultos....

Exploración física: consciente, orientada y colaboradora, palidez piel y mucosa, bien nutrida. Poco hidratada. Frialdad. Neurológica normal. Auscultación cardiopulmonar normal, pérdida de fuerza en ambos miembros inferiores con heridas y hematomas en miembro inferior derecho y glúteo. Erosiones en tronco y miembros superiores. Glasgow 14/15; TA: 120/50; FC 95; Fr 12; Glu 78; SatO₂ 99% Temperatura 34°C; ECG: normal.

Enfoque familiar y comunitario: Red social con bajo apoyo familiar, interacción social negativa. (Vive sola, tiene varios hermanos que viven en otra provincia, madre fallecida hace unos años).

Palabras clave

Alcoholismo, Promoción, Prevención

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Rotura de aneurisma de aortaEspejo Pérez I¹, Adnani Gulab N², Guimerá Manjón V³¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Otero. Ceuta² Médico de Familia. CS Otero. Ceuta³ Médico de Familia. CS Recinto. Ceuta**Ámbito del caso**

Urgencias hospitalarias.

Motivo de la consulta

Dolor intenso en epigastrio de dos horas de evolución.

Historia Clínica*Antecedentes personales:* HTA, dislipemia, obesidad, SAHS con CPAP nocturna, apendicectomía, histerectomía con doble anexectomía, cesáreas. Fumadora. Tratamiento habitual: enalapril y simvastatina.*Motivo de consulta:* Paciente mujer de 68 años que acude al Servicio de Urgencias con clínica de epigastralgia intensa, punzante y continua irradiada a zona costal izquierda de dos horas de evolución no asociado a fiebre, sintomatología de reflujo gastroesofágico, náuseas, vómitos ni otros síntomas de interés.*Enfoque individual:* En este caso es primordial tener en cuenta que, aunque la paciente acuda a Urgencias por presentar sintomatología digestiva, la epigastralgia aguda presenta un amplio diagnóstico diferencial que cobra mucha importancia en esta paciente al presentar factores de riesgo cardiovascular.*Enfoque familiar y comunitario:* En este caso es muy importante el apoyo familiar porque la paciente tiene que ser evacuada al Hospital Puerta del Mar para someterse a una intervención urgente.*Juicio clínico:* En este caso hay que realizar un amplio diagnóstico diferencial entre causas digestivas (esofagitis, perforación de víscera

hueca, úlcera péptica, cólico biliar, colecistitis, coledocolitiasis, colangitis aguda, pancreatitis aguda, apendicitis aguda, obstrucción intestinal) y no digestivas (infección urinaria, cólico nefrítico, pielonefritis, neumonía, pericarditis, síndrome coronario agudo, tromboembolismo pulmonar, isquemia mesentérica, disección de aorta, rotura de aneurisma de aorta).

Tratamiento, planes de actuación: Al observarse un ensanchamiento mediastínico en la radiografía de tórax y al tratarse de una paciente con factores de riesgo cardiovascular, se solicitó la realización de una TAC toraco-abdominal con contraste que fue informada con el diagnóstico de aneurisma de aorta abdominal de 5,5 cm con hematoma intramural y pequeña fuga activa de sangre.*Evolución:* La paciente permanece en el Servicio de cirugía vascular del Hospital Puerta del Mar evolucionando favorablemente.**Conclusiones**

Los pacientes con epigastralgia aguda pueden presentar patología digestiva y extradigestiva causantes de la sintomatología con las que tenemos que hacer un amplio diagnóstico diferencial. Es imprescindible tener en cuenta los factores de riesgo cardiovascular y otros antecedentes personales que presenta el paciente para realizar una exploración física completa y pruebas complementarias que nos lleven a un diagnóstico correcto.

Palabras clave

Diagnosis, Therapy, Mortality

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Adenoma pleomorfo de parótida. Diagnóstico en Primaria por ecografíaRuiz Cinta JC¹, Alconchel Cesar A¹, Ramírez Narváez MC²¹ Médico de Familia. CS Espera. Cádiz² Médico de Familia. DCCU San Fernando. Cádiz**Ámbito del caso**

Atención Primaria. CS rural.

Motivo de la consulta

Tumoración ángulo mandibular derecho.

Historia Clínica

Mujer de 47 años de edad, Sin AP de interés, refiere tumoración en ángulo mandibular D, consistencia firme, no móvil, de meses de evolución, sin signos de malignidad (dolor, paresia o parálisis de nervio facial, crecimiento rápido, parestesias, disfonía, compromiso cutáneo o mucoso y adenopatía cervical).

Enfoque individual: Ante una tumoración en ángulo mandibular y disponibilidad de ecógrafo con sonda lineal decidimos realizar estudio de partes blandas con el objetivo averiguar la naturaleza de la lesión. Observamos una lesión que parecía depender de parótida, con bordes mal definidos, de unos 2 cm de diámetro, heterogénea en la que se alternaban zonas microquísticas con zonas sólidas de diferente ecogenicidad. Tras comparar las imágenes con bibliografía, correspondían con las que normalmente se relacionan con adenoma pleomorfo.

Enfoque familiar y comunitario: La impresión de benignidad por ecografía quita estrés a la paciente y su entorno sin esperar a la consulta especializada.

Juicio clínico: Tumor de parótida.

El diagnóstico diferencial de las tumoraciones de la parótida incluye: patología benigna

(tumor de Warthin, adenoma pleomorfo, lesión linfoepitelial, oncocitoma, adenoma monomorfo, quistes benignos) y maligna (carcinomas, tumor maligno mixto y adenocarcinoma).

Tratamiento, planes de actuación: Derivación ORL. Solicita PAAF.

Evolución: Desde el momento del diagnóstico hasta la actualidad (6 meses) la lesión no ha sufrido cambios evidentes y la paciente se encuentra en espera de Intervención quirúrgica. A pesar de la naturaleza benigna de esta lesión, un porcentaje de estos recidivan en forma de carcinoma.

Conclusiones

Los nódulos/tumores en cuello y ángulo mandibular son motivo frecuente de consulta en atención Primaria y causa de preocupación en el paciente y en el propio médico. Sólo por exploración física y anamnesis, en un gran número de casos no es posible determinar el origen y naturaleza de la lesión. En este caso la disponibilidad de ecógrafo en consulta nos aportó mucha información para orientar la naturaleza de la lesión, que luego se confirmó con la anatomía patológica. La ecografía ha demostrado ser una técnica de imagen de bajo coste, inocua y de gran rentabilidad diagnóstica que cada vez más se va haciendo imprescindible en la consulta de Primaria.

Palabras clave

Parotid, Pleomorphic Adenoma, Ultrasonography

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Doctora estoy preocupado, ¿me está dando un infarto?

Correa Gómez V

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

Ámbito del caso

Atención Primaria, Urgencias, Cirugía Torácica.

Motivo de la consulta

Dolor costal izquierdo.

Historia Clínica

Varón de 26 años, acude asustado a Médico de Familia por comienzo anoche de dolor fijo en hemitórax superior izquierdo, que aumenta con la movilidad torácica. No refiere dolor precordial, ni palpitaciones, ni disnea, ni cortejo vegetativo.

A la exploración llama la atención la esbeltez del paciente, con buen estado general, eupneico sin uso de la musculatura accesoria ni tiraje intercostal y estable hemodinámicamente. En la auscultación cardiorrespiratoria se aprecia disminución del murmullo vesicular, latido cardiaco rítmico y sin soplos. El electrocardiograma con ritmo sinusal a 65 lpm. Y en radiografía de tórax se aprecia neumotórax apical izquierdo.

Enfoque individual: Sin alergias medicamentosas ni antecedentes personales de interés. Fumador de 20 cigarrillos/día.

Enfoque familiar y comunitario: Soltero, con novia. Vive con sus padres. Mozo de almacén. Jugador de fútbol los fines de semana.

Juicio clínico: Teniendo en cuenta sólo la clínica de dolor costal el diagnóstico diferencial puede ser muy amplio y variopinto: infarto de miocardio, pericarditis, perforación esofágica, asma, neumonía, disección aórtica, síndrome

de distrés respiratorio...Será necesaria realizar una exploración exhaustiva y pruebas complementarias para dar con el diagnóstico definitivo. El paciente presenta neumotórax espontáneo primario.

Tratamiento, planes de actuación: Debido a encontrarse estable, sin disnea, y a que en el tipo de neumotórax que presenta el tratamiento es conservador; se decide vigilancia domiciliaria con control radiográfico en 2- 3 días. Acudirá a urgencias si signos de alarma (aumento o aparición de disnea brusca, intenso dolor, mal estado general...).

Evolución: Acude a los 2 días refiriendo dificultad respiratoria. En auscultación se aprecia hipoventilación y percusión timpánica en hemitórax izquierdo. Se repite radiografía de tórax apreciándose aumento del neumotórax ocupando zona apical y lateral externa, sin desviación mediastínica. Ya es candidato a drenaje con tubo pleural. Se deriva a Urgencias y Cirugía Torácica para tratamiento y control de evolución.

Conclusiones

Es característico que el neumotórax espontáneo primario se produzca en varones jóvenes, delgados y fumadores. El tratamiento puede ser conservador a espera de la reabsorción espontánea en caso de afectación apical. Si evoluciona a mayor tamaño será necesario colocación de tubo de drenaje pleural.

Palabras clave

Pneumothorax Spontaneous

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Absceso periamigdalinoEspejo Pérez I¹, Adnani Gulab N¹, Guimerá Manjón V²¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Otero. Ceuta² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Recinto. Ceuta**Ámbito del caso**

Urgencias extrahospitalarias.

Motivo de la consulta

Odinofagia y trismus de 48 horas de evolución.

Historia Clínica

Antecedentes personales: Adenoidectomía, Teratoma quístico de ovario izquierdo intervenido quirúrgicamente en 2010. Tratamiento habitual: anticonceptivos orales.

Motivo de consulta: Paciente mujer de 30 años que acude a su Médico de Familia por clínica de odinofagia y trismus de 48 horas de evolución sin traumatismos previos. Niega fiebre u otros síntomas de interés.

Enfoque individual: En este caso es primordial indagar en extracciones dentarias realizadas días previos a la clínica debido a la sospecha de infección secundaria a dicho proceso.

Enfoque familiar y comunitario: En este caso es muy importante el apoyo familiar porque la paciente tiene que ser evacuada al Hospital Puerta del Mar para ser valorada por Cirugía Maxilofacial con diagnóstico de absceso periamigdalino.

Juicio clínico: En este caso hay que realizar un diagnóstico diferencial con las posibles causas de trismus: parotiditis, miositis, lesiones del músculo masetero, traumatismo facial, artritis ATM, osteomielitis, tétanos, envenenamiento por estricnina, simulación, crecimiento tumoral ingesta de MDMA, intoxicación por metoclopramida, enfermedad de Gaucher,

esclerodermia, pieza dental impactada, absceso periamigdalino.

Tratamiento, planes de actuación: La historia clínica completa realizada por su Médico de Familia en la que se descubrió que la paciente había sido sometida a una extracción dentaria días previos y una exploración minuciosa en la que se objetivó trismus, hizo que dentro del amplio diagnóstico diferencial existente, su médico tuviese como primera opción la posibilidad de un absceso y fuera enviada de forma urgente para valoración por Otorrinolaringología. Se realizó TAC con contraste con el que se corroboró el diagnóstico y fue evacuada a Cirugía Maxilofacial con la mayor brevedad posible.

Evolución: La paciente evolucionó favorablemente y actualmente se encuentra asintomática.

Conclusiones

En este caso es primordial que su Médico de Familia haya indagado en la entrevista clínica descubriendo el factor desencadenante de su patología actual ya que, el absceso periamigdalino, puede llevar a la muerte de la paciente. Se realizó derivación urgente a Otorrinolaringología sin demora (previo contacto con dicho Servicio aceptando a la paciente) para que pudiese ser evacuada y recibir un tratamiento adecuado en el menor tiempo posible.

Palabras clave

Complications, Therapy, Mortality

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

La importancia de la adherencia al tratamientoArias Galera MT¹, Ayala Hernández MJ², Expósito Molinero C²¹ MIR 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Trinidad Jesús Cautivo. Málaga² Médico de Familia. CS Trinidad Cautivo. Málaga**Ámbito del caso**

Urgencias.

Motivo de la consulta

Alteración del lenguaje y pérdida de fuerza en hemicuerpo izquierdo.

Historia Clínica

Mujer de 51 años que acude a urgencias por presentar desde hace 1 hora dificultad para comunicarse y debilidad en hemicuerpo izquierdo. Refiere haber presentado desde esta mañana cefalea de características opresivas. En la entrevista comenta que es hipertensa y dislipémica diagnosticada pero no toma tratamiento, cree no necesitarlo.

Exploración: TA 225/140 FC 80 lpm Eupneica en reposo. Auscultación cardiopulmonar: Rítmica sin soplos, murmullo vesicular conservado, no ruidos patológicos. Neurológicamente: Pupilas isocóricas normorreactivas, Movimientos oculares conservados. Pares craneales normales. Fuerza y sensibilidad disminuida en hemicuerpo izquierdo de predominio braquial. Inestabilidad de la marcha. Disartria.

Enfoque individual: No alergias medicamentosas conocidas. Vive en Málaga sola. Trabaja como secretaria. Exfumadora desde hace 15 años. Bebedora social (3 cervezas). HTA sin toma de tratamiento desde hace 2 años por decisión propia. Dislipemia en tratamiento dietético y farmacológico. En tratamiento prescrito con: Enalapril 20 mg/Hidroclorotiazida 12.5 mg cada 12 horas, Amlodipino 10 mg cada 12 horas y simvastatina 10 mg cada 24 horas.

Enfoque familiar y comunitario: Madre HTA. Padre HTA, IAM con 62 años, fallecido por hepatocarcinoma. Hermano con 57 años HTA. Hermana fallecida por mieloma múltiple.

Juicio clínico: Probable ICTUS hemorrágico secundario a crisis hipertensiva versus lesión ocupante de espacio cerebral versus cefalea hemipléjica (muy pocos casos).

Tratamiento, planes de actuación: Activamos código ICTUS desde urgencias y solicitamos Analítica sanguínea, Radiografía de tórax, Electrocardiograma y TAC de cráneo.

Evolución: Analítica de sangre, radiografía de tórax y electrocardiograma normal. TAC cráneo foco de hemorragia parenquimatosa con edema perilesional en región de los galglios de la base derechos.

Conclusiones

Como médicos de atención Primaria, este caso es importante ya que la paciente llevaba dos años sin tomar tratamiento y no lo supimos hasta que sufrió este proceso. No solo debemos preocuparnos en diagnosticar y tratar, si no revisar si nuestros pacientes son cumplidores del tratamiento, preguntándoles por el cuándo acuda de forma periódica a la consulta. Además en consulta debemos tomarle las constantes cada vez que tengamos oportunidad. Quizá si hubiéramos indagado habríamos descubierto que no tomaba el tratamiento, y habiéndole advertido de los peligros que corría hubiera presentado una mayor adherencia a él.

Palabras clave

Arterial Hypertension, Brain Hemorrhage, Stroke

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Incertidumbre neurológica en Atención PrimariaPalmero Olmo E¹, Quirós Rivero P²¹ Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla² Médico de Familia. CS Esperanza Macarena. Sevilla**Ámbito del caso**

Urgencias hospitalarias.

Motivo de la consulta

Lateralización corporal hacia la derecha según su familiar.

Historia Clínica

Acude a Urgencias hospitalarias refiriendo lateralización hacia la derecha cuando deambula desde hace dos semanas y pérdida de fuerza y destreza en mano derecha desde ayer. Niega mareo, vómitos, cefalea, fiebre ni otros síntomas. Acudió a su Médico de Familia cuando sólo presentaba lateralización a la derecha según su familiar y taponamiento de oído derecho, que había solicitado analítica, ECG reglado y Rx de tórax y derivado a domicilio con tratamiento por sospecha otitis media, facilitándole cita con Neurología.

Enfoque individual: Hombre 67 años con alergia a quinolonas. Niega hábitos tóxicos. Hipertensión arterial, dislipemia. Insuficiencia aórtica severa. Aneurisma de la raíz aórtica. Linfoma de Hodgkin estadio IIb en remisión. Cirugías: Granuloma de pulmón izquierdo. Tratamiento: Losartan, carvedilol, simvastatina, furosemida, calcifediol, Foster, omeprazol. Consciente, orientado, colaborador, eupneico, bien perfundido e hidratado. TA: 129/60 mmhg FC 85 lpm. Pupilas isocóricas reactivas a la luz, movimientos oculares extrínsecos conservados. Resto de pares craneales normales. No disimetría ni disidiadocinesia, fuerza 5/5 y sensibilidad conservadas. Romberg negativo. Marcha en tándem normal. No signos meníngeos. Auscultación cardiopulmonar sin hallazgos. Otoscopia normal.

Pruebas complementarias: Normalidad de hemograma, bioquímica y coagulación. Rx

tórax normal. ECG normal. TAC craneal: Hematoma subdural frontoparietal derecho subagudo/crónico con áreas hiperdensas con relación al resangrado, produciendo importante efecto masa sobre el ventrículo lateral y tercer ventrículo, desplazando línea media 9 mm.

Enfoque familiar y comunitario: Buena relación con su esposa y sus dos hijos. Padres vivos e independientes para las actividades básicas de la vida diaria.

Juicio clínico: Hematoma subdural subagudo/crónico.

Diagnóstico diferencial: hematoma epidural, hemorragia subaracnoidea, hematoma subdural, accidente cerebrovascular, tumores intracraneales.

Tratamiento, planes de actuación: Neurocirugía decide intervención quirúrgica urgente. Se realiza trépano de 14 mm, coagulación de duramadre y apertura con salida de líquido hemático crónico ligeramente espeso a presión. Inserción de drenaje subdural.

Evolución: Desaparición de la sintomatología, siendo dado de alta con cita de revisión para consultas externas.

Conclusiones

No subestimar apreciación de familiares cercanos acerca de la patología del paciente, aun siendo discutible. En Atención Primaria, estamos limitados de pruebas complementarias y jugamos con la incertidumbre.

Palabras clave

Hematoma, Hipoacusia

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Me sigue doliendo la espaldaGómez Gómez-Mascaraque E¹, López Llerena ÁM², Rosa González ME³¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Justicia. Madrid² MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Hoyo de Manzanares. Madrid³ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Villanueva de la Cañada. Madrid**Ámbito del caso**

Atención Primaria. Caso multidisciplinar.

Motivo de la consulta

Lumbalgia.

Historia Clínica

Mujer 80 años, alérgica a Quinolonas. HTA. Diabetes. Enfermedad Alzheimer. ACV con hemiparesia izquierda residual. Polimedicada.

Enfoque individual: Presenta deterioro del estado general, dolor lumbar y tendencia a la hipotensión en su domicilio. La familia refiere lumbalgia persistente de 2 meses de evolución, sin traumatismo previo. Valorada en Urgencias en tres ocasiones, con dos diagnósticos previos de infección del tracto urinario y gastroenteritis aguda. Se remite a Urgencias.

Exploración física: T.A: 71/42. Temperatura: 38°C. FC: 100lpm. Glucemia: 167mg/dl. SO₂: 94%. Regular estado general. Palidez mucocutánea. Neurológico: normal. Tórax: Soplo sistólico IV/VIpanfocal. Dolor a la palpación en columna lumbar y musculatura paravertebral lumbar alta. Movilidad limitada por dolor. No lesiones cutáneas. Resto normal.

Pruebas complementarias: *Analítica:* destacan Leucocitos: 11.200/mm³(Neutrófilos: 62,9%). Hemoglobina: 10,8g/dl, Hematocrito: 31,9%. Glucosa: 163mg/dl. PCR: 2,76mg/dl (VN: 0-0'6). Analítica y sedimento urinario sin alteraciones. Radiografía columna: Osteopenia. Fractura-Aplastamiento L3. ECG, Radiografías tórax y abdomen: normales.

Enfoque familiar y comunitario: Dependiente actividades de la vida diaria. Deterioro cognitivo leve.

Juicio clínico: Espondilodiscitis infecciosa por germen no filiado (probable S. aureus) L¹-L₂, L₃-L₄ y afectación de musculatura paravertebral.

Diagnóstico diferencial: Cuadro sindrómico de sepsis, cuyo foco infeccioso podría ser: pielonefritis, endocarditis o espondilodiscitis/osteomielitis vertebral.

Identificación problemas: La espondilodiscitis explicaría el dolor lumbar, generalmente insidioso, que empeora a lo largo del tiempo y típicamente se agrava con el movimiento o la percusión en la zona.

Tratamiento, planes de actuación: Antibioterapia empírica, corsé Jewett, rehabilitación funcional.

Evolución: Se confirmó el diagnóstico con pruebas de imagen. Ingresó para tratamiento.

Conclusiones

La espondilodiscitis piógena es una infección poco frecuente y, como en este caso, la diabetes puede ser un factor de riesgo. Las pruebas diagnósticas deben incluir marcadores inflamatorios y hemocultivos. Estos, junto con hallazgos radiológicos pueden obviar la realización de pruebas invasivas para estudio histopatológico y microbiológico. El tratamiento suele ser conservador, dirigido a erradicar la infección subyacente, conservar la estructura de la columna, recuperar los déficits neurológicos y controlar el dolor. Esta patología constituye un reto diagnóstico para el Médico de Familia, siendo fundamental una anamnesis cuidadosa, exploración física completa (descartar déficits neurológicos) y pruebas radiológicas dirigidas. Debemos sospechar la misma ante cuadro infeccioso sin foco claro con clínica de afectación de estructuras musculoesqueléticas de la columna.

Palabras clave

Discitis, Low Back Pain, Sepsis

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Dolor torácico y síndrome constitucionalCampos Domínguez JM¹, López Fernández B², Garrido Marín MC¹¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Tomares. Tomares (Sevilla)² Médico de Familia. CS Tomares. Tomares (Sevilla)**Ámbito del caso**

Atención Primaria. Coordinación interniveles.

Motivo de la consulta

Dolor torácico, disfagia y pérdida de peso.

Historia Clínica

Mujer de 53 años, sin alergias medicamentosas. Exfumadora desde hace 10 años. Hipotiroidismo en tratamiento. En el último año ha presentado varias infecciones respiratorias que se han resuelto sin incidencias. Acude a la consulta por presentar desde hace varias semanas dolor centro torácico y vómitos relacionados con la ingesta, disfagia progresiva, con regurgitación, pérdida progresiva de peso. Proceso febril previo sin foco.

Exploración física: Afebril, aceptable estado general, eupneica, normocoloreada. Auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen normal. Se sospecha un problema grave, oncológico o infeccioso y se solicita una Rx de tórax, ECG y analítica con serologías.

Pruebas complementarias: Rx tórax: condensación de gran tamaño retrocardíaca con un nivel hidroaéreos. Imágenes previas similares que pasaron desapercibidas. ECG: Sin hallazgos patológicos

Analítica: Sin hallazgos significativos. VIH, VEB, CMV, Rosa Bengala y Mantoux negativo. Se contacta con el Hospital a través del Internista de referencia para completar estudio. Se realiza una endoscopia y un esofagograma: hernia paraesofágica con herniación del fundus con enlentecimiento del paso del bolo a través del cardias con regurgitación del bolo cranealmente. Manometría con EEI hipertónico. Se incluye en lista de espera quirúrgica. Durante este tiempo la hernia, por

un mecanismo valvular, comprime extrínsecamente el esófago con disfagia casi completa y pérdida de 20 kg de peso y cuadro de deshidratación e insuficiencia renal prerrenal.

Enfoque individual: Nivel socio-económico y cultural medio.

Enfoque familiar y comunitario: Buen soporte familiar y social.

Diagnóstico diferencial: Neoplasia esofágica, Neoplasia mediastínica de otro origen, Hernia hiato complicada, Divertículo esofágico, Infecciones respiratorias por aspiración. *Diagnóstico final:* Hernia de hiato paraesofágica con compresión esofágica por mecanismo valvular.

Tratamiento, planes de actuación: Rehidratación IV, readaptación dietética. Intervención quirúrgica: Funduplicatura de Nissen.

Evolución: muy favorable, con tolerancia progresiva y recuperación de peso y calidad de vida.

Conclusiones

El diagnóstico se realizó en Atención Primaria con la historia clínica, la exploración física y la Rx de tórax. La accesibilidad de la Atención Primaria permitió un diagnóstico rápido y la existencia de una fluida comunicación con el Hospital permitió la confirmación de dicho diagnóstico y la resolución de la patología.

Palabras clave

Disfagia, Anorexia, Hernia

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

¿Es conveniente ocultar la verdad?

Correa Gómez V, Oualy Ayach Hadra G, Ortiz Viana MC

*MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Úbeda. Jaén***Ámbito del caso**

Atención Primaria, Medicina Interna.

Motivo de la consulta

Molestias abdominales.

Historia Clínica

Mujer de 55 años, acude a Médico de Familia por astenia y molestias abdominales de un mes de evolución; asociado a hábito intestinal irregular con predominio de estreñimiento y pérdida ponderal (5 kg) en los últimos meses, sin pérdida de apetito. No náuseas ni vómitos. No prurito. No coluria ni acolia. No fiebre.

Enfoque individual: Antecedentes personales de psoriasis. No alergias medicamentosas ni hábitos tóxicos. No toma medicación.

A la exploración impresiona de gravedad, caquética y coloración cenicienta. Abdomen blando y depresible, no doloroso, no signos de peritonismo, no masas ni megalias. Resto de exploración por aparatos y sistemas dentro de la normalidad. Se solicita analítica y se realiza ecografía abdominal con hallazgos de nódulos hiperecogénicos a nivel hepático, sugerente de metástasis. Se deriva preferentemente a hospital.

Enfoque familiar y comunitario: Ama de casa. Casada y 3 hijos. La hija menor todavía vive en domicilio familiar. No problemas en el ámbito personal ni familiar.

Juicio clínico: La paciente presenta una clínica inespecífica, pero el "ojímetro" médico hace pensar por su apariencia en un proceso

neoplásico; y las imágenes ecográficas lo apoyan. Habrá que continuar estudio.

Tratamiento, planes de actuación: Es ingresada en el hospital realizándose numerosas pruebas. En analítica destaca anemia normocítica y colestasis bioquímica. La ecografía hospitalaria confirma hallazgos de CS TAC *abdomen:* neoplasia de sigma con adenopatías regionales, metástasis hepáticas y pulmonares. *Colonoscopia:* neoformación estenosante de sigma. Anatomía patológica: adenocarcinoma sigma estadio IV.

Evolución: Dado al mal pronóstico, los familiares deciden no comunicárselo a la paciente, aunque ella tampoco quiere conocer su situación. Es candidata a cuidados paliativos. Éxito al mes del diagnóstico.

Conclusiones

La conspiración del silencio contempla el acuerdo, por parte de familiares y/o profesionales, de alterar la información que se le da al paciente con el fin de ocultarle el diagnóstico y/o pronóstico. En este caso la paciente no lo habla, lo evita o parece que no quiere saber. Parece que necesita tiempo para procesar lo que está pasando. También hay dificultad de los familiares para enfrentar el sufrimiento y miedo a las repercusiones que puedan derivarse.

Palabras clave

Sigmoid Neoplasms, Conspiracy of Silence, Palliative Care

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Tos persistente

Trueba Carreón J¹, García María B¹, Guerrero Fera B²

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Gibraleón. Huelva

² Médico de Familia. CS Gibraleón. Huelva

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivo de la consulta

Tos seca de 3 meses de evolución.

Historia Clínica

Mujer, 52 años. Hipertensión arterial, tratamiento con hidroclorotiazida/valsartan. Ex-fumadora. Tos seca de 3 meses de evolución. Otros años episodios similares coincidentes con la primavera. No otros síntomas. Saturación 98%. Auscultación sin hallazgos. Orofaringe normal. No adenopatías ni masas cervicales.

Enfoque individual: Al ser tos de más de 8 semanas de evolución sin causa clara, se considera crónica y se amplía estudio.

Enfoque familiar y comunitario: Habría que descartar patología infecto-contagiosa.

Juicio clínico: Tos crónica

Tratamiento, planes de actuación: Budesonida/formoterol 1 inhalación cada 12 horas, salbutamol 2 inhalaciones cada 8 horas y ciclo de 5 días de deflazacort 30 mg. Analítica con screening de alergia y espirometría.

Evolución: Analítica normal, incluyendo neumoalérgenos, hormonas tiroideas y hemograma. Espirometría pendiente. Mejoría de la tos con corticoides pero tras la retirada reaparece. Por persistencia de la tos se solicita radiografía de tórax y se pauta tratamiento con codeína. En radiografía se aprecia desviación de

tráquea, por lo que se solicita informe y se contacta con la consulta rápida de medicina interna, quien deriva a neumología. En el informe: desviación lateral izquierda de tráquea con ligera impronta en el contorno externo derecho. Mínimo adelgazamiento de la luz en relación con la presencia de bocio intratorácico. En neumología solicitan ecografía de tiroides: tiroides aumentado de tamaño a expensas de LTD, que se encuentra ocupado en su totalidad por nódulo isoecogénico con halo hipoeogénico, con clacificación y áreas quísticas. No características de malignidad. Se deriva a consultas de endocrinología desde atención Primaria.

Conclusiones

La tos crónica (>8 semanas) es un motivo frecuente de consulta en atención Primaria. Presenta un impacto sobre la calidad de vida. Entre las causas más frecuentes en atención Primaria están enfermedad obstructiva crónica, asma, tabaco y tratamiento con inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina, sin embargo debemos tener en cuenta que existen otras causas y se debería ampliar estudio, ya que podríamos encontrar hallazgos como el de este caso. *Diagnóstico diferencial:* contaminación ambiental, alergias, infecciones y otras patologías respiratorias, reflujo gastroesofágico, bocio, procesos del tracto respiratorio superior (con/sin goteo postnasal): rinitis, nasofaringitis, sinusitis.

Palabras clave

Cough, Chronic Disease, Goiter

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Diarrea crónica en paciente de edad avanzadaDe la Cerda Montes de Oca P¹, Vílchez Jaimez M², Mostazo Torres J³¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Roque. Cádiz² Médico de Familia. CS Tarifa. Cádiz³ Aparato Digestivo. Hospital La Línea de la Concepción. Cádiz**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

Motivo de la consulta

Diarrea crónica de años de evolución.

Historia Clínica

NAMC. Intolerancia a codeína. Iqx: colecistectomía hace 4 años. HTA y DM desde hace 25 años. Dislipemia. Dolor torácico atípico con Ergometrías previas negativas. Tratamiento: adiro, tranxilium, cordiplast, manidipino, vildagliptina/meformina. Nebivolol, telmisartan, atorvastatina, omeprazol, paracetamol. Desde hace más de 2 años ha estado en estudio. Comenzó con deposiciones diarreas desde por la mañana, la primera era normal, pero las siguientes eran acuosas, no presenta productos patológicos en heces. Asocia dolor abdominal tipo retortijón que mejora con la deposición. Pérdida de apetito, pérdida de peso y afectación del estado general. Se realizó estudio analítico y endoscópico sin objetivar alteraciones. Se inició tratamiento con corticoides sin mejoría, finalmente se ensayó con colestiramina mejorando los síntomas por completo.

Enfoque individual: Jubilada.*Enfoque familiar y comunitario:* vive en residencia de día, y duerme con su hija por las noches.*Juicio clínico:* Diarrea crónica en relación con síndrome postcolecistectomía. Neoplasia Colon. Intolerancias alimenticias. Diarrea medicamentosa.*Problema en el diagnóstico* el ser una paciente polimedicada.*Tratamiento, planes de actuación:* Colestiramina 3 g 1 sobre cada 24 horas se debe de separar 2 horas con el resto de medicación. Normalmente recomendamos tomarlo sobre las 11 de la mañana o las 18 horas puesto que son horarios en los que no suelen tomar otro tipo de medicación. Si persiste la diarrea se puede aumentar a 3 sobres diarios teniendo en cuenta siempre la separación de 2 horas con otras medicaciones puesto que la colestiramina puede hacer que tengan menos efecto esas medicaciones. Cuidado con el sintrom.*Evolución:* Tras inicio del tratamiento la paciente presenta buena evolución y actualmente presenta 1 deposición de consistencia normal.**Conclusiones**

La diarrea en el anciano es una causa importante de morbilidad y mortalidad. El diagnóstico precoz y el tratamiento son necesarios para prevenir la deshidratación, la pérdida de electrolitos y la alteración del estado nutricional. Tras colecistectomía en algunos pacientes existe una malabsorción de ácidos biliares que generan irritación a nivel intestinal provocando aceleración del tránsito intestinal con numerosas diarreas acuosas que pueden alterar el medio interno provocando gran afectación en los pacientes de edad avanzada. Este síndrome suele mejorar con colestiramina.

Palabras clave

Síndrome Postcolecistectomía, Diarrea Crónica, Colestiramina

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Los beneficios de la terapia eléctrica precozRamírez Narváez MC¹, Ruiz Cinta JC², Alconchel Cesar A²¹ Médico de Familia. DCCU San Fernando. Cádiz² Médico de Familia. CS Espera. Cádiz**Ámbito del caso**

Urgencias extrahospitalarias.

Motivo de la consulta

Dolor torácico opresivo.

Historia Clínica

Varón de 78 años, sin alergias a medicamentos, con antecedentes de hipertensión arterial, dislipemia mixta, cardiopatía isquémica con triple Bypass, fibrilación auricular, EPOC, IAM, intervenido de aneurisma aórtico, anticoagulado con acenocumarol 4 miligramos. Consulta en el CS por dolor torácico opresivo con mal estado general, se objetiva en el electrocardiograma una taquicardia ventricular a 200 latidos por minuto con pulso y se trata con tres puff de solinitrina sublingual y 300 miligramos de amiodarona intravenosa, sin remisión del cuadro. Se requiere al equipo móvil medicalizado el cual observa un paciente obnubilado con dolor torácico opresivo, pálido, sudoroso, con mal estado general, tensión arterial 101/49, se auscultan crepitantes bibasales y presenta en el electrocardiograma el trazado antes descrito. Se aplica una mascarilla de alta concentración de oxígeno a 15 litros, se analgesia con 150 microgramos de fentanilo intravenoso y se realiza una cardioversión sincronizada con descarga de 150 julios, tras la cual comienza con ritmo sinusal a 75 latidos por minutos, desaparece el dolor torácico, normaliza todas las constantes, se estabiliza, consciente, orientado y colaborador. Se traslada a urgencias hospitalarias con perfusión de nitroglicerina intravenosa. Ingresa a cargo de UCI donde se le implanta un DAI (Desfibrilador Automático Implantable).

Enfoque individual: Paciente pluripatológico con patología aguda grave.

Enfoque familiar y comunitario: El paciente viene acompañado de su mujer y sus dos hijos, en un principio se les comunicó la posibilidad de éxitus por la inminente mala evolución del cuadro. Posteriormente y ante la buena evolución con la terapia eléctrica, origina un gran alivio y descarga para todos.

Juicio clínico: Taquicardia ventricular con pulso, miocardiopatía dilatada severa con disfunción ventricular muy severa, cardiopatía isquémica multivaso severa no revascularizable, DAI.

Tratamiento, planes de actuación: Se implanta un DAI y se añade a su tratamiento habitual amiodarona 200 miligramos/12 horas y bisoprolol 2.5 miligramos/8 horas. Continúa con sus revisiones en cardiología.

Evolución: La evolución fue favorable.

Conclusiones

Para cualquier ritmo monomorfo de complejos anchos que altera la hemodinamia es necesario aplicar de inmediato descargas eléctricas sincrónicas con la onda R. La implantación de un DAI evita las recurrencias de la taquicardia ventricular.

Palabras clave

Ventricular Tachycardia, Electrical Cardioversion, Implantable Cardioverterdefibrillators

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Doctor, ¿qué me pasa en las axilas?

Díaz Sánchez MM, Cobos Bosquet C, Ibanco Arnaldo JM

Médico de Familia. CS Ntra S^a Oliva. Alcalá de Guadaíra, Sevilla

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivo de la consulta

Bultomas en axilas.

Historia Clínica

Paciente de 36 años, gestante de 24+5 semanas, que consulta por la presencia de bultoma en axilas, más marcado en axila derecha, presentes previos al embarazo, pero que han ido en aumento en estos últimos meses. En anterior embarazo, no presentó dicha sintomatología.

Enfoque individual: No reacciones adversas medicamentosas. No hábitos tóxicos. Sin factores de riesgo cardiovascular. Síndrome de Mallory-Weiss. No realiza tratamiento habitual. 2 gestaciones, 1 parto. A la exploración, mamas simétricas a la inspección y palpación. A nivel axilar, dos formaciones asimétricas, elásticas, de límites algo indefinidos, no adheridas a planos profundos, de aproximadamente 3 centímetros, que impresionan de mamas supernumerarias. No se palpan adenopatías. Ecografía mamaria reglada: se confirma que se trata de mamas supernumerarias.

Enfoque familiar y comunitario: Ciclo vital familiar II. Segundo embarazo. Ausencia de acontecimientos vitales estresantes.

Juicio clínico: Polimastia en paciente gestante. En el diagnóstico diferencial debemos incluir cualquier masa de localización axilar, como adenopatías, hidrosadenitis, neoplasias cutáneas anexiales...

Tratamiento, planes de actuación: Actitud expectante. Seguimiento y evolución finalizado el embarazo y la lactancia.

Evolución: Tras término de embarazo, regresión progresiva del tamaño de ambas mamas supernumerarias hasta su casi desaparición.

Conclusiones

El término polimastia, que afecta a un 0.4-6% de la población general, se utiliza para describir la existencia de más de dos glándulas mamarias localizándose aproximadamente el 60-70% en la axila. Es importante hacer énfasis en que cualquier afectación mamaria usual puede afectar estos tejidos heterotópicos, tales como inflamaciones, cambios proliferativos y tumores benignos, incluso carcinomas. Por ello, es fundamente ante su hallazgo incluir todas estas patologías dentro del diagnóstico diferencial, solicitando una prueba de imagen que las descarte.

Palabras clave

Supernumerary, Breast, Polymastia

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

No puedo mover las piernasLira Liñán A¹, Torres Guerrero EA², García Bengoa E¹¹ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Montequinto. Sevilla² MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Montequinto. Sevilla**Ámbito del caso**

Urgencia hospitalaria.

Motivo de la consulta

Dolor e incapacidad funcional en miembros inferiores (MMII).

Historia Clínica*Antecedentes personales:* No alergias medicamentosas. Hipertensión Arterial.*Enfoque individual. Anamnesis:* Varón de 70 años que acude a urgencias por dolor en mesogastrio irradiado en cinturón a la espalda y MMII. El dolor ha comenzado de forma súbita, mientras estaba masturbándose, y en unos 10 minutos ha dejado de notar la sensibilidad y ha perdido la fuerza en los MMII. No incontinencia de esfínteres. No pérdida de peso ni síndrome constitucional.*Exploración:* Aceptable estado general. Consciente. Orientado. No puntos dolorosos a nivel de columna dorsal o lumbar. Lassegue y Bragard negativos. Reflejos rotuliano y aquileo abolidos. Pulsos periféricos ausentes en MMII. Frialdad y livideces en miembro inferior derecho.*Pruebas complementarias: Analítica:* Hiperpotasemia; Gasometría arterial: Acidosis metabólica severa. Hiperlactacidemia. Hiperpotasemia severa; Radiografía Lumbar: no datos de fractura ni listesis; Ecocardiografía transesofágica: Flap en cayado aórtico, dilatación aorta torácica; Angio TAC: disección a nivel de aorta ascendente.*Enfoque familiar y comunitario:* Vive solo, divorciado. Soporte familiar escaso.*Juicio clínico:* Isquemia aguda terminoaórtica. Disección aórtica tipo A. Aneurisma de aorta ascendente proximal.*Diagnóstico diferencial.* Compresión medular aguda. Síndrome de Guillain Barré. Poliomielitis viral aguda. Esclerosis lateral amiotrófica. Neurotoxicidad por metales. Borreliosis. Parálisis hiperkalémica periódica familiar.*Identificación de problemas:* Isquemia aguda terminoaórtica. Isquemia renal izquierda. Paraplejía de MMII aguda.*Tratamiento, planes de actuación:* Trombectomía femoral izquierda. By pass femoro-femoral izquierdo-Derecho.*Evolución:* En el postoperatorio inmediato, al paso de la camilla de quirófano a la cama, se produce parada cardiorrespiratoria de 12 minutos, remontando y siendo ingresado en unidad de cuidados intensivos con acidosis metabólica e hiperpotasemia severa, donde finalmente falleció por fracaso multiorgánico refractario.**Conclusiones**

El síndrome aórtico agudo es una entidad poco frecuente en el que el diagnóstico precoz y actitud terapéutica inmediata son fundamentales para mejorar el pronóstico. La presencia de los médicos de familia en urgencias, nos obliga siempre a estar alerta por tratarse de una emergencia Médica con una mortalidad del 20% en las primeras 24 horas que con nuestra preparación clínica podemos mejorar.

Palabras clave

Aortic Aneurysm, Dissection Aortic, Artery Ischemia

Se ha autorizado la autorización de la paciente.

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Infertilidad resuelta con cambios dietéticosDe la Cerda Montes de Oca P¹, Vílchez Jaimez M², Mostazo Torres J³¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Roque. Cádiz² Médico de Familia. CS Tarifa. Cádiz³ Aparato Digestivo. Hospital La Línea de la Concepción. Cádiz**Ámbito del caso**

Mixto.

Motivo de la consulta

Problemas de fertilidad.

Historia Clínica

Mujer de 27 años. NAMC. sin antecedentes personales ni familiares de interés. No tratamiento actual.

Acude a consulta refiriendo que ella y su pareja llevan unos 14 meses intentando quedarse embarazada sin conseguirlo. Refiere que tiene las reglas regulares de unos 28-29 días. Sangrado de unos 3-5 días. Realizamos analítica general sin alteraciones. TSH, FSH y LH, estradiol en rango. Solicitamos espermograma al marido que resulta como normozoospermia. Dado que todo resulta estar bien solicitamos valoración por ginecología, realizan ecografía donde no se observan alteraciones. Citología normal. Solicitan Histerosalpingografía para valorar inseminaciones. Durante la espera la paciente acude para valoración por encontrarse mal con dolor epigástrico que relaciona por la época de estrés. Dada la ansiedad y el dolor epigástrico se deriva a digestivo para valoración.

En digestivo tras la consulta nos refiere que le ha prescrito ranitidina 150 mg y le ha solicitado as con ac celiacía. As resulta Ac antitrasglutaminasa 157 (normal <7). Se recomienda dieta sin gluten y se pospone la histerosalpingografía. Tras 3 meses sin gluten la paciente quedó embarazada, y sigue las revisiones correspondientes, actualmente está de 32 semanas.

Enfoque individual: Administrativa.*Enfoque familiar y comunitario:* Casada desde hace 2 años. Acude ocasionalmente a consulta.*Juicio clínico:* Infertilidad asociada a celiacía. Infertilidad varón. Obstrucción trompas. Insuficiencia ovárica precoz.*Tratamiento, planes de actuación:* Dieta sin gluten.*Evolución:* Tras dieta sin gluten se quedó embarazada de forma natural.**Conclusiones**

Es sabido que la enfermedad celíaca y la intolerancia al gluten (incluso sin llegar a ser celiacía) son causas importantes de infertilidad y de abortos espontáneos. En ambos casos, se puede solucionar con una dieta sin gluten. Hay una conexión entre la sensibilidad al gluten y la infertilidad, que normalmente provoca abortos espontáneos. Algunos estudios indican que el 8 % de las mujeres con infertilidad diagnosticada también pueden tener celiacía. Actualmente, los médicos no piden ningún test de intolerancia al gluten a las mujeres que están intentando quedar embarazadas, como tampoco ningún test de anticuerpos tiroideos, déficit de vitamina D u otros problemas comunes de fertilidad.

Palabras clave

Celiacía, Infertilidad, Intolerancia al Gluten

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Disfagia en mujer de 67 años de larga evolución. Pérdida de pesoDe la Cerda Montes de Oca P¹, Vílchez Jaimez M², Mostazo Torres J³¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Roque. Cádiz² Médico de Familia. CS Tarifa. Cádiz³ Aparato Digestivo. Hospital La Línea de la Concepción. Cádiz**Ámbito del caso**

Mixto.

Motivo de la consulta

Disfagia de larga evolución.

Historia Clínica

Mujer de 67 años. HTA. Exfumadora. Iqx colecistectomía hace 10 años. Tratamiento enalapril 20 mg. Refiere disfagia sobre todo a líquidos desde hace meses, refiere ser muy nerviosa y que come muy rápido, a veces tiene dolor retroesternal y le cuesta trabajo tragar, se deriva a digestivo pautamos procinéticos e ibp sin mejoría, la paciente sigue sintomática y falta a la consulta con digestivo al año acude por que los síntomas son muy intentos con alguna impactación que le ha pasado con la toma de abundante líquido. Acudió a urgencias por impactación que requirió realización de endoscopia urgente. Endoscopia: restos alimenticios que se extraen con cesta. Una vez que se retira todo por completo se observa con existe dificultad para progresar con el endoscopio a cavidad gástrica. Se observa estenosis de aspecto umbilicado regular, con esófago distal dilatado. Se solicitó EGD y Manometría que confirma que la paciente tenía Achalasia. Se programó sesión para iniciar terapia con Toxina botulínica con mejoría clínica muy marcada.

Enfoque individual: Jubilada. Ama de casa.*Enfoque familiar y comunitario:* Casada. Tres hijos. Acude regularmente a consulta.*Juicio clínico:* Achalasia esofágica.

Estenosis péptica. Ca Esófago. Otros trastorno motor.

Tratamiento, planes de actuación: Inyección de toxina botulínica. Dilatación neumática. Cirugía.*Evolución:* Mejoría clínica evidente y cada vez que comienza de nuevo con los síntomas acude para dar una nueva sesión. Generalmente acude cada 4-5 meses.**Conclusiones**

Un posible tratamiento para la acalasia es la inyección endoscópica de toxina botulínica: la toxina botulínica es una toxina producida por: *Clostridium botulinum*. Esta sustancia altamente tóxica es la causante del botulismo en los seres humanos, una intoxicación alimentaria muy peligrosa. Sin embargo, si se inyecta esta toxina rebajada en el músculo inferior del esófago, bloquea los nervios allí presentes, de modo que impide durante un tiempo la presión de cierre. La inyección se efectúa durante una visualización del esófago y el estómago. Este tratamiento logra aproximadamente en un 50% de los casos una mejoría temporal. A pesar de eso, las molestias vuelven a aparecer en muchos casos durante el año siguiente. La inyección de toxina botulínica tiene menos riesgos que la dilatación con balón y está indicada sobre todo para personas mayores.

Palabras clave

Botox, Toxina Botulínica, Achalasia

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Anemia ferropénica y melenas intermitentes en paciente de 78 añosDe la Cerda Montes de Oca P¹, Vílchez Jaimez M², Mostazo Torres J³¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Roque. Cádiz² Médico de Familia. CS Tarifa. Cádiz³ Aparato Digestivo. Hospital La Línea de la Concepción. Cádiz**Ámbito del caso**

Mixto.

Motivo de la consulta

Astenia y melenas intermitentes.

Historia Clínica

Paciente de 78 años. Exfumador. Bebedor de una copa de vino diaria. HTA. Refiere hepatitis en la infancia. Tratamiento hipotensor. Iqx hernia inguinal izquierda, apendicitis y amigdalectomía.

Acude a urgencias porque desde hace meses presenta deposiciones oscuras durante 2-3 días, a veces mezclada con heces de coloración normal. Refiere que ha estado observando la dieta pero no cree que justifique ese cambio de coloración. Se lo comento a su médico de Atención Primaria que le solicito SOH y analítica general, acude a urgencias porque desde hace unos días se encuentra muy cansado, mas decaído de lo normal y las heces negras se están prolongando más de 5 días. Se realiza una analítica urgente donde objetivamos 6.8 HB, en previa hace un año 12.8. Observamos la analítica de se MAP donde se observa ferropenia evidente. Se realiza Tacto rectal observando heces muy oscuras pero de consistencia normal. Dudosas melenas. Se consulta con digestivo que indica trasfusión de 2 concentrados y realiza endoscopia. Presenta numerosas lesiones vasculares de tipo ectasias en todos los cuadrantes del antro gástrico sin sangrado espontáneo y que se procede a fulgurar con argón plasma, prácticamente todas las áreas son tratadas y algunas aisladas en cuerpo bajo. buena tolerancia sedación con Propofol. Posteriormente se revisa en consulta

observando en analítica VHC ac +, se realiza Eco abdomen observando datos de Hipertensión portal leve. ARN VHC 3245433 copias Genotipo Ib. Fibroscan presenta grado fibrosis F3. Se pauta tratamiento VHC y se cita para endoscopias para realizar nuevas sesiones de argón.

Enfoque individual: Trabajaba en una fábrica.*Enfoque familiar y comunitario:* Casado con 3 hijos. No suele acudir a consulta salvo para analítica anual.*Juicio clínico:* Gastropatía de la hipertensión portal. Ectasias vasculares antrales.*Diferencial:* Ulcus gástrico ca gástrico angiodisplasias intestinales, Ca colon derecho.*Tratamiento, planes de actuación:* Fulguración con gas argón vía endoscópica*Evolución:* Tras varias sesiones con argón la anemia se corrige con HB actual de 11. Sigue revisiones.**Conclusiones**

La cirrosis hepática tiene múltiples complicaciones una de ellas es la gastropatía de la Hipertensión portal que puede tratarse con betabloqueantes y fulguración con gas argón, generalmente se consigue buen control.

Palabras clave

Cirrosis Hepática, Gastropatía Hepática, Melenas

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Parálisis de Bell y. ¿nada más? A propósito de un casoGarcía Sardón P¹, Rodríguez de la Rosa L², Carmona González PB³¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Torrejón Huelva² Médico de Familia. Servicio de Urgencias Hospital Infanta Elena. Huelva³ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Molino de la Vega. Huelva**Ámbito del caso**

Atención Primaria (AP) y Urgencias Hospitalarias.

Motivo de la consulta

Desviación de comisura bucal hacia la izquierda en el contexto de síntomas catarrales de 48 horas de evolución.

Historia Clínica

Consulta con su Médico de AP por cuadro de desviación de la comisura bucal hacia la izquierda, odinofagia y otalgia de 48 horas de evolución sin fiebre. Tras exploración por aparatos normal y neurológica dirigida objetivándose déficit facial derecho de posible origen central (arruga frente levemente cuando se ordena) se deriva a Urgencias hospitalarias para valoración.

Enfoque individual: Paciente de 33 años, trabajadora agrícola, sin hábitos tóxicos ni patología de base. En Urgencias, en anamnesis dirigida: además de la clínica referida, parestesias en mano derechas de 12 horas de evolución.

Exploración: hemodinámicamente estable. Consciente, orientada y colaboradora. Orofaringe hiperémica sin exudados amigdalares e hiperemia en ambos conductos auditivos externos sin otros hallazgos. Neurológico: Parálisis de VII par craneal a nivel supranuclear con platismo derecho afectado. Resto de pares craneales (PC) sin alteraciones. Reflejo cutáneo-Plantar en flexión bilateral. Resto de reflejos conservados. Marcha normal. Auscultación cardiorrespiratoria y miembros inferiores sin hallazgos reseñables. Electrocardiograma y analítica de urgencias normales. TAC urgente: imagen lineal de 6 mm en centro semioval izquierdo sin efecto de masa

ni edema compatible con foco de sangrado o lesión tipo cavernoma. Tras contactar con Neurocirugía, se cursó ingreso en Neurología.

Enfoque familiar y comunitario: Soltera, hija única. Padre fallecido por accidente de tráfico. Vive con su madre con la que mantiene buena relación.

Juicio clínico: Parálisis de Bell atípica. Hematoma subcortical hemisférico izquierdo. Malformación vascular.

Tratamiento, planes de actuación: Ingreso: Resonancia Magnética con Contraste: dos imágenes lineales en sustancia blanca periventricular hemisférica izquierda compatibles con restos hemáticos. Imagen lineal hiperintensa en sustancia blanca profunda del lóbulo frontal izquierdo compatible con resto hemático. Electromiograma: confirma afectación periférica en nervio facial derecho. Tratamiento: corticoides orales.

Evolución: Leve empeoramiento del déficit facial sin otra focalidad neurológica. Seguimiento en consultas de Neurología y por Médico de AP. En siguientes revisiones desaparición casi total de la clínica. Persistencia de imágenes en Resonancia.

Conclusiones

Recaltar la importancia de una exploración física meticulosa. Tener siempre presentes los signos de alarma para que, en caso de detectarlos, tomemos las medidas necesarias. Peculiaridades y atipias de cuadros clínicos clásicos.

Palabras clave

Bell Palsy, Physical Examination, Emergencies

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

"De un dolor de rodilla al quirófano"Valenzuela Cortés M¹, Márquez Martínez A², Matamoros Contreras N³¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Loreto Puntales. Cádiz² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Cayetano Roldan. San Fernando (Cádiz)³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Merced. Cádiz**Ámbito del caso**

CS.

controles periódicos de salud con su MAP. Nivel socio-cultural alto.

Motivo de la consulta

Gonalgia izquierda de 2 semanas de evolución.

Juicio clínico: Hiperparatiroidismo Primario (HPT primario).**Historia Clínica**

Paciente de 52 años que acude a su Médico de Atención Primaria (MAP) por dolor en rodilla izquierda de dos semanas de evolución, que aumenta con deambulación y al subir y bajar escaleras. No fiebre, no traumatismo previo.

Diagnóstico diferencial: Hipercalcemia hipocalciúrica familiar. Carcinoma paratiroideo. Hipercalcemia de los tumores malignos.

A la exploración, quiste en hueso poplíteo. Ante la persistencia del dolor tras 10 días con antiinflamatorios su MAP decide realizar radiografía de rodilla, observándose condrocalcinosis y desmineralización parcial. Además, la paciente cuenta cuadro de dolor tipo cólico hace dos días por el que acudió a Urgencias, en fosa renal izquierda irradiado a trayecto inguinal ipsilateral, que cedió con analgesia intravenosa; juicio clínico de cólico renoureteral izquierdo. Añade que se encuentra muy decaída, sin ganas de realizar su rutina habitual y con ánimo triste.

Tratamiento, planes de actuación: Ante los hallazgos obtenidos, se propone intervención quirúrgica a la paciente, aceptando. Se realiza hemitiroidectomía derecha y resección de glándula parótida (confirmación intraoperatoria), localizada en la vaina de carótida derecha.

Evolución: Tras la intervención, las cifras de PTH sérica descienden a más de la mitad de la cifra de partida. En el momento actual, la paciente se encuentra asintomática. Ha desaparecido el dolor articular que presentaba al inicio, así como la tristeza y los síntomas de depresión.

Pruebas Complementarias: *Analítica:* elevación calcio y PTH sérica, así como calciuria, siendo derivada a Endocrinología para estudio. Gammagrafía Paratiroides: hiperplasia/adenoma de paratiroides en región inferior lóbulo tiroideo derecho. Ecografía cuello: bocio nodular.

Conclusiones

El HPT primario suele ser asintomático y tiene mayor incidencia en mujeres posmenopáusicas. En este caso es importante la relación que hace el Médico de Familia de los datos clínicos aportados por la paciente, ya que es la manera de realizar la sospecha diagnóstica y enfocar las pruebas complementarias hacia la misma.

Enfoque individual: Diabetes mellitus tipo 2 de 7 años de evolución en tratamiento con medio comprimido Metformina 850 mg. Intervenciones quirúrgicas: Colectectomía

Palabras clave

Hyperparathyroidism, Osteopenia, Hipercalcemia,

Enfoque familiar y comunitario: Núcleo familiar en etapa IV, contracción. Realiza

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Exploración física: ¿nos centramos en el síntoma guía?Díaz Sánchez MM¹, Prieto Justicia CB², Cabañas Arijá JA¹¹ Médico de Familia. CS Ntra S^a Oliva. Alcalá de Guadaíra (Sevilla)² Médico de Familia. CS Príncipe de Asturias. Utrera Norte (Sevilla)**Ámbito del caso**

Atención Primaria. Cirugía Endocrina.

Motivo de la consulta

Edemas en miembros inferiores.

Historia Clínica

Mujer de 21 años que consulta por presentar edemas en ambos miembros inferiores, más marcados en miembro izquierdo, desde hace 2 años. En las últimas semanas, estos edemas han aparecido también en manos y cara, acompañados de sensación de opresión a dicho nivel y disminución de la diuresis. Niega disnea asociada.

Enfoque individual: No reacciones adversas medicamentosas. Fumadora de 10-15 cigarros al día. Bebedora social. Sin factores de riesgo cardiovascular. No realiza tratamiento habitual.

A la exploración, excelente estado general. Eupneica en reposo. Tensión arterial 120/70 mmHg. Palpación cervical: Ligeramente aumentado de glándula tiroidea, a expensas de lóbulo tiroideo izquierdo, donde impresiona presencia de nódulo. No se palpan adenopatías. Auscultación cardiopulmonar sin hallazgos. Abdomen blando y depresible, sin masas ni megalias. Edemas hasta tercio distal de ambos miembros inferiores, que dejan leve fovea a la digitopresión.

Pruebas complementarias: Hemograma y bioquímica anodinos, sin alteración de la función renal ni elevación de hormonas tiroideas. Análisis general de orina sin hallazgos. Radiografía de tórax: sin imagen de condensación ni derrames. Ecografía de tiroides: Lesión nodular con ecogenicidad heterogénea en lóbulo tiroideo izquierdo.

Punción-Aspiración con aguja fina: cambios compatibles con carcinoma papilar de tiroides.

Enfoque familiar y comunitario: Sin antecedentes familiares de interés. Niega acontecimientos vitales estresantes.

Juicio clínico: Carcinoma papilar de tiroides. En el diagnóstico diferencial debemos incluir todas las masas cervicales, como nódulo tiroideo simple, bocio multinodular, adenopatías, quistes o lipomas.

Tratamiento, planes de actuación: Se realizó tiroidectomía total y linfadenectomía recurrente izquierda, que mostró existencia de metástasis en cuatro ganglios linfáticos aislados.

Evolución: Tras intervención quirúrgica, derivada para realización de tratamiento ablativo con Yodo 131, con excelente evolución.

Conclusiones

La importancia de este caso radica en la necesidad de una exploración física lo más exhaustiva posible, más allá del síntoma guía, que nos permita sospechar o diagnosticar la presencia de otras enfermedades. Ante la escasez de tiempo del que disponemos en consulta, normalmente centramos la exploración física en torno al síntoma clave. Sin embargo, una exploración física detallada puede suponer hallazgos que hasta ahora habían pasado desapercibidos y que cambiarán drásticamente el manejo del paciente.

Palabras clave

Papillary, Thyroid, Edema

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Más allá de la típica lumbalgiaGómez Torrado RM¹, Chinchilla Palomares E², Ramírez Balas MR³¹ Médico de Familia. CS La Candelaria. Sevilla² Servicio de Urgencias. Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla³ Médico de Familia. CS Olivar de Quinto. Sevilla**Ámbito del caso**

Urgencias. Planta de hospitalización.

Motivo de la consulta

Lumbalgia.

Historia Clínica

Varón de 26 años que acude a Urgencias por dolor lumbar crónico de tipo inflamatorio, de 3 años de evolución acompañada de rigidez matutina con dolor a nivel sacroilíaco. Refería, además, edemas en miembros inferiores progresivos de 20 días de evolución junto con orinas espumosas. 5 días antes de la consulta actual había realizado tratamiento con AINEs para la lumbalgia. Afebril, no alteraciones cutáneas.

Exploración: Consciente, orientado y Eupneico. TA 120/70 mmHg. Afebril. Peso 84 kg. Talla 175 cm. Corazón rítmico a buena frecuencia. Buen murmullo vesicular bilateral. Abdomen no doloroso, sin masas ni megalias. Edemas en MMII duros hasta rodillas bilaterales. Pulsos conservados. No dolor a la palpación de apófisis espinosas lumbares. Limitación de extensión lumbar y dolor a la palpación de sacroilíacas.

Pruebas complementarias: Bioquímica, hemograma y coagulación, radiografía de tórax y electrocardiograma normales. Elemental con proteinuria en rango nefrótico (463 mg/dl). Urocultivo negativo. Se decidió ingresar al paciente para continuar estudio. Analítica reglada, inmuglobulinas, marcadores de autoinmunidad, serologías VIH y virus de hepatitis, ASLO, factor reumatoide, hormonas tiroideas y metabolismo del hierro fueron normales o negativos. Valores alterados de haptoglobina (475 mg/dl) C5 (47,2 mg/dl), VSG (87 mm/h) y PCR (12,7 mg/l). Proteinuria de

128 mg/dl, 4,5 g de proteínas en 24 horas, sin microhematuria ni leucocituria. RMN columna lumbar y sacroilíacas: Signos bilaterales de sacroileítis en una fase activa con componente edematoso sin imágenes erosivas ni de anquilosis destacables. Biopsia renal: Glomerulonefritis membranosa.

Enfoque familiar y comunitario: Nivel socio-económico medio bajo de origen marroquí. Trabaja de albañil.

Juicio clínico: Síndrome nefrótico puro por glomerulonefritis membranosa secundaria a espondilitis anquilosante. Glomerulonefritis Primaria. Secundario a toma de AINEs. Patología renal asociada a enfermedad reumática.

Tratamiento, planes de actuación: Diurético intravenoso, dieta con restricción de sal, ARA-II, hipolipemiantes, AAS y corticoideo.

Evolución: favorable, depleción rápida.

Conclusiones

En los últimos años han aparecido publicaciones de glomerulonefritis en pacientes con espondilitis anquilosante, tratándose de nefropatía IgA, llegando a sugerirse que ésta última puede ser parte del espectro de la enfermedad. Con menor frecuencia se han descrito otros tipos de glomerulonefritis mesangiales sin depósito IgA, glomeruloesclerosis focal y segmentaria o nefropatía membranosa.

Palabras clave

Glomerulonephritis, Low Back Pain, Sacroiliitis

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

"Doctora, no puedo mover la mitad de mi cuerpo"Rivas Román AM¹, Romero Corvillo JA², Pascual Suaza CJ³¹ Médico de Familia. DA DDCU Bahía de Cádiz - La Janda. Cádiz² Enfermero. DCCU Puerto Real. Cádiz³ Médico de Familia. Hospital San Carlos. San Fernando (Cádiz)**Ámbito del caso**

Urgencias hospitalarias.

Motivo de la consulta

Pérdida de fuerza en miembros superior e inferior derechos.

Historia Clínica

Paciente de 20 años que acude al Servicio de Urgencias por pérdida de fuerza de miembros derechos de instauración subaguda el día anterior y disartria, la pérdida de fuerza ha ido progresando hasta no permitirle mantenerse en pie. Desde hace 5 meses presenta parestesias en hemicuerpo izquierdo.

Enfoque individual: sin antecedentes personales de interés.

Exploración: ACP: tonos puros rítmicos. MV conservado en ambos hemitórax sin ruidos sobreañadidos. Hemiparesia derecha incluyendo facies 1/5 en miembros superiores y 2/5 en miembros inferiores. Disartria. Abolición de sensibilidad posicional en miembro inferior derecho. Analítica. Normal salvo 13000 leucocitos (78%PMN). Resonancia magnética cráneo. Lesiones en región subcortical del lóbulo frontal izquierdo, una periatral izquierda, otra adyacente al asta occipital del ventrículo lateral izquierdo y otra en el pedúnculo cerebeloso sugestivas de corresponder a una esclerosis múltiple, cumpliendo los criterios de espacio y tiempo. Punción lumbar: Leucocitos en LCR 26 cel/mm³. PMN 27%. Mononucleares 73%. Hematíes en LCR 3000 cel/mm³. Glucosa LCR 60 mg/dl Proteínas totales LCR 45,7 mg/dl LDH LCR 7 UI/L Adenosin deaminasa LCR 2,8 UI/L.

Enfoque familiar y comunitario: La paciente es la pequeña de 3 hermanos con familia funcional y se encuentra cursando estudios universitarios.

Juicio clínico: Esclerosis múltiple de inicio agresivo (forma pseudotumoral).

Diagnóstico diferencial: Ansiedad, lesión ocupante de espacio intracraneal, accidente cerebrovascular agudo.

Tratamiento, planes de actuación: En un inicio la paciente fue ingresada a cargo de Neurología con diagnóstico de accidente cerebrovascular agudo, tras las pruebas realizadas fue diagnosticada correctamente.

Evolución: Actualmente tras inicio de tratamiento, no ha presentado nuevos brotes.

Conclusiones

La esclerosis múltiple es la enfermedad neurológica discapacitante más común entre los adultos jóvenes. A menudo el diagnóstico está retrasado debido a que comparte síntomas con otras enfermedades y afecciones neurológicas. En este caso se realizó un diagnóstico incorrecto en el Servicio de Urgencias dada los síntomas inespecíficos de la paciente, durante su ingreso en Neurología se llegó a un diagnóstico más exacto, la paciente mejoró con bolos de corticoide y se encuentra pendiente de inicio de terapia específica.

Palabras clave

Multiple sclerosis, Stroke

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

La importancia del Diagnóstico diferencial: Síndrome de Guillain Barré vs. Síndrome de Cauda EquinaMartín Acedo T¹, Bayón Cauto IM¹, Real Campaña MSV²¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Puerto Real. Puerto Real (Cádiz)² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Casines. Puerto Real (Cádiz)**Ámbito del caso**

Urgencias Hospitalarias.

Motivo de la consulta

Paraplejía.

Historia Clínica

Varón de 38 años que acude al Servicio de Urgencias por debilidad en miembros inferiores, ascendente y progresiva junto con dificultad para la micción.

Enfoque individual: Alérgico a betalactámicos.

Antecedentes personales: dorsolumbalgias de repetición.

Anamnesis: varón de 38 años que presenta en los últimos tres días parestesias en miembros inferiores, que evolucionan a debilidad e imposibilidad para la marcha. Acude a Urgencias por dificultad para la micción. Relacionaba la clínica con tratamiento con relajantes musculares por episodio de dorsolumbalgia. Afebril.

Exploración: COC, NHyP. ACP: taquicardia sin otros hallazgos. Abdomen: globo vesical. Neurológico: balance motor 2/5 en MMII, sensibilidad normal, arreflexia aquilea con disminución de reflejos rotulianos. Imposibilidad para la marcha. Resto sin hallazgos.

Pruebas complementarias: analítica completa normal, TC de cráneo sin hallazgos. En la punción lumbar aparece proteinorraquia intensa y disociación albúmina citológica.

Enfoque familiar y comunitario: Se informa a familiares y se les interroga sobre posibles cuadros infecciosos previos al episodio.

Juicio clínico: Ante la sospecha de Síndrome de Guillain Barré se inicia tratamiento con inmunoglobulinas en área de Observación e ingresa a cargo de Neurología. En días posteriores aparece nivel sensitivo táctil D5 y discreta recuperación de ROT por lo que se realiza diagnóstico diferencial con Síndrome Cauda Equina. Se solicita RMN dorsolumbar que objetiva una extensa masa de partes blandas que invade el canal vertebral y comprime el cordón medular. Tras la anatomía patológica se confirma un Linfoma No Hodgking Difuso de Células Grandes B.

Tratamiento, planes de actuación: Se deriva al Servicio de Hematología para tratamiento con citabarrina a alta dosis.

Evolución: Finalmente se instauró una paraplejía flácida sin posibilidad de intervención quirúrgica por el tamaño de la masa y el tiempo de instauración. Dada la agresividad de la patología y su mal pronóstico, la radioterapia paliativa tampoco permitió la recuperación funcional. Continúa ingresado a cargo de Hematología con mal pronóstico.

Conclusiones

En Urgencias, ante la sospecha de Síndrome de Guillain Barré, debemos realizar diagnóstico diferencial con el Síndrome de Cola de Caballo, sabiendo que la aparición de un nivel sensitivo táctil marcado o de disfunción vesical grave, deberían hacernos dudar del primer diagnóstico.

Palabras clave

Paraplegia, Polyradiculopathy, Lymphoma

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Pérdida de visión en campos periféricosRivas Román AM¹, Valladares Jiménez C², Romero Corvillo JA³¹ Médico de Familia. DA DDCU Bahía de Cádiz - La Janda. Cádiz² Médico de Familia. SCCU Hospital Universitario Puerto Real. Cádiz³ Enfermero. DCCU Puerto Real. Cádiz**Ámbito del caso**

Urgencias hospitalarias.

aumento de la velocidad sin estenosis significativa.

Motivo de la consulta

Pérdida de visión en campos periféricos de ambos ojos.

Enfoque familiar y comunitario: El paciente convive con familia funcional y es trabajador de empresa aeronáutica.**Historia Clínica**

Varón de 57 años, acude al Servicio de Urgencias por pérdida de visión en campos periféricos de ambos ojos, de aparición aguda hace menos de 24 horas acompañada de cefalea holocraneal.

Juicio clínico: Meningioma supraselar con compromiso del campo visual.*Enfoque individual. Antecedentes personales:* No RAMc. Hipertensión intraocular en tratamiento con latanoprost colirio cada 12 horas.*Diagnóstico diferencial:* Adenoma hipofisario. Meningioma. Glaucoma agudo.*Exploración y Pruebas complementarias:* Oftalmología: Agudeza visual con su corrección 1//1. Movimientos oculares conservados. BMC: Buena profundidad de cámara anterior, córneas delustradas con algún leucoma en OD, no hiperemia, tyndall (-). Campos visuales por confrontación similar al explorador. *Analítica:* Prolactina 23, sin otros hallazgos a destacar. TAC sin contraste IV de cráneo: Lesión nodular en región hipofisaria, en probable relación con macroadenoma hipofisario. Se recomienda RM de cráneo. RMN de silla turca: Lesión supraselar que impresiona como primera posibilidad de meningioma supraselar. La glándula hipofisaria no demuestra alteraciones en su localización, tamaño e intensidad de señal. Ecodoppler de troncos supraaórticos: placas de ateromas en inicio de ambas arterias carótidas internas, en la derecha provoca*Tratamiento, planes de actuación:* El paciente queda ingresado a cargo de neurología y consultado con Neurocirugía de hospital de referencia, indican cita y seguimiento por su servicio.*Evolución:* Se encuentra estable pendiente de intervención.**Conclusiones**

Los meningiomas son por lo general tumores benignos, de lento crecimiento, originados en las células meningoteliales que se hallan en la membrana aracnoidea. Los síntomas y signos que presentan los pacientes con meningiomas supraselares son: alteraciones visuales por compresión de los nervios y quiasma óptico (disminución de la agudeza visual, amaurosis, defectos campimétricos), cefaleas, déficit de pares craneales, hemiparesia y alteraciones mentales, de la marcha o esfinterianos.

Palabras clave

Meningioma, Glaucoma

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Hipertrasaminasemia elevada con aumento de GGT más de 1000 en paciente jovenDe la Cerda Montes de Oca P¹, Vílchez Jaimez M², Mostazo Torres J³¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Roque. Cádiz² Médico de Familia. CS Tarifa. Cádiz³ Aparato Digestivo. Hospital La Línea de la Concepción. Cádiz**Ámbito del caso**

Mixto.

Motivo de la consulta

Astenia.

Historia Clínica

Paciente de 25 años. NAMC. No transfusiones ni tatuajes. No IQx. Sin tratamiento habitual. Acude a consulta por astenia de meses de evolución, no fiebre ni otros síntomas asociados. Se realiza analítica general donde se evidencia GOT 68, GPT 151, FA 416, GGT 716. Coagulación y hemograma sin alteraciones. Se realiza estudio viral siendo negativo para VEB, CMV, hepatitis A, B, y C. VIH negativo. Se deriva a digestivo para estudio. Se realiza ecografía sin alteraciones. Colangio RMN completamente normal. Ecoendoscopia para ver vía biliar sin alteraciones. Estudio autoinmunidad: negativo ANA, AMA, Anti-LKM, siendo AML positivo 1/40. Biopsia hepática: parénquima hepático arquitecturalmente conservado con mínimas alteraciones no relevantes: ligera congestión de distribución preferente perivenosa central. Control AS: BT 0.82, GGT 994, AST 152, ALT 238, FA 510. Iniciamos tratamiento con ursobilane 500 mg/12horas sospechando Colangitis Esclerosante Primaria.

Enfoque individual: Trabaja de repartidor, realiza ejercicio de forma habitual, no hábitos tóxicos.

Enfoque familiar y comunitario: Vive con sus padres, no suele acudir a consulta de atención Primaria.

Juicio clínico: CColangitis Esclerosante Primaria.

Diagnóstico diferencial. Patología biliar. Hepatitis autoinmune. CBP.

Tratamiento, planes de actuación: Ursobilane 500 cada 12 horas.

Evolución: Mejoría analítica a los 6 meses: AS: BT0.72, GGT 152, AST 56, ALT 73, FA 130. Clínicamente asintomático.

Conclusiones

La alteración de las enzimas hepáticas constituye una anomalía frecuente en atención Primaria. Éstas en gran parte de los casos constituyen un hallazgo casual en pacientes asintomáticos o asociados a síntomas inespecíficos. Con este caso clínico queremos destacar la importancia que tiene realizar estudios complementarios en pacientes con alteración del perfil hepático mantenido. La CEP es una enfermedad colestásica crónica, de etiología desconocida caracterizada por una inflamación con fibrosis y obliteración de las vías biliares intrahepáticas y extrahepáticas que puede ser asintomática inicialmente y conducir a cirrosis biliar. Se manifiesta alrededor de los 40 años, más frecuentemente en varones y se asocia a colitis ulcerosa en la mayoría de los casos. El tratamiento inicial es con Ácido ursodeoxicólico, si no se controla tratamiento inmunosupresor. Tras una media de 10-15 años desde el diagnóstico de la enfermedad en la mayoría de los casos requieren trasplante hepático.

Palabras clave

Colestasis, Colangitis Esclerosante Primaria

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

¡Doctor, no veo!Díaz Sánchez MM¹, Muñoz Bolívar CL², Mateo Cárdenas A³¹ Médico de Familia. CS Ntra S^a Oliva. Alcalá de Guadaíra, Sevilla² Médico de Familia. CS Ntra S^a Las Nieves. Los Palacios y Villafranca. Sevilla³ Médico de Familia. CS San Isidro. Los Palacios y Villafranca. Sevilla**Ámbito del caso**

Atención Primaria, Oftalmología, Neurología.

Motivo de la consulta

Pérdida de visión progresiva.

Historia Clínica

Varón de 53 años que consulta por pérdida progresiva de visión, principalmente nocturna, lo que le ha ocasionado múltiples caídas. Esta pérdida de visión se acompaña de cefalea holocraneal de aproximadamente una hora de duración, sin náuseas ni vómitos asociados, que no interrumpe el descanso nocturno y que se alivia parcialmente con antiinflamatorios. Desde Atención Primaria se decide derivación reglada para valoración por parte de Oftalmología y Neurología.

Enfoque individual: No reacciones adversas medicamentosas. No hábitos tóxicos. Sin factores de riesgo cardiovascular. No realiza tratamiento habitual.

A la exploración, buen estado general. Ligeramente ansioso. Exploración neurológica: Pupilas isocóricas y normorreactivas a la luz. Movimientos de la musculatura extrínseca ocular normales. No diplopía. Exploración oftalmológica: Agudeza visual en ojo derecho 1/2, ojo izquierdo 1/3. Presión intraocular ojo derecho 14 mmHg, ojo izquierdo 17mmHg. Córnea transparente, cámara anterior profunda. Fluotest negativo. Fondo de ojo (bajo dilatación): Papilas con cierta palidez. Retina aplicada en cuatro cuadrantes, con retinosis pigmentaria de ambos ojos. Angio-OCT: Compatible con retinosis pigmentaria avanzada. Campimetría: Afectación severa, manteniendo únicamente visión residual

central inferior a 10 grados en ambos ojos. TC craneal: sin hallazgos.

Enfoque familiar y comunitario: Sin antecedentes familiares de interés. Niega acontecimientos vitales estresantes, salvo enfermedad actual. Ciclo vital familiar II.

Juicio clínico: Retinosis pigmentaria avanzada. Dentro del diagnóstico diferencial debemos incluir aquellas patología que provocan pérdida progresiva de visión: glaucoma crónico de ángulo abierto, cataratas, degeneración macular asociada a la edad, retinopatía diabética, neuropatía óptica...

Tratamiento, planes de actuación: Se deriva al paciente a Centro de Referencia para realización de estudio genético familiar.

Evolución: Actualmente, se mantiene estable, sin avance de la pérdida de visión.

Conclusiones

La retinosis pigmentaria se trata de una enfermedad de origen genético y carácter degenerativo, consistente en una pérdida progresiva de conos y bastones. Afecta principalmente a varones y constituye la primera causa genética de ceguera en adultos. El síntoma principal es una disminución lenta pero progresiva de la agudeza visual que en las primeras etapas afecta predominantemente a la visión nocturna y al campo periférico. Ante su sospecha debemos derivar de inmediato al paciente a Oftalmología e iniciar un estudio genético familiar.

Palabras clave

Retinopathies, Pigmentary

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

La molestia de larga evolución no siempre es banalMateo Cárdenas A¹, Muñoz Bolívar CL², Díaz Sánchez MM³¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Isidro. Los Palacios. Sevilla² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Las Nieves. Los Palacios. Sevilla³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Oliva. Alcalá de Guadaíra. Sevilla**Ámbito del caso**

Atención Primaria, Oncología y Hematología.

Motivo de la consulta

Molestias en hipocondrio izquierdo, anemia y astenia de 3 meses de evolución.

Historia Clínica

Mujer de 51 años sin antecedentes de interés que consultó por molestias en hipocondrio izquierdo, astenia y pérdida de peso de 5 kilogramos en los últimos 3 meses. No realizó viajes recientes. No tuvo traumatismos previos. No padeció infecciones recientes.

Enfoque individual: No alergias medicamentosas conocidas. No fumadora. Bebedora social. Sin factores de riesgo cardiovascular.

A la exploración, excelente estado general, normocoloración de piel y mucosas y eupneica en reposo. Tensión arterial 120/80 mmHg. Exploración abdominal: abdomen blando y depresible, con molestias a la palpación en hipocondrio izquierdo, esplenomegalia de 10 traveses de dedo, sin signos de peritonismo. En ecografía de abdomen se evidenció esplenomegalia de 21 centímetros en su eje mayor. En analítica sanguínea destacó una pancitopenia ligera, con anemia microcítica hipocroma. Se realizó esplenectomía y se enviaron muestras a Anatomía Patológica para estudio.

Enfoque familiar y comunitario: Sin antecedentes familiares de interés. Niega acontecimientos vitales estresantes. Se hace imprescindible formar a la paciente en cuestión respecto a su patología, y al resto de pacientes si lo demandan directa o indirectamente, puesto que nuestra paciente presentaba también un síndrome constitucional, y éste no suele acompañar a las molestias abdominales que son tan frecuentes en la población. El hecho de que la misma paciente

tenga toda la información, hace que pueda ser referente en su comunidad facilitando así el acceso a la información de la población (en la que cada vez va siendo más alta la incidencia de neoplasias) de forma directa.

Juicio clínico: Linfoma linfocítico de localización esplénica.

En el diagnóstico diferencial se deben considerar enfermedades que pueden producir esplenomegalia, como anemia hemolítica, enfermedades mieloproliferativas, linfoproliferativas, hepatitis, cirrosis, SIDA, toxoplasmosis, infección por Citomegalovirus o mononucleosis infecciosa.

El principal problema en este caso es el largo periodo de tiempo que puede transcurrir hasta llegar al diagnóstico (superior a un año).

Tratamiento, planes de actuación: Además de la esplenectomía que se realizó, se siguió a la paciente con controles analíticos cada 3 meses y pruebas de imagen como la Tomografía Computerizada toraco-Abdominal cada 12-18 meses.

Evolución: La paciente se recuperó de la anemia y permaneció asintomática en todas las revisiones.

Conclusiones

Ante un paciente con ligeras molestias en abdomen y anemia de origen no filiado mantenidos en el tiempo, resulta fundamental filiar precozmente el origen de dicha sintomatología, dado que podrían estar pasándose desapercibidas enfermedades tan graves como el Linfoma de Hodgkin o la leucemia.

Palabras clave

Splénomegaly, Hypersplenism, Lymphoma

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Crepitantes en cuelloNaranjo Muñoz C¹, Juliá Flores JJ², Piña Cachadiña JM³¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Loreto. Cádiz² Médico de Familia. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz³ Médico Internista. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz**Ámbito del caso**

Atención Primaria y hospitalaria.

Motivo de la consulta

Dolor cervical.

Historia Clínica

Varón de 35 años que acude a su Médico de Atención Primaria por dolor en zona cervical y parte superior del tórax de dos días de evolución sin otros síntomas añadidos. No traumatismo en la zona ni esfuerzo físico, aunque sí refiere sobreesfuerzo de la voz días previos (ensayo chirigota de carnaval). A la exploración destaca crepitación de partes blandas en la zona del cuello por lo que se decide derivación a Urgencias Hospitalarias para realización de pruebas complementarias.

Enfoque individual. Antecedentes personales: Sin interés. Radiografía tórax: destacan un enfisema subcutáneo y un neumomediastino.

Enfoque familiar y comunitario: Familia nuclear en la etapa I (nido sin usar), fase centrípeta del Ciclo Vital Familiar (familia normofuncional).

Juicio clínico: Neumomediastino espontáneo.

Diagnóstico diferencial: Contractura cervical, costilla cervical, enfermedades reumatológicas, espondilodiscitis, artrosis cervical, fracturas vertebrales, metástasis, enfermedad de paget, cefalea tensional.

Identificación de problemas: Al ser un motivo de consulta frecuente y banal podría haberse encasillado fácilmente en contractura cervical e

incluso no haberlo explorado por la frecuencia de dicha patología, obviando la posibilidad de patología grave.

Tratamiento, planes de actuación: Se dio de alta al paciente por estabilidad clínica con analgésicos y relajantes, realizando control radiológico por su médico de Atención Primaria para corroborar resolución del cuadro.

Evolución: Favorable.

Conclusiones

El neumomediastino se define por la presencia de aire o gas en el mediastino. Su etiología puede ser Primaria (espontáneo) o secundaria (traumático). El síntoma más frecuente de presentación es el dolor torácico (27%). En cuanto a los signos semiológicos, no destaca ninguno por su elevada frecuencia. Muy infrecuente es la recogida del signo de Hamman (5%). Entre las pruebas complementarias la analítica no suele ser útil por ser anodina. El diagnóstico se realiza por radiología simple de tórax, sin necesidad de recurrir a más pruebas de imagen. El seguimiento del proceso, hasta su resolución, también se hace por radiología simple. La aplicabilidad de este caso para la Medicina Familiar y Comunitaria se basa en la importancia de realizar una buena exploración clínica para no pasar por alto síntomas que pueden parecerse banales en un principio y así poder hacer un buen diagnóstico clínico.

Palabras clave

Neck Pain, Subcutaneous Emphysema, Mediastinal Emphysema

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Síndrome anémico en paciente valvulópataFlaquer Antúnez MD¹, Jiménez Ruiz A¹, Ruiz Oliva M³¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Trinidad Jesús Cautivo. Málaga² MIR Anestesiología y Reanimación. Hospital Regional Universitario. Málaga**Ámbito del caso**

Atención hospitalaria (Urgencias).

Motivo de la consulta

Astenia y disnea que ha empeorado en los últimos cinco días.

Historia Clínica

Varón 67 años, con clínica de astenia y disnea de un mes de evolución que ha empeorado en los últimos días. Además refiere orinas oscuras y notarse piel y escleróticas amarillentas. Ha presentado un pico de 37.5^o sin foco aparente.

Enfoque individual. Antecedentes personales: HTA, dislipemia. Portador de válvula mitral mecánica por cardiopatía reumática. Insuficiencia aórtica leve-moderada con función sitólica conservada. FA permanente anticoagulada con sintrom. Portador de marcapasos definitivo VVI por síndrome bradi-taquicardia. Enfermedad renal crónica. EF: consciente, orientado y colaborador, hemodinámicamente estable, eupneico en reposo, Sat basal 98%, no ingurgitación yugular, ictericia de piel, mucosas y conjuntivas. ACR: Tonos rítmicos con clip protésico. Soplo sistólico II/IV. MVC. Abdomen blando y depresible no doloroso sin signos de defensa. PPRB negativa. MMII: no edemas.

Pruebas complementarias: AS: destaca HB 10,3 g/dL, VCM 89fL, no leucocitosis ni neutrofilia, INR 3,31, Cr 1,91mg/dL, FG 35, iones normales, BT 3,38mg/dL, GGT 100U/L, lipasa 886, PCR 9, Trop I 0, 114. Eco abdominal: colelitiasis como único hallazgo significativo. Al descartar patología abdominal urgente y dados los antecedentes del paciente, se amplía analítica con LDH con resultado 2060U/L y segunda determinación troponinas no significativa. Se solicita valoración por cardiología para

Ecocardiografía de Urgencias en la que se observa prótesis mitral normofuncionante, sin poder descartar deshicencias o leaks perivalvular. Ingresa a cargo de Cardiología para completar estudio. Durante su ingreso, se realiza analítica completa con marcadores de hepatitis y proteinograma sin alteraciones, también Coombs directo que resulta negativo. Se realiza ETE que confirma deshicencia mitral amplia con dos zonas de leak.

Enfoque familiar y comunitario: Sin antecedentes familiares ni personales similares conocidos.

Juicio clínico: Anemia hemolítica en paciente portador de prótesis mitral.

Diagnóstico diferencial: con otras causas de hemólisis intravascular adquirida (defectos microvasculatura, alteraciones flujo sanguíneo).

Tratamiento, planes de actuación: Cierre leak valvular mediante cirugía percutánea.

Evolución: Postoperatorio adecuado y sin incidencias.

Conclusiones

En el diagnóstico diferencial del síndrome anémico en pacientes intervenidos de reparación o recambio de prótesis valvular, debemos no pasar por alto la posibilidad de la hemólisis. Para ello, tanto la anamnesis como la exploración física, así como la evaluación cardiológica serán herramientas fundamentales.

Palabras clave

Anemia, Hemolysis, Jaundice

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Cuando la clínica mandaCandón Ballester M¹, Moreno Rubiales A², Bejarano Benítez M³¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Ronda Histórica. Sevilla³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Alamillo. Sevilla**Ámbito del caso**

Atención Primaria y hospitalaria.

Motivo de la consulta

Dolor en pierna y disnea.

Historia Clínica

Mujer gestante de 37 semanas. No alergias medicamentosas. Niega hábitos tóxicos. Trastorno obsesivo-compulsivo en seguimiento por Psiquiatría. No realiza tratamiento debido al contexto de gestación. Consulta en su CS por dolor en miembro inferior derecho (MID) y aumento de su disnea habitual en los 2 últimos días. Acudió a urgencias hospitalarias hace menos de 24 horas. Juicio clínico al alta probable Trombosis Venosa Profunda (TVP) y tratamiento con enoxaparina a dosis terapéuticas (Dímeros D normales).

Exploración: Buen estado general. Tensión arterial: 140/70 mmHg. Saturación basal de oxígeno 97%. Frecuencia cardíaca: 106 latidos por minuto (lpm). Auscultación cardiopulmonar normal. MID: aumento del perímetro con respecto al contralateral. Edema con fóvea que no permite palpar pulsos. Aumento de la temperatura y empastamiento gemelar.

Enfoque individual: Se deriva a Urgencias Hospitalarias para descartar Tromboembolismo pulmonar (TEP) y confirmar TVP.

Pruebas complementarias: Analítica de sangre normal. Electrocardiograma: taquicardia sinusal a 120 lpm, eje normal, no alteraciones de la repolarización. Radiografía tórax: normal. EcoDoppler MID: TVP extensa desde femoral común hasta tronco tibioperoneo.

Ecocardiografía: Ventrículo derecho e izquierdo no dilatados con buena función sistólica. No se aprecian regurgitaciones valvulares.

Enfoque familiar y comunitario: Paciente con buen apoyo familiar lo que permitió que acudiese a su CS realizándose un diagnóstico y derivación hospitalaria precoz.

Juicio clínico: Se decide pase a planta de Medicina Interna (MI), para continuar diagnóstico de TEP mediante gammagrafía y tratamiento anticoagulante, se contacta con Ginecología para monitorización fetal, donde se evidencia inicio de trabajo de parto, que finalmente se produjo por vía vaginal. Dado que la paciente continua disneica se realiza Angio-TAC que confirmó TEP bilateral, trasladándose a la Unidad de Cuidados Intensivos.

Tratamiento, planes de actuación: Anticoagulación según trombólisis. Medias elásticas de compresión. Revisión en consultas de MI, plantear estudio de trombofilia.

Evolución: Favorable.

Conclusiones

La sintomatología del TEP es algo inespecífica y hay que tenerlo en mente para poder diagnosticarlo. En este caso, pese a pruebas analíticas normales, la clínica supuso mayor peso en el juicio clínico, lo que permitió que la madre y el recién nacido tuviesen una buena evolución.

Palabras clave

Pulmonary embolism, Dyspnea, Venous Thrombosis

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Manejo efectos secundarios quimioterapia: Atención Primaria y urgenciasRomero Mayo M¹, González Benitez L², García García R³¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Doctores-Salvador Caballero. Granada² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Zaidin Sur. Granada³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Zubia. Granada**Ámbito del caso**

Urgencias hospitalarias.

Motivo de la consulta

Inflamación dolorosa de manos y pies.

Historia Clínica

Mujer de 59 años que acude a Urgencias por dolor, quemazón y enrojecimiento progresivo en palmas y planta de los pies.

Enfoque individual: La paciente presenta como antecedente un Cáncer de Mama en estadio avanzado, hace 2 meses cambió de tratamiento y comenzó con Capecitabina oral. Desde hace unas 3 semanas presenta enrojecimiento, tirantez en las palmas de las manos y que desde hace unos días esta clínica también está presente en los pies. Refiere disestesias y sensación de estar caminando como en la playa.

En la exploración destaca importante dolor al tacto, eritema, descamación gruesa y fisuras, destaca como las manos no las puede usar correctamente. El resto de la exploración física sistemática es anodina.

Enfoque familiar y comunitario: La paciente y familia están preocupados porque los síntomas que presentan están comenzando a invalidarla para las actividades de la vida diaria, que hasta entonces a pesar de su enfermedad no se había visto limitada. Familia amplia con buen apoyo familiar.

Juicio clínico: Eritrodisestesia palmo-plantar (síndrome mano-pie).

Diagnóstico diferencial: con dermatitis de contacto irritativa, dermatitis de contacto alérgica, infección vírica, enfermedad de injerto contra huésped.

Tratamiento, planes de actuación: El tratamiento se basa en medidas higiénicas (limitar el uso de agua caliente, evitar productos químicos, uso de cremas hidratantes), corticoides tanto tópicos como orales, analgésicos habituales y según el grado suspender el anti quimioterápico. En este caso, al encontrarse en fase de descanso del uso de Capecitabina, se recomendó no comenzar nuevo ciclo hasta consulta con especialista.

Evolución: Se decidió suspender el tratamiento quimioterápico y presentó mejoría clínica en 2-3 semanas.

Conclusiones

Desde atención Primaria, muchos de nuestros pacientes reciben quimioterápicos. Conocer los efectos secundarios más prevalentes, así como sus posibles tratamientos. En el caso de la eritrodisestesia palmo-plantar, cuyo diagnóstico es clínico y su tratamiento y prevención se puede resolver en nuestro medio, es necesario reconocer los fármacos anti quimioterápicos que lo provocan, para evitar una posible incapacidad para usar las manos o caminar.

Palabras clave

Capecitabine, Síndrome Mano-Pie

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Lumbalgia y cogera en paciente con enfermedad de CrohnDe la Cerda Montes de Oca P¹, Vilchez Jaimez M², Mostazo Torres J³¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Roque. Cádiz² Médico de Familia. CS Tarifa. Cádiz³ Aparato Digestivo. Hospital La Línea de la Concepción. Cádiz**Ámbito del caso**

Mixto.

Motivo de la consulta

Cojera y lumbalgia.

Historia Clínica

Paciente de 34 años. No alergias a medicamentos conocidos. Enfermedad de Crohn de larga evolución con afectación ileocecal en tratamiento con azatioprina. Acude a urgencias por dolor lumbar irradiado a miembro inferior derecho, refiere que ha estado limpiando todo el garaje y desde entonces esta algo peor, se realizar rx abdomen sin observar alteraciones, y rx lumbar normal.

A la exploración presenta dolor a la extensión de la pierna derecha. Se pauta tratamiento analgésico, AINES, IBP y Diacepam 5mg, y es dado de alta. A los 3 días acude de nuevo por que apenas puede moverse, y desde esta mañana esta con fiebre de hasta 39°C. Se realiza analítica urgente donde se observa 17000 leucocitos (87%N), TP 73%, PCR 143. A la exploración destaca inmovilización de MID, Dolor intenso a la palpación de FID. Se solicita ecografía abdomen donde se observa engrosamiento de íleon distal y gran absceso a nivel del musculo psoas derecho de al menos 5 cm. Se inicia tratamiento antibiótico y se cursa ingreso. A los 5 días persiste absceso de mismo tamaño hasta que se procede al drenaje radiológico.

Enfoque individual: Barrendero.

Enfoque familiar y comunitario: Casado con 2 hijas. Sigue regularmente las consultas con su digestivo. Y ocasionalmente acude a su médico de Atención Primaria.

Juicio clínico: Absceso psoas secundario a fistula ileal en paciente con enfermedad de Crohn.

Diagnóstico diferencial: Lumbalgia. Lumbociatalgia. Lesión cadera.

Tratamiento, planes de actuación: Tratamiento antibiótico y drenaje percutáneo.

Evolución: Tras drenaje percutáneo, inicio de tratamiento antibiótico, e intensificación de la medicación para enfermedad de Crohn el paciente se recupera totalmente y es dado de alta.

Conclusiones

Todo paciente Enfermo de Crohn que inicie con sintomatología inespecífica debe ser valorado por un posible absceso de psoas, en el cual deben ser realizadosestudios como lo son hemograma completo, ultrasonido de abdomen y TAC. De tratarse de un absceso, éste debe ser manejado de la manera más rápida y eficaz, con tratamiento antibiótico empírico y drenaje oportuno, ya sea percutáneo o quirúrgico; todo esto para un mejor desenlace de la patología y una pronta mejoría del paciente.

Palabras clave

Enfermedad Crohn, Absceso Psoas, Lumbalgia

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Ferropenia de años de evolución en paciente de 32 años

De la Cerda Montes de Oca P¹, Vilchez Jaimez M², Mostazo Torres J³

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Roque. Cádiz

² Médico de Familia. CS Tarifa. Cádiz

³ Aparato Digestivo. Hospital La Línea de la Concepción. Cádiz

Ámbito del caso

Mixto.

Motivo de la consulta

Astenia de larga evolución.

Historia Clínica

Paciente de 32 años. NAMC. Intolerancia a la codeína. No intervenciones quirúrgicas. No tratamiento habitual. Toma de Fe oral ocasionalmente.

Acude desde años por astenia, sin otros síntomas a destacar. En analítica destaca HB 11,3, VCM 81, Ferritina 8, la paciente ha sido valorada por ginecología sin alteraciones, se inició anticonceptivos orales para disminuir menstruación sin mejoría en los síntomas ni mejoría en la analítica. Se realizó estudio de SOH x 3 siendo negativo en las tres muestras. Se inicia tratamiento con Fe oral con mejoría parcial. Después de años de evolución se derivó a consulta de digestivo por epigastralgia de meses de evolución, en digestivo solicitan analítica con ac celiacía y EGD. Egd resulta normal. Y analítica ac antitrasglutaminasa 39. Se solicita Gastroscoopia con biopsias duodenales. AP; atrofia vellocitaria leve con aumento de eosinófilos intracelulares compatible con enfermedad celiaca. Se inicia dieta con dieta exenta de gluten con mejoría clínica y analítica en menos de 2 meses.

Enfoque individual: Profesora.

Enfoque familiar y comunitario: Casada con 1 hijo. Acude desde hace años por astenia y ferropenia.

Juicio clínico: Ferropenia de larga evolución en relación con Enfermedad Celiaca pausintomática. Sangrado de origen oculto. Perdidas de origen ginecológico.

Tratamiento, planes de actuación: Fe oral. Dieta sin gluten.

Evolución: Tras la retirada del gluten de la dieta presenta mejoría analítica con elevación de la ferritina y mejoría de la astenia. Refiere esta con más vitalidad.

Conclusiones

La enfermedad celiaca es una patología crónica del intestino Delgado causada por una intolerancia al gluten, en la que hay una lesión característica e inespecífica que conlleva una malabsorción de nutrientes y vitaminas. En el adulto es una entidad infradiagnosticada debido a sus formas atípicas. Es fundamental realizar un diagnóstico precoz, pues la dieta exenta de gluten previene las complicaciones a largo plazo como el linfoma T intestinal y otras neoplasias digestivas, disminuyendo la mortalidad.

Palabras clave

Celiacía, Ferropenia, Astenia

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

"Doctora, mi hija no es así"

Valenzuela Cortés M, Hercberg Moreno M, González Márquez E

*MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Loreto Puntales. Cádiz***Ámbito del caso**

Urgencias hospitalarias.

Motivo de la consulta

Varios episodios de cefalea con trastornos del comportamiento.

Historia Clínica

Paciente de 21 años que presenta dos episodios de cefalea opresiva, acúfenos, cambios en el comportamiento y conducta; por los que acude a Urgencias.

El primer episodio se inicia con cefalea intensa, malestar general y pérdida del control de esfínteres, así como dificultad para hablar y episodio de vértigo, con giro de objetos. En Urgencias torna a agresividad, sus familiares refieren que nunca se ha comportado así antes. Tras el episodio, la paciente no recuerda nada de lo sucedido. Unos días más tarde, presenta nuevo episodio de cefalea intensa, opresiva, esta vez sin alteraciones del comportamiento. En ambos, la exploración neurológica resulta anodina, sin encontrar signos de focalidad que justifiquen el cuadro. Se realiza analítica, sistemática de orina, tóxicos en orina y TAC craneal, sin hallazgos de interés en ninguna de las pruebas. Ante los hechos, y la sintomatología de la paciente, se decide ingreso a cargo de neurología, realizándose RMN Craneal y punción lumbar para obtención de Líquido Ceforraquídeo, ambas pruebas sin hallazgos. Se realiza entonces Electroencefalograma con privación del sueño, observándose trazado con signos de leve alteración eléctrica cerebral frontal con predominio hemisferio derecho, anomalías de tipo paroxístico no críticas.

Enfoque individual: Síndrome de Ovario Poliquístico en tratamiento con Anticonceptivo hormonal oral.

Enfoque familiar y comunitario: Estudiante de Enfermería. Vive con sus padres, núcleo familiar estable. Nivel socio-económico alto.

Juicio clínico: Debut Epilepsia.

Diagnóstico diferencial: Estatus Migrñoso. Hemorragia Subaracnoidea. Enfermedades infecciosas. Tumor cerebral. Trastorno conversivo. Trastorno de la personalidad.

Tratamiento, planes de actuación: Se instaura tratamiento con fármacos Antiepilepticos: Oxcarbacepina 300 mg cada 12 horas. Seguimiento por Neurología

Evolución: Actualmente la paciente se encuentra asintomática y no se han vuelto a producir nuevas crisis.

Conclusiones

Ante la aparición de síntomas poco comunes en el debut de una patología, debemos tener en cuenta otros factores; este caso nos demuestra que en Medicina no existen los "siempre/nunca" y hay formas atípicas que tener presentes, pues gracias a la información que nos proporcionan los familiares, a pesar de la exploración anodina, se decide estudio de la paciente llegando a diagnóstico concluyente.

Palabras clave

Headache, Epilepsy

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Ante una diplejía facial, investigar la causaCalero Rojas MT¹, Muñoz Romero E¹, González López de Gamarra S²¹ Médico de Familia. Urgencias Hospital de Montilla. Córdoba² Médico de Familia. Hospital de Montilla. Córdoba**Ámbito del caso**

Urgencias de hospital comarcal.

Motivo de la consulta

Parálisis facial.

Historia Clínica

Varón de 24 años que refiere episodios de parálisis facial unilateral desde hace 5 meses sin otra sintomatología acompañante. Derivado por su médico de Atención Primaria por tercer episodio de inicio hace una semana, de parálisis facial derecha que no mejora con aciclovir y prednisona y desde hace unas horas también parálisis facial izquierda. No rigidez de nuca, signos meníngeos negativos. Glasgow 15, pupila derecha midriática poco reactiva y la izquierda media con reactividad lenta, cara inexpresiva con desaparición de pliegues frontales y nasogenianos bilaterales, signo de Bell bilateral, resto de exploración normal. TAC craneal sin alteraciones. Posteriormente, durante su ingreso, el paciente recordó episodio hace 4 años y 1 año de lesiones eritemato-pustulosas en zona genital a las que no dio importancia.

Enfoque individual: Ante una parálisis facial que alarma por ser recidivante, con escasa respuesta a tratamiento y bilateral, lo derivan a urgencias.

Enfoque familiar y comunitario: Dificil seguimiento al ser un estudiante que vive fuera de la localidad donde tiene su médico de familia.

Juicio clínico: Inicialmente el juicio clínico es diplejía facial a estudio y se realiza diagnóstico diferencial con: Cuadro miasteriforme, Guillén Barré, cuadro miopático y esclerosis múltiple. Posteriormente, tras evolución del proceso ya

se sospecha causa infecciosa y al conocer resultado de pruebas complementarias se diagnostica de Neurosífilis e infección por VIH.

Tratamiento, planes de actuación: Se deriva a urgencias del hospital de referencia para valoración por neurólogo.

Evolución:

Tras interconsulta a oftalmólogo se diagnostica de pupila tónica de Adie en ojo derecho. Durante la primera noche presenta fiebre y rigidez nuchal, se cursan hemocultivos y se realiza punción lumbar, aislamiento del paciente y tratamiento empírico de meningitis bacteriana además de aciclovir y dexametasona IV. Informan de VDRL positivo en LCR y se instaura tratamiento con penicilina IV. Se confirma con inmunología VIH positivo. Se instaura tratamiento antirretroviral y seguimiento en consulta de enfermedades infecciosas con diagnóstico de infección por VIH y Neurosífilis.

Conclusiones

Al surgir la pandemia del VIH ha aumentado la prevalencia de sífilis. En estos pacientes el diagnóstico es especialmente difícil de realizar, debido a que simulan otras patologías y tienen una progresión más precipitada que en otros enfermos, además los pacientes con VIH son más propensos a desarrollar neurosífilis. Nosotros, como médicos de familia, ante una parálisis facial recidivante o bilateral debemos de pensar en diagnóstico alternativo a la parálisis facial idiopática y solicitar valoración por neurólogo.

Palabras clave

Diplejía, Facial, Neurosífilis

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

No todo es lo que pareceHernández Marín F¹, Boiza Molina N², Morato Lorenzo L³¹ CS Rodríguez Arias. San Fernando (Cádiz)² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San José. Linares (Jaén)³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Rodríguez Arias. San Fernando (Cádiz)**Ámbito del caso**

Servicio Hospitalario de Urgencias.

Motivo de la consulta

Desviación de la comisura labial y pérdida de fuerza.

Historia Clínica

Mujer de 17 años con parálisis facial periférica (desviación de la comisura labial hacia la derecha) de una 2 semanas de evolución que no mejora a pesar de estar realizando tratamiento con corticoides a dosis óptimas y que acude porque ha comenzado a presentar debilidad del miembro superior izquierdo. Es la primera vez que le sucede. Comenta que en estas últimas 2 semanas presenta un alto nivel de estrés que, en un principio, asocia al hecho de estar con la parálisis.

Exploración: Afebril, Buen estado general, consciente, orientada, colaboradora, eupneica en reposo, normocoloreada. Neurológica: desviación de la comisura labial hacia la izquierda, sin alteraciones disminución de la fuerza del MSI, sin alteraciones de la sensibilidad.

Pruebas complementarias: TAC craneal: sin hallazgos patológicos Bioquímica: normal Hemograma: normal.

Enfoque individual: Se comienza a hablar con la paciente a solas a cerca de la incongruencia de su patología y comienza a tener episodios en los que desaparece la desviación de la comisura labial. La paciente comenta estar trabajando en una peluquería y presentar un alto nivel de estrés.

Enfoque familiar y comunitario: Se explica a sus familiares que todo puede estar originado por un aumento del estrés en los últimos días.

Juicio clínico: Trastorno conversivo vs Parálisis facial periférica.

Tratamiento, planes de actuación: En la consulta de urgencias: - Interconsulta con Neurólogo de guardia Al alta: Suspender los corticoides que previamente estaba tomando. Derivación a Salud Mental

Evolución: Desaparición de la desviación de la comisura labial tras la consulta de Salud Mental, de la que no precisó salir con tratamiento, pues dejó el trabajo (que era su factor estresante).

Conclusiones

Es muy importante realizar una buena historia clínica y una exploración neurológica completa, pues "no todo es lo que parece". Es relativamente frecuente encontrarte con este tipo de patologías que podemos pensar en un principio que se trata, por ejemplo, de un trastorno cerebro-vascular, sin fijarnos en que hay un conflicto mental de base, como puede ser: estrés, depresión, ansiedad, etc. Es muy importante diferenciarlo y saber realizar una buena exploración física para ver las incongruencias que presentan este tipo de pacientes con trastorno conversivo.

Palabras clave

Parálisis Facial, Trastorno Conversivo

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Fiebre sin foco, ¿seguro que es virasis?Bejarano Benítez M¹, Álvarez Villegas ML², Navarro Domínguez M³¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Alamillo. Sevilla² Médico de Familia. CS Alamillo. Sevilla³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Mercedes Navarro. Sevilla**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

Motivo de la consulta

Fiebre.

Historia Clínica

Paciente varón de 54 años, camionero de profesión, con único antecedente personal de diabetes mellitus (mal controlado) que acude a la consulta de atención Primaria por fiebre de 5 días de evolución. En las últimas 24 horas acudió a urgencias hospitalarias donde se dio de alta con diagnóstico de virasis. No refiere tos, odinofagia, náuseas o vómitos ni molestias urinarias. A la exploración no se encuentran hallazgos destacables por lo que se pautan antitérmicos y se recomienda observación domiciliaria. 8 días después vuelve a consultar por fiebre de hasta 38'8°C que ha persistido desde la última visita y que se asocia a tos seca leve; aunque la exploración continua anodina.

Enfoque individual: Dada la duración de la fiebre, con un total de 13 días de evolución, sin un foco concreto, se decide actuar según el proceso de "fiebre de duración intermedia".

Pruebas complementarias: Analítica de sangre: ligera anemia, velocidad de sedimentación globular 73mm/h, glucemia 264mg/dl, creatinina y enzimas hepáticas normales, fosfatasa alcalina 244U/l, cultivo de orina negativo. Inmunodiagnóstico infeccioso para bacterias, virus y parásitos: Ac IgG e IgM en fase II para Coxiella Burneti positivo; IgG para Citomegalovirus y Virus de Epstein-Barr positivo e IgG para Toxoplasma gondii positivo.

Radiografía de tórax normal. Mantoux negativo.

Enfoque familiar y comunitario: Paciente inmigrante sudamericano que, al preguntar sobre su profesión, no especifica sobre el posible contacto con animales de granja, quizá por no contemplar la posibilidad de contagio de estos animales.

Juicio clínico: Fiebre Q (Coxiella Burneti).

Diagnóstico diferencial: rickettsiosis, brucelosis, tuberculosis.

Tratamiento, planes de actuación: De forma empírica y antes de disponer de los resultados de las pruebas complementarias se pauta Doxiciclina oral a dosis de 100 mg cada 12 horas durante 7 días, tal y como aconsejan las guías ante la sospecha de fiebre de duración intermedia.

Evolución: Favorable.

Conclusiones

Es importante tener en cuenta la posibilidad de encontrarnos ante un proceso de fiebre de duración intermedia y saber cómo afrontarlo de forma empírica, ya que las causas que pueden producirlo tienen en ocasiones a nivel sistémico consecuencias graves. Por ello, es conveniente repasar los distintos procesos recogidos por sistema andaluz de salud.

Palabras clave

Fever, Q fever, Coxiella Burnetii

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Diarrea crónica en paciente con Colitis Ulcerosa previamente bien controladaDe la Cerda Montes de Oca P¹, Vílchez Jaimez M², Mostazo Torres J³¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Roque. Cádiz² Médico de Familia. CS Tarifa. Cádiz³ Aparato Digestivo. Hospital La Línea de la Concepción. Cádiz**Ámbito del caso**

Mixto.

Motivo de la consulta

Diarrea Crónica.

Historia Clínica

NAMC. No Iqx. No enfermedades prevalentes. Proctosigmoiditis Ulcerosa con muy buen control con mesalazina oral. Revisiones en consulta de digestivo desde hace 5 años, cada 4 meses sin brotes en los últimos 3-4 años. Mezavant 2 c/día. Refiere que desde hace unos días presenta diarrea, hasta 8 deposiciones, inicialmente relaciona con GEA, pero no cede. Ya afectando a su estado genera. Solicitamos As general coprocultivo, y parásitos. Resultando ambos negativos. AS HB 9,9, VCM 76, leucocitos 10,700, plaquetas 437.000, ferritina 5, Se inicia tratamiento con tardyferon. Solicitamos valoración preferente por digestivo. Progresivamente la paciente se encuentra peor, comenzando a asociar a retortijón, mucosidad, y restos de hemo. Deposiciones que no respeta el descanso nocturno. Se aumenta a 4 compr de mezavant sin mejoría, se añade enema de mesalazina. Además se solicita analítica con calprotectina, mantoux, rx tórax, perfil viral y TPMT A los dos meses la paciente sigue mal, no ha mejorado prácticamente nada. Calprotectina 305, mantoux negativo, radiografía tórax normal, y TPMT 15,4. VHB negativo. Recomendamos vacunación. Iniciamos tratamiento con Clipper 2 comp día. Se decide realizar rectoscopia antes de iniciar el tratamiento con azatioprina. Rectosigmoidoscopia: Se recorre recto y colon hasta trasverso. A nivel rectal se observa algunas úlceras fibrinadas de pequeño tamaño con s friable al roce, solo afecta a unos 10 cm, en la medida que subimos la mucosa se va normalizando hasta el punto que a los 25 cm de la mucosa es prácticamente normal. Se toman

biopsias para histología y para microbiología para descartar CMV. *Histología*: colitis ulcerosa activa. CMV: positivo. Iniciamos tratamiento con valganciclovir 900 mg cada 12 horas durante 21 días. Tras 1 mes la paciente vuelve a recuperarse por completo y con 1 o 2 deposiciones diarias.

Enfoque individual: Profesora infantil.*Enfoque familiar y comunitario*: Casada 1 hija.

Juicio clínico: Sobreinfección por citomegalovirus en paciente con colitis ulcerosa. *Diagnóstico diferencial*: Colitis infecciosa. Brote Colitis Ulcerosa.

Tratamiento, planes de actuación: Valganciclovir 900 mg/12 horas durante 21 días.

Evolución: Tras finalizar tratamiento la paciente se recupera totalmente.

Conclusiones

En la revisión de la literatura desde 1980 se describe como existe una predisposición a la sobreinfección de citomegalovirus sobre todo en el contexto de pacientes tratados con corticoides o tratamientos inmunomoduladores. En aquellos casos en los que existe una enfermedad controlada, silente o subclínica que puede ser activada por un proceso infeccioso como el CMV que despliega el proceso inflamatorio en toda su intensidad, que se mantiene en brote y que se intenta controlar con tratamiento médico habitual sin conseguirlo, debemos pensar en esta entidad e iniciar tratamiento con valganciclovir 900 mg/24 horas durante 21 días.

Palabras clave

Colitis Ulcerosa Valganciclovir, Citomegalovirus

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Edemas persistentes. La importancia del seguimientoSamaniego Mariscal C¹, Alcarazo Fuensanta H², Candón Ballester M³¹ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Esperanza Macarena. Sevilla² MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Esperanza Macarena. Sevilla³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

Motivo de la consulta

Edemas en miembros inferiores (MMII).

Historia Clínica

Paciente de 88 años que acude a consulta por presentar edemas en MMII de días de evolución. No refiere disnea, recorte de diuresis ni otros signos de insuficiencia cardiaca. Tampoco presenta signos de trombosis venosa. A la semana, la hija nos comenta que persisten los edemas, por lo que aumentamos dosis de Furosemida 40 mg. Unos días más tarde, consultan telefónicamente y añadimos Espironolactona 25 mg. Programamos aviso a domicilio dada la escasa mejoría, a pesar de no presentar otros síntomas. A la exploración, observamos mejoría de los edemas periféricos pero se objetiva un importante aumento del perímetro abdominal, con oleada ascítica y circulación colateral, que además le ocasiona al paciente disnea de mínimos esfuerzos, por lo que acordamos que acudan a urgencias hospitalarias para realizar paracentesis evacuadora y pruebas complementarias. En la ecografía abdominal se aprecia una cirrosis hepática avanzada y una lesión nodular de 8 cm mal definida en segmento V1-2 hepático.

Enfoque individual. Antecedentes personales: HTA, obesidad, estenosis aórtica moderada, hiperplasia benigna de próstata, espondiloartrosis. No constan antecedentes ni atención en consultas externas o urgencias por patología hepática. No hábitos tóxicos.

Enfoque familiar y comunitario: Parcialmente dependiente para actividades básicas de la vida diaria. Vive con su esposa y su hija y es atendido por cuidador a tiempo parcial.

Juicio clínico: Descompensación hidrópica. Cirrosis hepática avanzada. Hepatocarcinoma en V1-2.

Tratamiento, planes de actuación: Paracentesis evacuadora. Furosemida 40 mg, espironolactona 25mg.

Evolución: Al alta iniciamos seguimiento continuado del paciente, con información en consulta a través de las hijas y acudiendo a domicilio cada semana para controlar los síntomas, el peso y el perímetro abdominal, decidiendo a los 15 días ingreso para nueva paracentesis evacuadora.

Conclusiones

Es importante realizar una exploración física completa y seguimiento, especialmente en pacientes que presentan síntomas que no evolucionan adecuadamente. Nuestro paciente, a pesar de no haber consultado previamente por dolor abdominal, ni constar antecedentes al respecto, presentaba una distensión abdominal evidente, lo que precisó el ingreso, con el diagnóstico referido al alta.

Palabras clave

Edema, Aged

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Paciente de 47 años con diarrea crónica y síndrome constitucional secundario a insuficiencia pancreática exocrina

De la Cerda Montes de Oca P¹, Vílchez Jaimez M², Mostazo Torres J³

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Roque. Cádiz

² Médico de Familia. CS Tarifa. Cádiz

³ Aparato Digestivo. Hospital La Línea de la Concepción. Cádiz

Ámbito del caso

Mixto.

Motivo de la consulta

Diarrea crónica.

Historia Clínica

Paciente de 49 años. No alergias a medicamentos conocidos. Fumador de 1 paquete diario desde los 13 años. Toma de cerveza ocasional, no diaria. No otros antecedentes personales de interés. Intervención quirúrgica: 4 intervenciones por hernia umbilical. Paciente que acude por deposiciones diarreicas de semanas de evolución, que asocia a pérdida de unos 3 kg. Solicitamos analítica general, con coprocultivo y parásitos, siendo rigurosamente normal. Damos recomendaciones dietéticas sin mejoría tras más de un mes. Por lo que derivamos a digestivo. En digestivo solicitan estudio de diarrea y colonoscopia. Estudio diarrea: calprotectina 43 (normal). PCR 2, Ac antitrasglutaminasa 0.2, curva lactosa normal. *Colonoscopia*: hasta ciego y primeros centímetros de íleon sin alteraciones. Se toman biopsias para despistaje de colitis microscópica siendo las biopsias normales tanto íleon como las colónicas. Dada la persistencia de síntomas se solicita estudio autoinmunidad, test genético de celiaquía y elastasa fecal. Estudio autoinmunidad normal, test genético celiaquía normal, y elastasa fecal 47 (normal >200). Iniciamos tratamiento con Pancreatina (lipasa, amilasa, proteasa). Mejoría inicial con cese de la diarrea y recuperación del peso en los primeros 3 meses. Solicitaron RMN pancreática para descartar patología pancreática. RMN: pancreatitis crónica.

Enfoque individual: Mecánico.

Enfoque familiar y comunitario: Casado con 2 hijos. Es la primera vez que acude a su médico de Atención Primaria.

Juicio clínico: Diarrea crónica en relación con Insuficiencia pancreática exocrina.

Diagnóstico diferencial: Cáncer colon. Intolerancia alimenticia. Colitis microscópica.

Tratamiento, planes de actuación: Iniciamos tratamiento con Pancreatina (lipasa, amilasa, proteasa) 25000 desayuno, 50.000 almuerzo, 25.000 merienda y 50.000 cena. Dejar de fumar.

Evolución: Mejoría inicial con cese de la diarrea y reparación del peso en los primeros 3 meses.

Conclusiones

La insuficiencia pancreática exocrina consiste en la incapacidad del páncreas para sintetizar la cantidad de enzimas necesarias para la adecuada digestión de los alimentos. La función exocrina del páncreas es fundamental para la vida, ya que la secreción pancreática está formada principalmente por enzimas digestivas. Estas sustancias son las encargadas de "fragmentar" o hidrolizar los componentes de la alimentación en moléculas simples para poder ser absorbidas por la mucosa intestinal. Al carecer de estas enzimas no se pueden absorber los nutrientes de manera adecuada conllevando a un déficit nutricional severo que ocasiona graves perjuicios.

Palabras clave

Insuficiencia pancreática, pancreatitis crónica, diarrea crónica

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Reacción adversa a tratamiento para el Parkinson. InfrecuenteDe la Cerda Montes de Oca P¹, Vílchez Jaimez M², Mostazo Torres J³¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Roque. Cádiz² Médico de Familia. CS Tarifa. Cádiz³ Aparato Digestivo. Hospital La Línea de la Concepción. Cádiz**Ámbito del caso**

Mixto.

Motivo de la consulta

Pirois, sensación de quemazón faríngea y sensación de asfixia.

Historia Clínica

Mujer de 63 años. No alérgica a medicamentos conocidos. No fumadora. No bebedora. Hipertensión arterial. Dislipemia. No diabetes mellitus. Insuficiencia venosa MMII. IQx: Hallux valgus, quiste ovárico ligadura de trompas. Tratamiento: venosmil, simvastatina, enalapril. Madre CCR con 80 años. Realiza colonoscopia cada 5 años. Refiere pirois intermitente que calma con omeprazol a demanda y cuidado dietético. En seguimiento por neurológica por síntomas sugerentes de Parkinson incipiente. La paciente acude a consulta por empeorar la clínica de pirois, pero le preocupa sensación de quemazón faríngeo y sensación de asfixia continua. Se inicia tratamiento con omeprazol 40 a diario. Tras 3 semanas la paciente cada vez está más sintomática. Se deriva a digestivo preferente. Realizan endoscopia digestiva alta donde se observa pequeña hernia de hiato y esofagitis péptica grado 1. Dado que persisten los síntomas y los datos de la endoscopia se decide realizar PHmetría y Manometría. Durante la espera de ser citada para dichas exploraciones, consultamos con neurología la posibilidad de retirar parche transdérmico de Rotigotina que coincide que inicio unos meses previos al inicio de los síntomas, retirándose. PHmetría negativa para reflujo patológico. Manometría trastorno motor primario leve, compatible con problemas neurológicos o estrés/ansiedad.

Enfoque individual: Ama de casa.*Enfoque familiar y comunitario:* Vive con su marido. Tiene 3 hijos y 3 nietos. Acude regularmente a consulta.*Juicio clínico:* Reacción adversa medicamentosa. Asfixia y disfagia secundaria a medicación para Parkinson.

Diagnóstico diferencial. ERGE. Esofagitis péptica. Ca esofágico.

Tratamiento, planes de actuación: Retirada de los parches transdérmico de Rotigotina.*Evolución:* Tras la retirada de los parches la paciente comienza a mejorar y a los tres meses de la retirada está completamente asintomática.**Conclusiones**

Los parches transdérmicos de rotigotina se usan para tratar los signos y síntomas de la enfermedad de Parkinson (un trastorno del sistema nervioso que dificulta el movimiento, el control de los músculos y el equilibrio), como temblor en algunas partes del cuerpo, rigidez, lentitud de movimientos y problemas de equilibrio. La rotigotina pertenece a una clase de medicamentos llamados agonistas de la dopamina. Los parches tienen numerosos efectos secundarios leves entre los de mayor importancia a destacar la dificultad para respirar o tragar, urticaria y reacción dérmica.

Palabras clave

Rotigotina, Parkinson, Asfixia

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

“Cada ¿qué?”

González López A, Blanco Rubio BC, De Francisco Montero C

¹ Médico de Familia. CS Las Palmeritas. Sevilla**Ámbito del caso**

Urgencias/Atención Hospitalaria.

Motivo de la consulta

Cefalea acompañada de focalidad neurológica.

Historia Clínica

Hipertensión arterial, dislipemia, obesidad mórbida. Trastorno neurótico-Depresivo.

Enfoque individual: Mujer, 82 años, refiere familiar episodios frecuentes (1-2 veces al mes) de dificultad para la emisión del lenguaje y desviación de la comisura bucal, así como cefalea occipital de perfil migrañoso. Deterioro cognitivo y alucinaciones. Afasia global, hemianopsia homónima derecha por amenaza, tendencia oculocefálica no forzada a la izquierda. Parálisis supranuclear derecha, hemiplejía derecha. Reflejos hipoactivos de manera global. Febril. A los pocos minutos inicia episodios encadenados de desconexión del medio y extensión e hipertonía de miembros inferiores acompañado de desviación cefálica y ocular a la izquierda que ceden tras Diazepam 5mgIV. Analítica completa sin hallazgos. Elemental de orina con abundante leucocituria. Urocultivo y Hemocultivo contaminados. Radiografía de tórax con derrame pleural bilateral leve. TAC craneal: atrofia global, leucoaraiosis, enfermedad de pequeño vaso. Electroencefalograma normal. SPECT cerebral con hiperperfusión de hemisferio izquierdo prolongada. Estudio genético positivo para enfermedad de CADASIL: portadora de mutación c.619C>T (p. Arg207Cys) en NOTCH3.

Enfoque familiar y comunitario: Su hija se muestra angustiada por la persistencia del cuadro neurológico (en otras ocasiones ha revertido en unos 30 minutos) y la aparición de

crisis comiciales acompañantes, no se había percatado de la presencia de fiebre a pesar de ser su cuidadora principal y dedicar a la paciente gran parte de su actividad diaria.

Juicio clínico: 1. Síndrome Migraña-Hemipléjica con presentación stroke-like en paciente con enfermedad de CADASIL (Demencia Vasculosa Hereditaria). Crisis parciales hemisféricas derechas en el contexto de síndrome febril (cistitis aguda). 2. Accidente cerebrovascular agudo (isquémico VS hemorrágico), cefalea no migrañosa. 3. Paciente dependiente para las actividades básicas de la vida diaria con cuadro de focalidad neurológica persistente.

Tratamiento, planes de actuación: Se administran bolos de Metilprednisolona 1gIV, Levetiracetam 1g/12h, Topiramato 50 mg/12h, Risperidona 0,25 mg/24h, así como antibioterapia empírica.

Evolución: Mejoría con tratamiento esteroideo tras ingreso en Neurología.

Conclusiones

CADASIL (Arteriopatía Dominante Cerebral Autosómica con Infartos Subcorticales y Leucoencefalopatía), es una entidad poco conocida que se caracteriza por isquemias cerebrales lacunares recurrentes. Conocer la existencia y evolución de patologías no tan frecuentes nos hace poder sospecharlas y tratarlas de una forma más precoz. Como médicos de familia debemos estar siempre dispuestos a aprender de la experiencia que nos aporta el trato con cada uno de nuestros pacientes.

Palabras clave

Migraine Disorders, Seizures, CADASIL

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Eritema multiforme secundario a Virus Herpes Simple

Olmo Navas MM, Gómez Blázquez C, Dueñas Alcalá R

Médico de Familia. UGC Alcazaba. Almería

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivo de la consulta

Erupción eritematosa pruriginosa de predominio en zonas acras, ulceraciones y vesículas bastante dolorosas en labios y mucosa nasal y oral.

Historia Clínica

Varón de 34 años de edad que consulta por erupción vesiculosa dolorosa en boca y nariz de 4 días de evolución y posteriormente aparición progresiva de lesiones eritematosas en círculos concéntricos con bordes sobreelevados y enrojecidos y halo pálido entre ellos, con aspecto " en diana ", de diferentes tamaños, en codos, dorso de antebrazo izquierdo y dedos de ambas manos, con intenso quemazón. Presenta también malestar general leve y febrícula. No otra sintomatología.

Enfoque individual: Estos episodios ocurren 3-4 veces al año, siempre con la misma forma de presentación en el tiempo.

Antecedentes personales: Pólipo laríngeo
Alergias: alimentarias y neuroalergenos

Enfoque familiar y comunitario: No antecedentes familiares de interés. No episodios similares en su entorno.

Juicio clínico: Eritema multiforme (EM) secundario a Virus Herpes Simple (VHS).

Diagnóstico diferencial: Urticaria aguda (mayor prurito); Síndrome Steven Johnson (lesiones en tórax).

Tratamiento, planes de actuación: Famciclovir (o similar): 500 mg/ 8h siete días. Corticoides vía oral (0.5 mg / kg en pauta descendente 14 días) o intramuscular (1mg / kg 3-4 días). Otros tratamientos: antihistamínicos, analgésicos, cuidados locales de piel y mucosas para evitar sobreinfecciones y cicatrices retráctiles.

Evolución: Buena evolución de las lesiones buco-nasales, no afectación dermatológica extensa ni sistémica, por lo que no precisó ingreso hospitalario con remisión hasta curación en 2 semanas.

Conclusiones

El EM es motivo frecuente de consulta dermatológica en Atención Primaria con diagnóstico clínico y posibilidad de confirmación anatomopatológica, con una incidencia superior a la estimada. Requiere un correcto diagnóstico diferencial principalmente con la urticaria aguda. La causa más frecuente son los procesos infecciosos, sobretudo el VHS seguido por el Mycoplasma Pneumoniae en edad pediátrica. Es fundamental un diagnóstico precoz que pueda evitar o aminorar la presentación del brote de EM en aquellos pacientes cuya presentación es frecuente.

Palabras clave

Erythema Multiforme, Herpes Simplex Virus

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Tumoración pulmonar con lesión expansiva. Importancia de una buena anamnesis en consulta de Atención Primaria

Ramos Martín JL, Alonso García FJ

UGC Cuevas de Almanzora. Almería

Ámbito del caso

Consulta de atención Primaria CS.

Motivo de la consulta

Mujer de 67 años que acude a consulta por dolor a nivel lumbar de varias semanas de evolución, y pérdida de peso de unos 6 kg durante este tiempo. No refiere ningún otro tipo de sintomatología añadida.

Historia Clínica

Exploración normal. Rx columna lumbar: se aprecia signos radiológicos sugerentes de osteodegeneración severa a nivel de L3. *Analítica*: Normal. Rx tórax: ICT normal, presencia de condensación apical de pulmón derecho, sin signos de derrame pleural.

Enfoque individual: Se realiza TC con contraste IV de tórax y abdomen superior ante los hallazgos y persistencia de sintomatología por parte de la paciente. Informe de TC: A nivel de tórax, presenta masa tisular heterogénea apical derecha de 34x52x44,5mm, subpleural sin infiltración ni de la VCS Ausencia de otra imagen nodular pleuro-Pulmonar de aspecto evolutivo. Ausencia de adenopatía mediastinal, axilar o de las cadenas mamarias. Los huecos supraclaviculares se encuentran libres de lesiones nodulares. Hígado de forma y tamaño normal, de densidad homogénea, sin imagen nodular de aspecto evolutivo, ni dilatación de vía biliar intrahepática. Ausencia de anomalía en vesícula biliar, páncreas, bazo, glándulas suprarrenales o riñones. Ausencia de adenopatías o adenomegalias peritoneales, retroperitoneales, o de cadenas ilíacas. Vejiga de paredes finas y regulares. Ausencia de líquido libre. Presencia de lesión expansiva, osteolítica, en L3, que afecta cuerpo vertebral, apófisis espinosa derecha y macizos articulares, de probable origen secundario.

Enfoque familiar y comunitario: La paciente acude acompañada por sus familiares, que refieren la buena calidad de vida habitual de la paciente. Independiente para todas las actividades básicas de la vida diaria. Vive con su marido en casa y habitualmente cuida de sus nietos.

Juicio clínico: Tumor pulmonar. Linfoma pulmonar primario. Neumonía adquirida en la comunidad.

Tratamiento, planes de actuación: Se solicitan marcadores tumorales en analítica de sangre. Se realiza derivación a Neumología para valorar tratamiento y plan de seguimiento.

Evolución: Durante la realización de TC de tórax y abdomen, la paciente refirió aumento de sus molestias a nivel lumbar y algo más de fatiga. La ingesta continuó siendo adecuada y no presentó limitación en sus hábitos de vida.

Conclusiones

Consideramos que debe establecerse un claro circuito asistencial en casos como el que presentamos. Es imprescindible que el médico de familia sepa cómo, cuándo y a quién derivar a sus pacientes con sospecha de cáncer. La asistencia sanitaria debería organizarse en tres niveles: atención Primaria, unidades hospitalarias y unidades especializadas. El médico de familia y los profesionales de enfermería están en una situación privilegiada, pues son quienes mejor conocen la historia personal y familiar del paciente y, por tanto, son quienes pueden identificar de manera más precoz a los sujetos con sospecha de cáncer. Es necesario que los médicos de familia estén convenientemente formados.

Palabras clave

Cáncer, Pulmonary Tumor, Metastasis

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Nunca bajas la guardiaGarcía Castillo L¹, Virlaboa Cebrián Rita M¹, Jodar Reyes M²¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Zubia. La Zubia (Granada)² Médico de Familia. CS La Zubia. La Zubia (Granada)**Ámbito del caso**

Atención Primaria (AP).

Motivo de la consulta

Vértigo.

Historia Clínica

Varón, 33 años, que acude a la consulta de AP por vértigo y diplopía.

Enfoque individual. Antecedentes personales: Fumador de 20 cigarrillos diarios. Alcohol y cannabis esporádico.*Anamnesis:* Mareo y sensación de giro de objetos (empeora con los movimientos oculares) desde hace tres días. Vómitos. A los dos días, diplopía en mirada a la derecha. No hipoacusia o tinnitus. Cervicalgia. No otra focalidad neurológica. No episodios previos. La semana anterior infección de vías respiratorias altas autolimitada. Hace tres años episodio transitorio de hipoestesia en hemicuerpo izquierdo.*Exploración:* No aducción del ojo izquierdo en la mirada conjugada a la derecha. Nistagmus corrector horizonte-rotatorio en ojo derecho. Convergencia conservada. Tándem inestable. Resto de exploración normal.*Enfoque familiar y comunitario:* Ciclo vital familiar en formación. Familia normofuncional. Adecuada red de apoyo social.*Juicio clínico:* Vértigo de origen central.*Diagnóstico diferencial:* Vértigos periféricos: Vértigo posicional paroxístico benigno, Neuronitis vestibular y Síndrome de Ménière. Vértigos Centrales: Enfermedades vasculares, tumores de fosa posterior y enfermedades desmielinizantes (Esclerosis Múltiple (EM)).*Problemas identificados:* Vértigo. Diplopía. Oftalmoplejía internuclear.*Tratamiento, planes de actuación:* Inicialmente, en Urgencias de AP, tratamiento con sedantes vestibulares y antieméticos. Acudió a la consulta de AP por no mejoría. Ante sospecha de vértigo de origen central se derivó a Urgencias Hospitalarias.*Evolución:* En Urgencias Hospitalarias se realizaron pruebas complementarias sin hallazgos. Ingresó en el Servicio de Neurología. Resonancia Magnética Nuclear con identificación de lesiones desmielinizantes y una lesión hemiprotuberancial izquierda. Punción lumbar: bandas oligoclonales Inmunoglobulina G. Se diagnosticó EM tipo Remitente-Recurrente. Evolucionó favorablemente con corticoterapia. Actualmente, asintomático y en terapia inmunomoduladora.**Conclusiones**

El paciente acudió sin cita previa a la consulta de AP. Además, ese mismo día a la misma hora, atendimos otro paciente, también sin cita, que derivamos al Hospital por sospecha de vértigo central y requirió ingreso en Neurología. La EM es el trastorno inflamatorio más común del sistema nervioso central y la segunda causa de discapacidad neurológica en adultos jóvenes. El médico de familia constituye la primera línea de atención, debiendo permanecer atento ante cualquier indicio de alarma. Una anamnesis y exploración física completas son herramientas imprescindibles en AP para un adecuado abordaje. Siempre debemos permanecer alerta.

Palabras clave

Vértigo, Diplopía, Esclerosis Múltiple

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Dolor abdominal agudo de etiología infrecuente. Reacción adversa a medicamentoDe la Cerda Montes de Oca P¹, Vílchez Jaimez M², Mostazo Torres J³¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Roque. Cádiz² Médico de Familia. CS Tarifa. Cádiz³ Aparato Digestivo. Hospital La Línea de la Concepción. Cádiz**Ámbito del caso**

Mixto.

Motivo de la consulta

Epigastralgia aguda de 24 horas de evolución.

Historia Clínica

Paciente de 23 años. No alergias a medicamentos conocidos. No hábitos tóxicos. Enfermedad de Crohn de más de 5 años de evolución con afectación de íleon terminal. Tratamiento con mesalazina 3 g día. Paciente que refiere desde los últimos 12 meses mal control con la enfermedad, ha estado en varias ocasiones en urgencias por dolor a nivel de FID, diarrea con restos de hemo, en analítica HB 11.2, ferropenia ligera. Por esta razón se han iniciado tratamiento con budesonida hasta en 2 ciclos, con mejoría inicial pero que finalmente recidiva el dolor después de retirarlo. Ante estos síntomas se decide iniciar estudio para instaurar inmunosupresor (azatioprina), solicitamos rx tórax, perfil vírico mantoux y TPMT. Tras los **Resultados** todos favorables iniciamos tratamiento con 1 comprimido diario durante 15 días y si presenta buena tolerancia se continuaría con 2 comprimidos. Tras 10 días de tratamiento el paciente refiere encontrarse mal, cansado, falta de apetito, pero sigue tomando la medicación, cuando pasan unos días más empeora. El día 15 se toma los dos comprimidos. Al día siguiente comienza con dolor abdominal agudo por lo que acude a nuestra consulta en urgencias. Presenta náuseas, mal estar general y dolor centro abdominal transfixiante. Se realiza analítica que destaca 11160 (leucos), amilasa 798, y PCR 54. Ante la sospecha de pancreatitis aguda por

la toma de imurel se suspende el tratamiento y comenzamos tratamiento base de la pancreatitis. Tras varias horas con sueroterapia y analgésicos mejora el dolor y es pasado a planta.

Enfoque individual: Estudiante.*Enfoque familiar y comunitario:* Estudia fuera de casa. Su madre suele acudir a consultar por problemas durante los exámenes.*Juicio clínico:* Pancreatitis aguda en relación con la toma de Azatioprina.*Diagnóstico diferencial:* Pancreatitis aguda de etiología biliar. Abdomen agudo.*Tratamiento, planes de actuación:* Sueroterapia. Dieta absoluta. Suspender Azatioprina.*Evolución:* Tras suspensión del tratamiento, sueroterapia intensa y analgesia el paciente evoluciona adecuadamente con cese del dolor y recuperación total a los 5 días. Dado de alta.**Conclusiones**

La mayoría de los casos de pancreatitis aguda secundaria al tratamiento en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal han sido atribuidos mayoritariamente a azatioprina y en menor medida a mesalazina.

Palabras clave

Pancreatitis Aguda, Azatioprina, Enfermedad de Crohn

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Manchas cutáneas resistentes a tratamiento tópico

Correa Gómez V

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

Ámbito del caso

Atención Primaria, Dermatología y Hematología.

Motivo de la consulta

Manchas en espalda.

Historia Clínica

Varón de 52 años, lleva años sin aparecer por consulta de médico de familia. Hoy acude preguntando tratamiento para unas manchas pruriginosas a nivel de espalda, de más de 6 meses de evolución. Ha tratado con metilprednisolona tópica (potencia alta) que le vendieron en farmacia, sin ninguna mejoría. Refiere aumento progresivo en número y tamaño. No dolor. No pérdida de peso. No fiebre. Ninguna otra sintomatología acompañante.

Enfoque individual: Sin alergias ni antecedentes personales de interés. Fumador de 20 cigarrillos/día y bebedor de 3 cervezas/día.

A la exploración se aprecian placas descamativas y eritematosas infiltradas de bordes geográficos en zona lumbosacra. No adenopatías ni visceromegalias. Resto de exploración dentro de la normalidad.

Enfoque familiar y comunitario: Autónomo. Albañil. Casado con 3 hijos. Actualmente no presenta ningún conflicto personal ni familiar.

Juicio clínico: El diagnóstico diferencial se hará con psoriasis, eccema y dermatofitos. Tiene una localización típica de la psoriasis pero no presenta los signos cutáneos característicos

como el fenómeno de Koebner. Atendiendo a la profesión del paciente se pensaría en una dermatitis por alergia al cromo del cemento mojado o contacto irritativo, aunque se descartaría por la localización. Las tiñas normalmente son lesiones redondeadas y únicas, no geográficas.

Tratamiento, planes de actuación: El médico de familia se decanta por iniciar tratamiento antimicótico y prescribe Clotrimazol tópico 1 aplicación/12h y revisión si no mejoría.

Evolución: A las 2 semanas vuelve a acudir con leve mejoría. Se deriva a dermatología. Le realizan biopsia cutánea con resultado anatomopatológico de micosis fungoide y es derivado a hematología para estudio. Los marcadores hematológicos, hemograma, frotis sanguíneo y aspirado de médula ósea dan resultados dentro de la normalidad. Se realizarán controles semestrales. Por parte de Médico de Familia se vigilarán signos de alarma que indiquen progresión de la enfermedad.

Conclusiones

La micosis fungoide es un linfoma cutáneo de células T. Se manifiesta inicialmente por afectación cutánea. De etiología desconocida, evoluciona en años y presenta peor pronóstico si existe linfadenopatía, gran afectación y eritrodermia generalizada. El tratamiento es paliativo, para aliviar los síntomas.

Palabras clave

Differential Diagnosis, Mycosis Fungoides, Cutaneous T-Cell Linfoma

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Me duele la espalda

García Bengoa E, Lira Liñán A, Pérez Gamero ML

*Médico de Familia. CS Montequinto. Sevilla***Ámbito del caso**

Atención Primaria y urgencias.

Motivo de la consulta

Cuadro progresivo de déficit sensitivo perineal e incontinencia de esfínteres.

Historia Clínica

Antecedentes personales: No alergias medicamentosas conocidas. HTA. Bocio nodular coloide normofuncionante. Hernia discal. Intervenciones quirúrgicas: conizada en 2011 y 2015. Última gestación finalizada en junio de 2016 en parto vaginal inducido en la semana 39.

Enfoque individual. Anamnesis: Mujer de 43 años diagnosticada de protusión discal L4-L5 y hernia discal L5-S1 unos 28 días antes, que acude a urgencias por presentar dolor sacro que empeora con valsalva, al que se le suma alodinia perineal e hipoestesia junto con incontinencia urinaria y fecal de una semana de evolución. No déficit motor. Niega fiebre. La paciente es remitida al Servicio de Urgencias del hospital para ser valorada por Neurología con carácter urgente, evaluado el caso se decide intervención quirúrgica urgente.

Exploración física: FFSS y PC conservados, balance motor por grupos 5/5, no amiotrofias ni fasciculaciones. REM vivos y simétricos salvo arreflexia aquilea derecha. Hipoalgesia L5-S1. Sensibilidad profunda conservada.

Pruebas complementarias: RM sin contraste IV de columna dorsal y lumbosacra: profusión discal L4-L5 y hernia discal paracentral L5-S1. Analítica completa sin alteraciones patológicas significativas.

Enfoque familiar y comunitario: Familia nuclear con parientes próximos en fase de extensión.

Juicio clínico: Radiculopatía S1 derecha, secundaria a HNP L5-S1 posteromedial derecha.

Diagnóstico diferencial. Síndrome de cono medular.

Identificación de problemas. Síndrome de cola de caballo de etiología compresiva. Hernia discal S1 posterocentral.

Tratamiento, planes de actuación: Intervención quirúrgica urgente. Escisión de disco intervertebral.

Evolución: Tras ser valorada por neurocirujano de guardia pasa a observación para intervención quirúrgica la mañana siguiente. Evolución clínica muy favorable postcirugía. Ausencia de sintomatología algésica radicular. Recuperado el control de esfínteres.

Conclusiones

La extremada prevalencia de la lumbalgia de 60-80% a lo largo de la vida, que la convierten en una de las consultas más frecuentes, la convierten en un problema sanitario, por la demanda asistencial y absentismo laboral que provoca. Una adecuada exploración física y una correcta anamnesis nos ayudan a descartar afectación radicular que requerirá, como en éste caso, estudios complementarios.

Palabras clave

Cauda Equina Syndrome, Vertebral Disc Prolapse, Conus Medullaris Syndrome
Se ha obtenido la autorización de la paciente.

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

¿Hay algo más?

García Bengoa E, Lira Liñán A, Miranda Flores MR

Médico de Familia. CS Montequinto. Sevilla

Ámbito del caso

Atención Hospitalaria.

Motivo de la consulta

Fiebre, dolor abdominal y diarrea de 7 días de evolución.

Historia Clínica

Antecedentes personales: Alergia a omeprazol. Enfermedad de Crohn con afectación ileoyeyunal.

Anamnesis: Varón de 47 años que consulta por tercera vez por fiebre y síndrome diarreico de una semana de evolución, que no cede con antitérmicos y ciprofloxacino. Fue ingresado en observación, donde se inició tratamiento con amoxicilina-clavulánico. Durante su estancia aparecieron diferentes tipos de lesiones: cuadro petequeal generalizado, lesiones nodulares violáceas en manos y plantas, lesión nodular en gemelo izquierdo.

Exploración física: BEG, COC, BPH. Hemodinámicamente estable. Febril. ACR: rítmico a 112 lpm, soplo I-II/IV en foco aórtico. No signos meníngeos ni focalidad neurológica. Abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación en hipocondrio izquierdo, sin masas ni organomegalias, no signos peritoneales.

Pruebas complementarias: *Analítica:* elevación de leucocitos a expensas de neutrófilos, elevación de PCR (169 mg/l). TC: lesiones hepáticas y en bazo, imagen sugestiva de infarto renal y cuadro adenopático retroperitoneal. Hemocultivo: Streptococcus pyogenes del grupo A.

Enfoque familiar y comunitario: Familia nuclear con parientes próximos en fase de extensión. Adecuado apoyo social y familiar.

Juicio clínico: Endocarditis izquierda.

Diagnóstico diferencial: Brote de su patología inflamatoria, Leucemia mieloide aguda, Linfoma, Diarrea infecciosa.

Identificación de problemas: Endocarditis izquierda. Embolismos sépticos a distancia. Enfermedad de Crohn.

Tratamiento, planes de actuación: Tratamiento con ceftriaxona y gentamicina.

Evolución: Ingresó en planta, en ecocardiografía y RMN craneal se objetiva imagen sugestiva de vegetación, y lesiones isquémicas agudas en hemisferio cerebeloso izquierdo y córtex occipital derecho. Durante el ingreso presentó múltiples complicaciones embolicas, pero tras iniciar tratamiento antibiótico, evolución favorable.

Conclusiones

La valoración integral del paciente tan necesaria en nuestra especialidad, nos demuestra que no siempre los antecedentes personales del paciente son la causa de su problema de salud, siendo necesario realizar un diagnóstico diferencial, independientemente del nivel asistencial en el que nos encontremos, ya que, como en este caso, no siempre los síntomas del paciente están relacionados con su enfermedad de base, y una buena anamnesis y exploración pueden servirnos para dirigir el diagnóstico.

Palabras clave

Endocarditis, Systemic Embolism, Crohn'S Disease

Se ha obtenido la autorización del paciente.

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Disección aorta torácica: presentación atípica y manifestaciones electrocardiográficas inusuales. A propósito de un caso

Montilla Santana JM¹, Barberán Morales C, Tejero Moreno JM²

¹ DCCU Bahía Cádiz-La Janda. Cádiz

² Enfermero DCCU Bahía Cádiz-La Janda. Cádiz

Ámbito del caso

Urgencias extrahospitalarias atención hospitalaria; UCI.

Motivo de la consulta

Disnea súbita y agitación en varón de mediana edad con FRCV.

Historia Clínica

Avisan DDCU por varón 58 años por disnea súbita, cortejo importante y agitación. A la llegada equipo, constatan gran trabajo respiratorio sin dolor torácico. Impresiona de gravedad, hemodinámicamente se estabiliza tras medidas iniciales de soporte con oxigenoterapia y sedación, sin poder precisar diagnóstico exacto por la poca aportación del ECG inicial (taquicardia sinusal 120 lpm no alteraciones repolarización ni signos isquémicos crónicos ni agudos) y anamnesis dificultada por la poca colaboración. Traslado urgente a hospital, durante el mismo se producen alteraciones ECG sugerentes de SCACST (ascenso ST en DII, DIII y AVF) con empeoramiento estado general, contactándose con unidad hemodinámica para probable cateterismo urgente. A llegada hospital corrección de cambios ECG descritos aunque deterioro hemodinámico progresivo.

Enfoque individual: AP: DMNID. HTA. . FUMADOR, EPOC, cardiopatía isquémica; ACVA fibrinolisado recientemente.

Exploración inicial: obnubilado, no colabora, taquipneico acr: hipoventila hemitórax izquierdo, no ingurgitación, pulso carotídeos conservados, femorales algo débiles simétricos. Hospital: mal perfundido, livideces flancos abdominales. Saturaciones de O₂ mantenidas 98% con mascarilla reservorio. TA: 120/80; FC 135 lpm. Se

realiza TAC tóraco-abdominal urgente. Analítica sin hallazgos.

Enfoque familiar y comunitario: prejubilado 1 hija cuidadora ocasional.

Juicio clínico: por la gravedad E inestabilidad que presentaba, urge establecer diagnóstico precoz;

Diagnósticos diferenciales: SCACST; TEP, Disección aortica. Resultado TAC tóraco-abdominal: aneurisma aorta torácica descendente roto con hemotórax masivo izquierdo. Diagnóstico final: disección aórtica torácica ascendente y hemotórax izquierdo.

Tratamiento, planes de actuación: se estabiliza en UCI con drogas vasoactivas y derivación emergente unidad cirugía cardiovascular referencia.

Evolución: Desfavorable, PCR y posterior éxitus en quirófano.

Conclusiones

Un diagnóstico precoz de esta entidad (disección aórtica), es fundamental para mejorar el pronóstico, por la alta mortalidad asociada que conlleva en las primeras horas. La presentación atípica (sin dolor torácico) y los cambios electrocardiográficos dinámicos dificultaron una aproximación inicial certera, por eso indagar en los antecedentes personales (Hipertensión, DM, etc.) y ser muy exhaustivos en la exploración, buscando signos de hipotensión shock o asimetría pulsos, son vitales para encausar el diagnóstico y por ende el pronóstico de estos pacientes.

Palabras clave

Disección Aorta, Síntomas, Electrocardiograma

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Abdomen distendido en mujer joven

Sánchez González I, Aguado de Montes MC, Simón Muñiz C

*Médico de Familia. CS Las Palmeritas. Sevilla***Ámbito del caso**

Atención Primaria, Atención Hospitalaria.

Motivo de la consulta

Distensión abdominal.

Historia Clínica

Antecedentes personales: En seguimiento por Digestivo por lesiones hepáticas (hemangiomas versus adenomas), Carcinoma basocelular en espalda intervenido.

Anamnesis: Mujer, 39 años, acude a su médico de familia por distensión abdominal, discreta epigastralgia, dudosa ascitis, se derivó a urgencias hospitalarias con alta tras radiografía abdominal que informan como normal. La Médica de familia, tras ver radiografía y reexplorar a la paciente, comenta el caso con medicina interna para completar estudio ante la sospecha de patología abdominal relevante.

Exploración: Abdomen distendido, semiología ascítica. Discretamente doloroso en epigastrio.

Pruebas complementarias: *Analítica:* Hemograma: 12900 leucocitos. HB 115g/l, 635000 plaquetas. Bioquímica y coagulación normales. TAC abdomen con contraste: Neoplasia ovárica bilateral (probablemente inicial en ovario izquierdo metaplásica en derecho), carcinomatosis peritoneal, ascitis. Múltiples LOES hepáticas presentes en estudios previos aunque no se puede descartar metástasis. Ecografía vaginal: Tumoración sólida anexial bilateral, bordes irregulares, aspecto maligno. Con Doppler color en ambas masas se visualiza neovascularización. Implantes en peritoneo. Abundante líquido libre abdominal. Marcadores tumorales: Antígeno CA 19.9 *76.8U/ml; Antígeno CA 125 *455.9

Enfoque familiar y comunitario: La paciente está casada, sin hijos. Buena posición socioeconómica. Soporte familiar adecuado que conforta a la paciente tanto en el proceso diagnóstico, que se vive con ansiedad, como en el afrontamiento del diagnóstico final.

Diagnósticos diferenciales: La sospecha diagnóstica inicial fue meteorismo, causa descartada por evolución clínica y nula respuesta terapéutica. Tras la prueba de imagen se precisan técnicas invasivas para despistaje de las distintas causas de masa anexial, como quistes, miomas, endometriomas, tumores ováricos benignos o malignos. Diagnóstico final: Carcinoma seroso de ovario.

Identificación de problemas: Dificultad tanto para diagnóstico final de la enfermedad como para aceptación y afrontamiento por parte de la paciente.

Tratamiento, planes de actuación: Laparoscopia diagnóstica con biopsia de anexectomía izquierda con diagnóstico de carcinoma seroso de ovario. Se completa estadiaje mediante: histerectomía total + anexectomía derecha + linfadenectomía pélvica y paraóptica + peritonectomía pélvica.

Evolución: Al alta presenta buen estado general, afebril. Revisiones en Ginecología y control de hemograma en Atención Primaria.

Conclusiones

Ante sintomatología abdominal persistente es imprescindible atender a la clínica del paciente, puesto que su evolución es clave para orientar la necesidad de ampliar estudio y hallar así una causa potencialmente mortal y tratable.

Palabras clave

Dolor Abdominal, Ovario, Tumor

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Solo quería renovar tratamiento de la alergiaGuerrero Ponce JP¹, Moraga Galindo JP², Escribano Tovar AC¹¹ Médico de Familia. CS Mentidero Cádiz² MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Merced. Cádiz**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

Motivo de la consulta

Paciente varón de 72 años de edad que acude a consulta para renovación de tratamiento antihistamínico, por presentar su clínica de rinitis alérgica igual que todos los años por esta fecha. Obstrucción nasal bilateral, no rinorrea, no dolor facial, no fiebre.

Historia Clínica

Hipoacusia de muchos años de evolución con audífono en oído izquierdo. Ex-fumador desde hace 7 años (fumo durante 50 años, un paquete diario).

Enfoque individual: Orofaringe hiperémica, sin evidencia de exudados que sugieran infección bacteriana. Otoscopia bilateral normal. En el cuello se aprecia pétrea adenopatía submandibular izquierda de aproximadamente 2 cm. Se solicita interconsulta con ORL y mientras se inicia tratamiento antihistamínico y corticoides nasales. A la semana de tratamiento, la obstrucción nasal se reduce al lado derecho. 12 días: consulta ORL. Adenopatía dura de 2 cm en región submandibular izquierda. Otoscopia bilateral normal. Nasofibrolaringoscopia con fosa nasal izquierda con espólón nasal, se evidencia masa en cavum. Se solicita TAC de cuello de forma preferente, Se hace hoja para Punción de adenopatía. Se cita para la próxima semana para realizar biopsia de cavum según resultados de TAC. TAC cuello: Hallazgos radiológicos compatibles con neo-formación de cavum. Múltiples adenopatías de aspecto patológico en todas las cadenas ganglionares bilaterales. Se

toma biopsia de cavum. Se citara con **Resultados** y se llevara el comité a cabeza -cuello para definir conducta.

Enfoque familiar y comunitario: Se evidencia la necesidad de realizar historia clínica en pacientes que intentan "facilitarnos" el trabajo.

Juicio clínico: Anatomía Patológica de biopsia; carcinoma de células escamosas pobremente diferenciado de cavum con adenopatías bilaterales.

Tratamiento, planes de actuación: Valorado en comité oncológico de cabeza y cuello, se decide tratamiento con Radioterapia y/o Quimioterapia. Solicita TAC de tórax para completar estudio y remitir a oncología Médica. TAC con Contraste de Tórax: Normal. Inicia tratamiento con radioterapia tras ver analítica normal y firmar consentimiento. Quimioterapia: Ofrecemos tratamiento sistémico (Cisplatino semanal) concomitante. Autorización explícita del enfermo,

Evolución: Actualmente acudiendo a las sesiones de radioterapia. En los próximos días comenzará Quimioterapia.

Conclusiones

Las prisas en la consulta, no deben impedir jamás que realicemos la historia clínica de los pacientes. Este es un caso de fácil diagnóstico que se nos hubiese pasado de no hacer nuestro trabajo correctamente.

Palabras clave

Allergy, Nasal Obstruction, Cancer of Nasopharynx

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Artritis séptica por Aerococcus Urinae

Aguado de Montes MC, Bascuñana Garrido M, Sánchez González I

*Médico de Familia. CS Las Palmeritas. Sevilla***Ámbito del caso**

Atención Primaria/Hospitalaria.

Motivo de la consulta

Gonalgia derecha.

Historia Clínica

Antecedentes personales: Mujer, 79 años. Hipotiroidismo, ITU de repetición, coxartrosis, litiasis renal con cólicos nefríticos de repetición, TEP. Intervenciones quirúrgicas: prótesis cadera derecha (2004), prótesis rodilla derecha (2014).

Anamnesis: Dolor e inflamación rodilla derecha de 4 días de evolución. Infección urinaria la semana previa. No fiebre. Niega traumatismos ni sobreesfuerzos.

Exploración: Buen estado general. Afebril. Dolor a la palpación región anterior rodilla derecha, eritema, aumento de temperatura y limitación a la flexión.

Pruebas complementarias: *Analítica:* Hemograma, Coagulación: sin alteraciones. Bioquímica: PCR 34.4 mg/l, resto normal. Rx rodilla: sin hallazgos. Urocultivo: negativo. Cultivo líquido articular: Aerococcus urinae.

Enfoque familiar y comunitario: Vive sola con su marido (padece enf. Parkinson y demencia), de quien es cuidadora. No tienen hijos ni familiares cercanos que les ayuden. Gran angustia por imposibilidad de atenderle durante ingreso hospitalario.

Juicio clínico: Infección aguda hematógena por Aerococcus urinae (foco urinario) de prótesis rodilla derecha implantada en año 2014.

Diagnóstico diferencial: Celulitis, Gota, Artritis séptica, Condrocálcinosis, Artritis reumatoide, Traumatismo, Osteoartritis.

Identificación de problemas: Afrontamiento de la enfermedad y tratamiento. Dificultad para el cuidado de estos pacientes.

Tratamiento: Sinovectomía amplia, limpieza y desbridamiento de tejido desvitalizado, recambio prótesis rodilla. Antibioterapia empírica: Ceftazidima y Vancomicina.

Plan de actuación: Se deriva a urgencias hospitalarias para valoración por Traumatología.

Evolución: Tras realizar artrocentesis (líquido purulento), se decide ingreso hospitalario para intervención quirúrgica y antibioterapia, con buena evolución clínica. Es dada de alta continuando tratamiento antibiótico IV en domicilio, a través del programa DOMUS (programa de tratamiento antibiótico domiciliario endovenoso).

Conclusiones

Las infecciones del tracto urinario constituyen una de las enfermedades más comunes en AP, siendo Aerococcus urinae un patógeno infrecuente, pero que en ocasiones causa infecciones graves. Alerta ante síntomas que permitan un diagnóstico precoz de enfermedades graves o potencialmente letales. Importancia del abordaje integral, coordinación entre niveles y seguimiento del paciente por MAP.

Palabras clave

Gonalgia, Infección Urinaria, Artritis Séptica

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Diarrea crónica: ¿qué nos planteamos?Aguado de Montes MC¹, González Hernández FJ², Bascuñana Garrido M¹¹ Médico de Familia. CS Las Palmeritas. Sevilla² MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Las Palmeritas. Sevilla**Ámbito del caso**

Atención Primaria/Hospitalaria.

Motivo de la consulta

Diarrea.

Historia Clínica

Antecedentes personales: Mujer, 23 años. Talasemia. Medicación habitual: hierro, anticonceptivos hormonales.

Anamnesis: Diarrea con mucosidad sin sangre, 3 meses de evolución, asociada a dolor abdominal y pérdida de peso no cuantificada. Asociación con ingesta (sin especificar tipo de alimento). No fiebre. No viajes al extranjero. También refiere secreción vaginal espesa, verdosa y maloliente.

Exploración: Buen estado general, discreta palidez cutánea. Abdomen blando, depresible, doloroso a palpación, no masas ni megalias, Blumberg y Murphy negativos, no irritación peritoneal. Resto de exploración por aparatos normal.

Pruebas complementarias: Analítica (05/05/16): Hemograma: HB 8.7 g/dl, Hct 29%, VCM 69.8fL, HCM 21.2pg, CHCM 304g/dL. Resto normal. Bioquímica, Coagulación: sin alteraciones. Screening celiaquía y curva lactosa: negativos. Coprocultivo: B. hominis, I. bütschlii, E. coli. Cultivo exudado vaginal: G. vaginalis, Analítica (23/06/15): Hemograma similar a previos. Bioquímica: PCR normal, resto sin alteraciones. Hormonas: normales. Serología: negativa. Rx abdomen: sin hallazgos. TAC abdominopélvico contraste IV: Hepatoesplenomegalia. Resto estudio dentro de normalidad. Gastroscopia y Colonoscopia: sin alteraciones. Biopsias: mucosa antral y duodenal sin alteraciones; mucosa colónica: linfocitosis intraepitelial e infiltrado inflamatorio linfoplasmocitario en lámina propia. *Enfoque familiar y comunitario:* Vive con sus padres. Gran preocupación familiar. Muy angustiada por la ausencia de remisión sintomática y por la repercusión de ésta en su vida diaria.

Juicio clínico: Colitis linfocítica, parasitosis intestinal y vaginosis bacteriana.

Diagnóstico diferencial: Celiaquía, intolerancia a lactosa, parasitosis, EII (Enfermedad de Crohn o colitis ulcerosa), intestino irritable, hipertiroidismo, neoplasia, colitis microcítica (linfocítica o colágena).

Identificación de problemas: Afrontamiento de la enfermedad y tratamiento.

Tratamiento: Metronidazol 500 mg/8h, Budesonida 9mg/día, Omeprazol 20 mg/día.

Plan de actuación: Se solicita analítica, screening celiaquía e intolerancia lactosa, coprocultivo y cultivo exudado vaginal. Tras resultados se inicia tratamiento con metronidazol.

Evolución: Remisión sintomatología vaginal, pero ausencia de mejoría clínica intestinal. Se contacta con internista de referencia: nuevo ciclo con metronidazol, sin obtener resultados. Ante empeoramiento clínico progresivo y existencia de datos de organicidad, se decide ingreso hospitalario para estudio. Actualmente en remisión clínica, pero sin poder reducir tratamiento por reaparición de sintomatología.

Conclusiones

Alerta en AP ante síntomas que permitan diagnóstico precoz de enfermedades graves. Importancia de realizar un adecuado diagnóstico diferencial ante persistencia de síntomas o mala evolución clínica, incluyendo entidades poco frecuentes. Es también labor del MF el abordaje emocional y familiar del paciente, así como ayudar en la toma de decisiones sin olvidar la perspectiva del paciente.

Palabras clave

Diarrea Crónica, Colitis Linfocítica, Diagnóstico Diferencial

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Prurito, expresión de algo másBascuñana Garrido M¹, Blanco Rubio BC¹, Adrada Bautista AJ²¹ Médico de Familia. CS Las Palmeritas. Sevilla² MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Las Palmeritas. Sevilla.**Ámbito del caso**

Atención Primaria, Servicios Urgencias.

Motivo de la consulta

Prurito generalizado.

Historia Clínica

Antecedentes personales: No alergias medicamentosas conocidas, diabetes mellitus tipo 2 de 20 años de evolución, retinopatía diabética, hipertensión arterial, enfermedad renal crónica por nefropatía diabética, cardiopatía isquémica, asma bronquial, psoriasis en placas, inmunodeficiencia común variable, artritis gotosa.

Anamnesis: Mujer de 59 años que consulta por prurito generalizado de un mes de evolución, sobretodo nocturno, sin convivientes afectos. No fiebre ni otros síntomas. Inicialmente sin lesiones dérmicas. Tras probar diversos tratamientos antihistamínicos durante varios meses y tras descartar infecciones, se decide solicitar biopsia de piel.

Exploración: múltiples lesiones excoriadas en brazos, abdomen y glúteos, algunas nodulares eritematosas con centro ulcerado, otras presentan centro queratósico, que habían ido apareciendo en brotes sucesivos.

Pruebas complementarias: Análisis parásitos en heces negativo. Biopsia piel: alteraciones compatibles con colagenosis perforante.

Enfoque familiar y comunitario: Casada, buena relación con su marido e hijos. Barrio nivel sociocultural bajo.

Juicio clínico: Colagenosis perforante adquirida (asociada a su diabetes y patología renal).

Diagnóstico diferencial: prurigo, escabiosis, oxiuriasis. La historia clínica y la histología nos ayudaron a efectuar un correcto diagnóstico.

Identificación de problemas: síntoma muy frecuente, puede darse por multitud de causas. Importante descartar escabiosis, el tratamiento del núcleo familiar es determinante para erradicar la infección, además se suele adoptar actitud defensiva en cuanto a hábitos de higiene, por las connotaciones de falta de limpieza que tiene para la sociedad.

Tratamiento: Bilastina 20 mg cada 12 horas, doxepina por la noche.

Planes de actuación: Como médico de familia es importante informar adecuadamente al paciente de la naturaleza de su enfermedad para evitar falsas expectativas y establecer objetivos terapéuticos más realistas. Seguimiento por Médico de Familia y dermatología

Evolución: Mejoría sintomática con la medicación, evolución lenta hacia la curación de las lesiones.

Conclusiones

A menudo síntomas banales se presentan en nuestros pacientes pluripatológicos y polimedicados y hemos de tener en mente diagnósticos diferenciales que pueden ser manifestaciones de alguna complicación de sus patologías. Debemos saber cuándo sospechar lo infrecuente en estos pacientes que se caracterizan por su fragilidad.

Palabras clave

Pruritus, Skin Diseases, Diabetes Complications

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Intoxicación por metanol, a propósito de un caso pediátricoGallego Gutiérrez S¹, Navarro Gallardo P², Sánchez Tovar A³¹ *Pediatra de Atención Primaria. CS Antequera. Málaga*² *MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Antequera. Málaga*³ *Radiólogo. Hospital Regional Universitario. Málaga***Ámbito del caso**

Urgencias hospitalarias.

Motivo de la consulta

Ingesta de disolvente.

Historia Clínica

Niño de 22 meses que presenta ingesta accidental de disolvente industrial.

Enfoque individual: Embarazo bien controlado. Íleo meconial que requiere intervención en la primera semana de vida. Estudio para fibrosis quística positivo, con insuficiencia pancreática. Acude por referir los padres ingesta estimada de 2-3 tragos de disolventes (unos 15mL) 30 minutos antes. Buen estado general, estado neurológico: Glasgow 15, marcha normal, pupilas isocóricas normorreactivas. Eritema perioral e hiperemia conjuntival, con restos del disolvente en cuello y camiseta. Resto de exploración anodina. Glucosa 89mg/dL, urea 20 mg/dL, creatinina 0.40 mg/dL, Sodio 140mmol/L, potasio 4.5 mmol/L, cloro 104 mmol/L, osmolalidad 281mOsm/kg, pH 7.39, pCO₂ 32.9mmHg, bicarbonato 19.6mmol/L. Lactato 32mg/dL. Anión GAP aumentado (20.9). Niveles de metanol no disponibles.

Enfoque familiar y comunitario: Conviviente con padres sanos no consanguíneos. No antecedentes previos de intoxicación. No hermanos. No distocia social conocida.

Juicio clínico: Se confirma la presencia de metanol al 20% en el disolvente ingerido. La dosis tóxica es muy pequeña, a partir de 0.1cc/kg de metanol al 100%. El paciente pesa

12kg; 1,25mL/kg al 20%, lo cual supera la dosis tóxica (0.25cc/kg de metanol puro). De forma aguda produce depresión del sistema nervioso, ataxia, coma y convulsiones. Posteriormente puede producirse alteraciones en la visión y ceguera permanente.

Tratamiento, planes de actuación: La absorción es rápida, debemos actuar de inmediato independientemente de la presencia de síntomas. El fomepizol (tratamiento de elección), no se encuentra disponible en la mayoría de hospitales debido a su elevado coste. Se utilizará como antídoto 0.8g/kg de etanol al 10% vía oral o intravenosa tras ingesta de dosis tóxica y acidosis metabólica con anión gap elevado.

Evolución: Se canalizó vía intravenosa con aportes de glucosa a 6mg/kg/minuto no presentando incidencias tras la administración de etanol. Pudo ser dado de alta sin secuelas.

Conclusiones

Las intoxicaciones agudas pediátricas generan gran inquietud entre profesionales Sanitarios debiendo ser conocedores del manejo específico. La intoxicación por metanol es un problema de gran interés toxicológico debido a la grave acidosis metabólica con anión gap elevado que puede ocasionar, con gran morbimortalidad. Debemos instaurar un tratamiento intensivo precoz a fin de prevenir las complicaciones y secuelas crónicas.

Palabras clave

Intoxicación, Metanol

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Glucogenosis, un diagnóstico a tener en cuenta en el fallo de medroGallego Gutiérrez S¹, Navarro Gallardo P², Sánchez Tovar A³¹ *Pediatra de Atención Primaria. CS Antequera. Málaga*² *MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Antequera. Málaga*³ *Radiólogo. Hospital Regional Universitario. Málaga***Ámbito del caso**

Atención Primaria.

Motivo de la consulta

Dificultad respiratoria.

Historia Clínica

Niña de 18 meses que acude a consulta de atención Primaria por dificultad respiratoria, destacando a la inspección clínica talla baja.

Enfoque individual: Embarazo controlado. Periodo neonatal sin incidencias. Sibilantes recurrentes desde los 3 meses. Retraso en el desarrollo psicomotor; en la actualidad anda con ayuda, no sube y baja escaleras. Talla baja (longitud 73cm, inferior a percentil 3), peso 9.7kg (percentil 34). Estado general conservado, bien hidratada, bien nutrida y bien perfundida. Sibilantes espiratorios diseminados. Distensión abdominal. Hepatomegalia de unos 5 cm. Resto normal. Hemograma normal. Bioquímica con hipertransaminasemia:

aspartatoaminotransferasa 1327 U/L y alanino-Aminotrasnferasa 1248 U/L. Glucosa, creatinina, iones, creatinquinasa, albúmina, bilirrubina y perfil lipídico normales. Equilibrio ácido básico normal. Estudio férrico normal. La ecografía abdominal confirma la hepatomegalia, con una ecogenicidad conservada sin lesiones ocupantes de espacio ni dilatación biliar. Porta permeable. En consulta de pediatría continúan estudio de hipertransaminasemia, descartando hipotiroidismo, celiacía, déficit de alfa 1 antitripsina, hepatitis autoinmune, enfermedad de Wilson y enfermedades infecciosas.

Enfoque familiar y comunitario: Madre: mieloma múltiple en tratamiento. No fumadora. Padre: sano. No fumador. Hermano varón de 8 años sano, no retraso en el crecimiento. No enfermedades hepáticas en la familia.

Juicio clínico: El fallo de medro es la incapacidad en un niño menor de 2 años de mantener una adecuada velocidad de crecimiento, siendo muy amplio el diagnóstico diferencial. La historia clínica junto con la exploración física nos dará la clave diagnóstica. El fallo de medro junto con hipertransaminasemia, hepatomegalia y retraso psicomotor debe hacer pensar en glucogénesis hepática.

Tratamiento, planes de actuación: Se deriva a hospital de referencia para continuar estudio mediante biopsia hepática donde se confirma el acúmulo de glucógeno.

Evolución: La paciente se mantiene estable sin presentar hipoglucemias y con ganancia ponderal en mismo percentil.

Conclusiones

La glucogénesis tipo IV es una entidad poco frecuente que suele debutar entre los 3 y 15 meses de edad. Los síntomas más frecuentes son fallo de medro, hepatomegalia y distensión abdominal, siendo la hipoglucemia poco frecuente. La anamnesis y la exploración física nos dan la clave para el diagnóstico de sospecha.

Palabras clave

Glucogenosis, Pediatría

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Dolor abdominal de un mes de evoluciónPascual Suaza CJ¹, Rivas Román AM², Romero Corvillo JA³¹ Médico de Familia. Hospital San Carlos. San Fernando (Cádiz)² Médico de Familia. DA DDCU Bahía de Cádiz - La Janda. Cádiz³ Enfermero DCCU Puerto Real. Cádiz**Ámbito del caso**

Urgencias hospitalarias.

Motivo de la consulta

Malestar general.

Historia Clínica

Antecedentes personales: HTA en tratamiento con olmesartán/hidroclorotiazida, dislipemia en tratamiento con simvastatina e intervenido de herniorrafia inguinal derecha.

Anamnesis: Paciente varón de 73 años, que acude al Servicio de Urgencias refiriendo disconfort hipogástrico inespecífico, pérdida ponderal, astenia, hiporexia y diaforesis vespertina, asociado a síndrome miccional irritativo de un mes de evolución.

Exploración: Consciente, orientado, colaborador, buen estado general, eupneico en reposo. Palidez cutánea, normohidratado, normoperfundido. Auscultación cardiopulmonar sin alteraciones. Abdomen blando, con masa suprapúbica dura dolorosa. Extremidades sin alteraciones.

Pruebas complementarias: Se realiza ecografía point of care en consulta y se aprecia lesión heterogénea en hipogastrio, parénquima hepático con múltiples LOEs. En analítica de urgencias destaca: bioquímica: GPT 45 U/L, LDH 334 U/L, PCR 259,1 mg/L, resto sin alteraciones. En hemograma destaca: hemoglobina 10,5 g/dl, hematocrito 34%, leucocitos 20,45 x 10³; sistemático de orina: Incontables leucocitos y hematíes por campo. TAC torax-Abdomen-Pelvis: Masa localizada en hipogastrio, de aspecto infiltrativo, abscesificada, de origen colónico, que afecta a

vejiga y pared abdominal. Se asocia a hígado metastásico y a metástasis pulmonares múltiples (suleta de globos).

Enfoque familiar y comunitario: Casado, buena relación con su mujer y sus 4 hijos. El paciente pertenece a barrio nivel socio-cultural medio y trabaja como funcionario.

Juicio clínico: Carcinoma de colon metastásico.

Diagnóstico diferencial: con carcinoma de próstata y carcinoma de vejiga.

Tratamiento, planes de actuación: Se cursó ingreso a cargo de Medicina Interna, se inició antibioterapia empírica con piperacilina/tazobactam y se solicitó colonoscopia, confirmándose el diagnóstico de carcinoma de colon metastásico.

Evolución: Durante el ingreso desapareció hiporexia, y la febrícula. Al alta se derivó al paciente a cuidados paliativos.

Conclusiones

La ecografía point of care en medicina de urgencias resulta fundamental para identificar y tratar precozmente situaciones graves y potencialmente graves, así como, ayudar en el proceso de toma de decisiones que debe afrontar el Médico de Urgencias de forma rápida y segura en un entorno de gran demanda asistencial.

Palabras clave

POCUS (Point of Care Ultrasound), Asthenia, Palliative

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Síndrome de ChilaiditiAlonso García FJ¹, Ramos Martín JL²¹ Médico de Familia. UGC Cuevas de Almanzora. Almería² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Cuevas de Almanzora. Almería**Ámbito del caso**

Varón de 27 años, sin alergias medicamentosas conocidas ni otros antecedentes patológicos de interés. No fumador, que acude a consulta de atención Primaria.

Motivo de la consulta

Acude a la consulta de Atención Primaria por referir dolor lumbar de unas treinta horas de evolución de tipo cólico.

Historia Clínica

El paciente, al que se ve francamente afectado por el dolor, cuenta que el mismo se inició el día anterior de forma brusca y tras un acceso de tos, encontrándose previamente bien. Desde entonces el dolor persiste en fosa lumbar derecha y ángulo costolumbar derecho, irradiándose hacia delante en cinturón y escasamente hacia región genital. Lo define como muy intenso, de tipo cólico y sólo ha presentado sensación nauseosa ocasional coincidiendo con el pico máximo de dolor. No sensación febril ni escalofríos. No disnea. No síndrome miccional ni alteraciones del ritmo deposicional.

Enfoque individual: A la exploración física, el paciente se muestra inquieto e intenta no moverse. Normohidratado y coloreado; afebril; tensión arterial 130/80 y frecuencia cardiaca 88 pulsaciones por minuto. Abdomen blando, depresible, discretamente distendido, sin masas palpables; doloroso a la palpación en hipocondrio derecho, siendo claramente más doloroso al desplazar la mano del explorador hacia la parte más externa. Signo de Murphy dudoso. Peristaltismo normal. No signos de irritación peritoneal. Percusión renal positiva, refiriendo dolor en la cara anterior del abdomen al realizar la maniobra.

Enfoque familiar y comunitario: A nivel familiar su padre padecía de dolores similares.

Sus padres se habían separado hace unos meses, en casa siempre había discusiones y como escape utilizaban la vía ambulatoria manifestando algún tipo de síntoma o problema relacionado con la salud. Podría tratarse un cuadro de ansiedad asociado a síntomas digestivos o una llamada de atención de su hijo.

Juicio clínico: En el Servicio de Urgencias se realiza analítica de sangre y orina en la que se aprecia leucocitosis discreta sin desviación izquierda, sin otros signos de interés. En la radiografía simple de se aprecia masa intratorácica de contenido aéreo que emerge desde el hemidiafragma derecho. La importancia para el médico de familia radica en una buena exploración física.

Diagnóstico diferencial: cólico nefrítico, cólico hepático, colelitiasis, absceso renal, masa pulmonar, TEP

Tratamiento, planes de actuación: Con el diagnóstico de síndrome de Chilaiditi se inicia tratamiento conservador con analgésicos convencionales

Evolución: El dolor cede unas 24 horas después.

Conclusiones

Es muy importante realizar una buena anamnesis e historia clínica al paciente, lo que manda es la clínica, más tratándose de un paciente asintomático, en el cuál no hay signos de alarma. La temática familiar en este caso podría tener su importancia manifestándose como síntomas gastrointestinales, produciendo un aumento de los gases contribuyendo a una mayor inflamación del abdomen.

Palabras clave

Low Back Pain, Primary Care, Blood Analytics

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Hemocromatosis: una enfermedad silente a tener en cuentaVicente Prieto MI¹, Moral Cañas MP², Jiménez Ramírez B¹¹ Médico de Familia. CS Fortuny. Granada² Médico de Familia. CS Huétor-Tájar. Granada**Ámbito del caso**

Atención Primaria, cardiología, digestivo, hematología.

Motivo de la consulta

Disnea.

Historia Clínica

Paciente de 67 años entre cuyos antecedentes familiares destacan padre y hermano con enfermedad hepática no especificada. Sus antecedentes personales son dispepsia, esteatosis hepática, degeneración macular, insuficiencia mitral, fibrilación auricular e hipertensión arterial. Acude hoy por sensación disneica de medianos esfuerzos de una semana de evolución, así como edemas en miembros inferiores en el contexto de un cuadro de astenia y dolores articulares. También refiere disfunción eréctil.

Exploración física: consciente y orientado, tez oscura, bien hidratado y perfundido. Auscultación cardiaca: tonos puros, arrítmicos. Auscultación respiratoria: algún crepitante bibasal. Abdomen: hepatomegalia de 3 cm. no dolorosa y de bordes lisos. Extremidades: edemas maleolares con fóvea positiva. Llama la atención el escaso vello pubiano y axilar.

Enfoque individual: Ante la sospecha de hemocromatosis, se solicita analítica con perfil de metabolismo del hierro, en la que destaca un hierro de 320 microgramos/dL, ferritina de 535 ng/ml y un índice de saturación de transferrina del 83,3%. Electrocardiograma: fibrilación auricular con respuesta ventricular controlada. Radiografía de tórax: discreta cardiomegalia. Ecocardiograma: disfunción ventricular sistólica con fracción de eyección del 40%. Ecografía abdominal: informada como de esteatosis hepática.

Enfoque familiar y comunitario: Persona que vive sola con una buena red de apoyo social, cuyo ciclo vital familiar es el de "nido vacío".

Juicio clínico: Insuficiencia cardiaca por miocardiopatía dilatada secundaria a hemocromatosis probablemente Primaria (pendiente de estudio genético).

El diagnóstico diferencial se debe realizar con otras miocardiopatías dilatadas: alcohólica, viral, sarcoidosis, tóxicos.

Tratamiento, planes de actuación: Flebotomía, diuréticos, vasodilatadores, inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina. Estudio de familiares, ya que se trata de una enfermedad genética de herencia autosómica recesiva.

Evolución: Tras flebotomias y tto farmacológico el paciente experimenta franca mejoría.

Conclusiones

La hemocromatosis es una enfermedad con un buen pronóstico si el diagnóstico es precoz, por ello, desde Atención Primaria se deben conocer las primeras manifestaciones clínicas: pigmentación cutánea excesiva, diabetes mellitus, artropatía, miocardiopatía, hipogonadismo. El paciente hemocromatósico diagnosticado en fase temprana podrá evitar todas las graves complicaciones orgánicas mediante un tratamiento sencillo, barato y seguro. Es pues, en esta fase, en la que el colectivo sanitario debe pretender diagnosticar a los pacientes.

Palabras clave

Hemocromatosis, Disnea, Insuficiencia Cardiaca

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

¡Me encuentro más torpe!Pascual Suaza CJ¹, Ruíz Villena GM², Rivas Román AM³¹ Médico de Familia. Hospital San Carlos. San Fernando (Cádiz)² FEA Medicina Interna. Hospital Comarcal Punta de Europa. Cádiz³ Médico de Familia. DA DDCU Bahía de Cádiz - La Janda. Cádiz**Ámbito del caso**

Urgencias hospitalarias.

Motivo de la consulta

Varón de 76 años acude a urgencias por sensación de torpeza en MMII de predominio proximal de tres días de evolución. Basalmente presenta parestias en ambos pies de años de evolución y desde hace un año aproximadamente presenta dificultad para caminar, requiriendo la ayuda de un bastón.

Historia Clínica

Exbebedor y exfumador importante. Hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, anemia megalobástica por déficit de vitamina B12 asociada a gastritis córporeoantral e infección por H Pylori (2012) e infección crónica por VHC. Realiza tratamiento habitual con Omeprazol 20 mg, Insulina glargina 25 UI, Bisoprolol 2.5 Mg, AAS 100 mg, Valsartan 160 mg/Amlodipino 5 mg, Pregabalina 25 mg cada 12 horas, y desde hace una semana Dasabuvir y Ombitasvir/Paritaprevir/Ritonavir.

Enfoque individual: No claudicación en las maniobras antigravitatorias, balance muscular por grupos musculares: psoas 4/5 bilateral, resto 5/5. Sensibilidad tactoalgésica y posicional conservadas, ROT normorreactivas simétricos, bipedestación posible con los pies juntos, marcha con leve aumento de la base de sustentación, cautelosa. Se realiza TC craneal normal, punción lumbar con disociación albúmino citológica (1 leucocitos, 130 mg/dL de proteínas), analítica completa donde los niveles de ácido fólico y vitamina B12 son normales, se realiza electroneurograma y electromiograma.

Enfoque familiar y comunitario: Casado, buena relación con su mujer y sus 4 hijos. El paciente pertenece a barrio nivel socio-cultural medio y es jubilado.

Juicio clínico: Polineuropatía sensitivo-motora crónica de predominio axonal de grado moderado-severo de etiología multifactorial (exenolismo, diabetes mellitus, VHC+).

Diagnóstico diferencial: Polirradiculoneuropatía aguda (síndrome de Guillain-Barré), mielopatía, miopatía, neurotoxicidad farmacológica por antivirales.

Tratamiento, planes de actuación: El paciente ingresó a cargo de Neurología y se le añadió al tratamiento corticoesteroides en bolo durante una semana.

Evolución: Tras una semana ingresado, el paciente volvió a su estado basal inicial.

Conclusiones

Las neuropatías periféricas son alteraciones neurológicas comunes, su nivel de gravedad varía desde anormalidades sensoriales ligeras hasta trastornos paralíticos rápidamente progresivos, que pueden resultar mortales. En casi una cuarta parte de los pacientes atendidos en centros especializados no se logra identificar la etiología.

Palabras clave

Alcoholism, Neuropathy, Paresthesias

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Dolor abdominal intermitentePascual Suaza CJ¹, Rivas Román AM², Ruíz Villena GM³¹ Médico de Familia. Hospital San Carlos. San Fernando (Cádiz)² Médico de Familia. DA DDCU Bahía de Cádiz - La Janda. Cádiz³ FEA Medicina Interna. Hospital Comarcal Punta de Europa. Cádiz**Ámbito del caso**

Urgencias hospitalarias.

Motivo de la consulta

Varón de 40 años acude a urgencias por presentar vómitos acompañados de epigastralgia y polidipsia de cinco días de evolución. Refiere sufrir dichos episodios desde hace cerca de diez años.

Historia Clínica

Hipercolesterolemia en tratamiento dietético, hernia de hiato leve por deslizamiento. Bebedor de 20 gramos diarios de etanol y consumidor habitual de marihuana inhalada.

Enfoque individual: Abdomen con ruidos normales, blando, sin palpase masas ni megalias ni puntos claramente dolorosos. Bioquímica completa, en la que destacan los siguientes valores: urea 73 mg/dL, creatinina 1.6 Mg/dL, bilirrubina total 1.8 Mg/dL, bilirrubina directa 0.5 Mg/dL, GGT 148 mg/dL, LDH 346 mg/dL. TSH, CEA y CA 19.9 normales. En el hemograma destaca HB 18.3 g/dL, Htco 53.6%, Leucocitos 15200 mg/dL con neutrofilia. El test de tóxicos en orina dio positivo para THC y BDZ. ECG, radiografía de tórax y de abdomen normales. Endoscopia digestiva alta que informa de esofagitis péptica grado C con test de ureasa rápida para H. Pylori negativo. Ecografía de abdomen normal.

Enfoque familiar y comunitario: Casado, buena relación con su mujer y sus 2 hijos. El

paciente pertenece a barrio nivel socio-cultural bajo y trabaja como peón de obra.

Juicio clínico: Hiperemesis cannabinoide. Diagnósticos Secundarios: Esofagitis erosiva grado C, síndrome de Gilbert. Enfermedad ulcerosa péptica.

Diagnóstico diferencial: Colelitiasis, diabetes mellitus, Enfermedad de Addison, Porfiria aguda intermitente.

Tratamiento, planes de actuación: Se cursó ingreso a cargo de Digestivo, se dejó al paciente en dieta absoluta se pautó tratamiento antiemético a la espera de pruebas complementarias.

Evolución: Durante el ingreso, y sin abuso de marihuana, desaparecieron los síntomas.

Conclusiones

La hiperemesis cannabinoide se caracteriza por la presentación de episodios recurrentes de náuseas y vómitos relacionados con el consumo de cannabis. Es un efecto paradójico del cannabis, que se presenta en consumidores crónicos susceptibles, tras años de exposición, con relación directa entre el consumo y su presentación, y que desaparece al cesar el consumo.

Palabras clave

Cannabis, Hyperemesis, Abdominal Pain

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Induración en axilaOualy Ayach Hadra G¹, Correa Gómez V², Bajo Ramos J²¹ CS Úbeda. Jaén² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Virgen del Gavellar. Úbeda (Jaén)**Ámbito del caso**

Atención Primaria, ginecología.

Motivo de la consulta

Cordón indurado en axila.

Historia Clínica

Paciente de 46 años de edad, que consultó por la aparición de un cordón en axila, de una semana de evolución. No refirió fiebre.

Enfoque individual: Sin Antecedentes de interés.

A la exploración, se apreció en la axila, un trayecto indurado, eritematoso y doloroso, más visible con la extensión del brazo. No se palpaban adenopatías. Los hallazgos eran compatibles con la enfermedad de Mondor. Se le pauto analgesia y antiinflamatorios. A las dos semanas, la paciente refirió mejoría parcial, pero presentaba dolor en cuadrantes externos de la mama derecha. A la exploración, se apreció un nódulo de unos 2cm aprox. doloroso, no adherido a planos profundos y sin cambios cutáneos en la piel. Se le solicitó una analítica que fue normal y se derivó a ginecología. En la mamografía se evidencio un ganglio intramamario CSE de mama derecha, sin hallazgos sospechosos de malignidad. La ecografía axilar fue normal. Se confirmó el diagnóstico de enfermedad de Mondor.

Enfoque familiar y comunitario: Mujer sin hijos, viviendo en el domicilio familiar con sus padres.

Juicio clínico: Enfermedad de Mondor.

Tratamiento, planes de actuación: El tratamiento es sintomático con analgésicos, antiinflamatorios y reposo relativo. Se volvió a citar al cabo de unas semanas, la cual apenas presentaba clínica.

Evolución: El cuadro cede espontáneamente. El dolor puede persistir hasta 6 semanas y el cordón puede durar varios meses.

Conclusiones

La enfermedad de Mondor es una tromboflebitis superficial. En la mayoría de los casos afecta a la vena epigástrica, toracoepigástrica o torácica lateral. Ocasionalmente en axila, región inguinal y pene. La etiología es idiopática, aunque se ha asociado en ocasiones con esfuerzo muscular, traumatismo, intervenciones quirúrgicas en la mama y procesos febriles previos. Se ha hablado de la posible asociación del con el cáncer de mama (un 12%) y a veces asociada a estados de hipercoagulabilidad. El diagnóstico es clínico, basado en una correcta anamnesis y exploración física, por lo que es fundamental que los médicos de atención Primaria la conozcan, pudiendo realizar un enfoque y tratamiento desde este nivel, evitando derivaciones innecesarias.

Palabras clave

Mondor's Disease, Thrombophlebitis, Superficial Veins

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Cefalea súbita tras ejercicio físicoGarrido Marin MC¹, López Fernández B², Campos Domínguez JM¹¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Tomares. Sevilla² Médico de Familia. CS Tomares. Sevilla**Ámbito del caso**

Urgencias.

Motivo de la consulta

Cefalea occipital y vómitos tras ejercicio intenso.

Historia Clínica

Anamnesis: Varón de 53 años, sin antecedentes. Deportista habitual. Consulta en urgencias por cefalea occipital de carácter opresivo no irradiada, acompañada de náuseas con vómitos incoercibles de tres horas de evolución e inicio tras ocho kilómetros de carrera intensa. Sudoración intensa con tiritona. No traumatismo craneoencefálico ni pérdida de conciencia.

Exploración física: aceptable estado general, afectado por el dolor. TA 165/104 mmHg, FC 72 lpm, GCS 15/15, discreta palidez de piel y mucosas, eupneico y afebril. Consciente, orientado y colaborador. Pares craneales conservados. Signos meníngeos negativos. No alteración de la fuerza o sensibilidad. Marcha normal. Auscultación cardiorrespiratoria y exploración abdominal normal. Extremidades con pulsos periféricos conservados y simétricos, sin edemas ni signos de trombosis.

Pruebas complementarias: Se realiza analítica urgente, incluidos coagulación y Troponina I, dentro de la normalidad. Radiografía de tórax normal. ECG: RS a 72 lpm, eje normal, no alteraciones del ST. TAC craneal: con sangre aislada en cisterna interpeduncular e inmediatamente anterior al mesencéfalo, sin visualizar sangre en otras localizaciones ni identificar causa que los justifique, en relación con hemorragia subaracnoidea.

Enfoque individual: Paciente con excelente calidad de vida y sin patología.

Enfoque familiar y comunitario: Nivel socio-cultural medio Alto.

Diagnóstico diferencial: Cefalea en racimos, migraña, Disección carotídea, Hemorragia subaracnoidea, Meningitis, Emergencia Hipertensiva.

Juicio clínico: Hemorragia Subaracnoidea Fisher II, WFNS I

Tratamiento, planes de actuación: Se contactó con el Servicio de Neurocirugía del hospital de referencia a donde se consensuó su traslado. Se realiza vigilancia neurológica y control intensivo de TA con Nimodipino 60 mg/4h si TAS >110 mmHg. Se realizó arteriografía que descartó aneurisma y TAC de control con desaparición del sangrado.

Evolución: Favorable, con buen control tensional y analgésico. El paciente fue dado de alta y tras un periodo de reposo relativo de 2 meses se incorporó a su vida normal.

Conclusiones

La Hemorragia Subaracnoidea atraumática es una patología que debemos sospechar siempre en el diagnóstico diferencial de cefaleas de inicio súbito en el contexto de esfuerzo físico, aún con cuando exista una exploración física normal como en nuestro caso.

Palabras clave

Hemorrhage, Subarachnoid, Head Pain, Exercise

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Dolor hipocondrio derecho, astenia, debilidad, mialgias y artralgias en paciente de 80 añosDe la Cerda Montes de Oca P¹, Vílchez Jaimez M², Mostazo Torres J³¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Roque. Cádiz² Médico de Familia. CS Tarifa. Cádiz³ Aparato Digestivo. Hospital La Línea de la Concepción. Cádiz**Ámbito del caso**

Mixto.

Motivo de la consulta

Dolor hipocondrio derecho, astenia, debilidad, mialgias y artralgias.

Historia Clínica

Mujer de 80 años. NAMC. Diabetes mellitus. No DL ni HTA. No Intervenciones previas. Tratamiento: antidiabéticos orales.

Acude a consulta refiriendo astenia, debilidad, mialgias y artralgias, de meses de evolución refiere que está más decaída, su familia, la ve más apagada, ligera hiporexia, sin pérdida de peso llamativa. Solicitamos analítica general. HB 12.9, ferritina 56, GOT 67, GPT 64, GGT 409, FA 248. Se solicita ecografía: se observa hígado de tamaño y morfología normal, no alteración de vesícula ni vía biliar. Área pancreática sin alteraciones. No liquido libre. Se realiza control analítico a los 3 meses dada la persistencia de síntomas obteniendo resultados similares. Se deriva a digestivo para completar estudio. Solicitan estudio hepatopatía-RMN hepática normal. AS destaca la persistencia de hipertransaminasemia junto con ANA y AMA positivo e hipergammaglobulinemia policlonal a expensas de IgG. Por lo que se diagnostica de Hepatitis autoinmune y se inicia tratamiento con Ac Ursodesoxicólico.

Enfoque individual: Ama de casa. Jubilada.*Enfoque familiar y comunitario:* Viuda, vive con una de sus 2 hijas.*Juicio clínico:* Hepatitis autoinmune.*Diagnóstico diferencial:* Proceso oncológico metastásico. Problema vía Biliar. Hígado Graso. Hepatitis vírica.*Tratamiento, planes de actuación:* Acido Ursodesoxicólico 500 mg / 12 horas.*Evolución:* Tras inicio del tratamiento a los 3 meses la paciente presenta mejoría clínica, sigue ligeramente cansada pero su familia le nota mejoría. As: perfil hepático: GOT 26 GPT 14, GGT 88, FA 105.**Conclusiones**

La hepatitis autoinmune es una hepatitis crónica, de curso generalmente fluctuante y progresivo, caracterizado por periodos de actividad aumentada o disminuida, que afecta a niños y adultos a cualquier edad, fundamentalmente a sexo femenino. Se prevalencia es relativamente baja, afectando alrededor del 0,02% de la población. En casos muy leves pueden responder a Ac Ursodesoxicólico, en caso contrario se suele controlar con prednisona o Azatioprina. El trasplante hepático es una medida efectiva en aquellos pacientes que no responde al tratamiento médico. Pese a ser una entidad poco frecuente en los casos de hipertransaminasemia mantenida debemos de realizar estudio de autoinmunidad para descartarla.

Palabras clave

Hepatitis Autoinmune, Hipertransaminasemia, Astenia

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Doctora, creo que mi ITU no va bienMartín Gallardo M¹, Zambrano Serrano L², Rodas Díaz M³¹ FEA Medicina Familiar y Comunitaria. Urgencias Hospital Virgen de la Victoria. Málaga² MIR 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Torrox. Málaga³ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio El Morche. Torrox (Málaga)**Ámbito del caso**

Atención Primaria y Hospitalaria.

Motivo de la consulta

Dolor en hipogastrio y flanco izquierdo.

Historia Clínica

Mujer de 69 años.

Antecedentes personales: alergia a Penicilinas y contraste yodado. Dislipemia. Hipertensión arterial. Hernia de hiato. Cólicos renoureterales. Intervenciones quirúrgicas: apendicectomía, histerectomía. Tratamiento: paracetamol, ácido acetilsalicílico, Losartán/Hidroclorotiazida, simvastatina, omeprazol.

Enfoque individual: Enfermedad actual: acude a su médico por dolor en hipogastrio irradiado a flanco izquierdo. Combustor test+. Inicia tratamiento analgésico y antibiótico con Norfloxacin. A los dos días de tratamiento sin mejoría inicia febrícula por lo que acude a Urgencias Hospitalarias donde es derivada al alta con reajuste de tratamiento analgésico y antipirético. Acude a revisión por su Médico de Familia. Ante el empeoramiento del dolor y el aumento de fiebre de hasta 39°C, deriva a Hospital de referencia para descartar complicaciones.

Exploración presenta abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación en hipogastrio y flanco izquierdo, con puño percusión renal homolateral débilmente positiva. Análisis de sangre: 22000 leucocitos (con neutofilia), creatinina 1.1 (previa 0.71), Filtrado Glomerular 51 (previo 87.2), PCR 257. Análisis de orina: 100 leucocitos, 50 hematíes, nitritos negativos. Interconsulta a Cirugía: recomienda TC de abdomen. TC abdomen: A nivel de hipogastrio se observa colección intraabdominal mal definida de 5.6x7.4 cm en

borde antimesentérico de asa del íleon y que parece depender de la misma. Marcada trabeculación de la grasa locoregional y engrosamiento de la fascia peritoneal y del músculo abdominal izquierdo.

Enfoque familiar y comunitario: Casada. Marido preocupado.

Diagnóstico diferencial: ileítis, divertículo de Meckel complicado (diverticulitis), sin poder descartar lesión subyacente abscesificada o enfermedad inflamatoria intestinal de base.

Identificación de problemas: Dificultad de filiar la etiología de un dolor abdominal en paciente con cólicos renoureterales de repetición e infección de orina concomitante. Alergia a contraste yodado que dificulta el diagnóstico.

Tratamiento, planes de actuación: Analgesia, sueroterapia y antibioterapia. Ingresada en Cirugía.

Evolución: Buena evolución con tratamiento antibiótico. A la semana del ingreso se realiza enteroclistis y se descarta enfermedad inflamatoria.

Conclusiones

Ante la dificultad para filiar el origen de un dolor abdominal, cabe destacar la importancia del seguimiento en Atención Primaria, así como la detección de síntomas de alarma y de enfermedad refractaria a tratamiento por los que su médico, a buen criterio, derivó a Urgencias Hospitalarias para completar estudio.

Palabras clave

Ileitis, Diverticulitis, Abdominal Pain

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Síndrome depresivo en el cuidadorLópez Díaz JA¹, Hinojosa Fuentes F¹, Herrera Campos EA²¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Molino de la Vega. Huelva² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Adoratrices. Huelva**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

Motivo de la consulta

Seguimiento de su marido (enfermedad de Huntington).

Historia Clínica

Paciente de 56 años, que fue diagnosticado de enfermedad de Huntington hace tres años, viene para revisión y control de síntomas. El paciente se encuentra en una fase temprana de la enfermedad y se comunica por él mismo aunque se pueden apreciar movimientos incontrolados y torpeza en sus acciones. Su mujer lo interrumpe varias veces durante la entrevista para hacer hincapié en sus síntomas obsesivos y lo que afectan dichos síntomas a la estructura familiar, sobre todo a ella que es la cuidadora principal. Incluso en un momento de la entrevista comienza a llorar. Hace referencia a que ella es muy joven (54 años) para estar todo el día pendiente de él, sin tiempo para salir y sobretodo comenta la obsesión del paciente por seguirla a todos lados y controlarla.

Enfoque individual: Ante esta situación decidimos hacer una pequeña intervención inicial con su mujer para establecer un punto de partida y citarla otro día en consulta. Cuidamos el entorno y el momento para realizar la entrevista sin ser reiterativos e intentando que poco a poco nos vaya contando su historia y sus problemas, por lo que nos la citamos durante varios días.

Enfoque familiar y comunitario: Familia normofuncionante con bajo apoyo familiar.

Juicio clínico: Trastorno depresivo mayor D/D trastorno distímico D/D crisis ansiosa.

Tratamiento, planes de actuación: Comenzamos con citalopram 20 mg/día e iniciamos terapia conductual.

Evolución: La paciente tuvo una respuesta lenta las primeras semanas pero a medida que iba asistiendo a la terapia conductual comenzó a mejorar y act se encuentra actualmente estable sin presentar durante este tiempo crisis de ansiedad.

Conclusiones

Tras conocer el estado de la paciente durante la entrevista a su marido, decidimos intervenir, ya que muchas veces este tipo de pacientes magnifican los síntomas del enfermo y minimizan los suyos porque no lo consideran una enfermedad. Entre las estrategias destaca cuidar el entorno, averiguar cómo se siente el paciente y si necesita ayuda Médica, mostrar empatía (básico para poder adentrarnos en la historia del paciente), responder a sus emociones y elaborar un tratamiento que no sólo abarque los fármacos sino también la terapia conductual.

Palabras clave

Anxiety, Depression, Compassion Fatigue

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Enfermedad de Addison, a propósito de un caso

Blanco Rubio BC, González López A

*Médico de Familia. CS Las Palmeritas. Sevilla***Ámbito del caso**

Atención Primaria (AP) y Hospitalaria.

Motivo de la consulta

Cansancio e impotencia sexual.

Historia Clínica

Varón de 38 años acude por cansancio e impotencia sexual. Además refiere pérdida de peso en los últimos meses, astenia intensa, con molestias musculares y algún episodio de presíncope que asocia al ejercicio intenso. No síndrome miccional, deposiciones diarreicas en las dos últimas semanas que asocia a virasis de sobriño. Afebril.

Enfoque individual. Antecedentes personales: no alergias conocidas, fumador de 3-4 cigarrillos día. Riostendinitis supraespinosa hombro derecho. Depresión crónica sin tratamiento.

Exploración: Aceptable estado general, coloración oscura de piel, normohidratado. Tensión Arterial (TA) 97/50 mmHg. Frecuencia cardiaca (FC) 70 lpm. Auscultación cardiorrespiratoria normal, abdomen y resto normal.

Pruebas complementarias (PC): Analítica con hemograma y reactantes de fase aguda normal, Bioquímica; glucemia 74, potasio (k) 5.4, sodio (Na) 125. Hormonas tiroideas normales. Derivamos a Medicina Interna dónde realizan; marcadores tumorales que resultan negativos, proteinograma normal, anticuerpos antitiroideos negativos. Serología negativa. Cortisol libre urinario descendido, Cortisol plasmático descendido y ACTH elevada. Prueba de estimulación de ACTH sin modificación de cortisol sérico. Anticuerpos antiadrenales positivos. Tac abdomen normal.

Enfoque familiar y comunitario: Paciente joven, poca autoestima y poca adherencia a tratamientos previos, viene con su madre.

Pareja inestable, muy preocupado por su problema en las relaciones íntimas más que por la sintomatología acompañante. Abordaje psicológico de una primera atención a la impotencia sexual.

Juicio clínico: Insuficiencia suprarrenal Primaria autoinmune; Enfermedad de Addison. Neoplasia. Anorexia nerviosa. Depresión. Enfermedad autoinmune poliglandular. Dermatopolimiosistis. Enfermedad de Addison. Probable poca adherencia a un tratamiento que requiere participación activa y de por vida por parte del paciente. Es muy importante que tanto el enfermo como los familiares comprendan la importancia del tratamiento sustitutivo y sepan identificar aquellas situaciones en las que el paciente necesite modificación del tratamiento o incluso ingreso hospitalario.

Tratamiento, planes de actuación: Hidrocortisona 10 mg por la mañana y 5 mg por la tarde. e Hidroaltesona 0, 1 mg por la mañana.

Evolución: Permanece estable con tratamiento diario, no ha requerido administración extra de hidrocortisona. Se encuentra en seguimiento en consultas de Endocrinología.

Conclusiones

La enfermedad de Addison es una entidad de baja incidencia, con predominio del sexo femenino, clínica muy variable y con una aproximación diagnóstica abordable desde AP. Requiere de un tratamiento hormonal sustitutivo personificado y ajustable ante situaciones especiales.

Insistir en el papel del MAP para adherencia al tratamiento.

Palabras clave

Erectile Dysfunction, Asthenie

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Sífilis latente tardía como causa de demencia

Blanco Rubio BC, González López A, De Francisco Montero MC

*Médico de Familia. CS Las Palmeritas. Sevilla***Ámbito del caso**

Atención Primaria (AP) y hospitalaria.

Motivo de la consulta

Desorientación.

Historia Clínica

Varón de 84 años sin antecedentes de interés, acude por presentar en los últimos tres meses olvidos y episodios de desorientación autolimitada intermitente. Ningún otro síntoma acompañante.

Enfoque individual. Antecedentes personales: No fumador ni bebedor. Hepatopatía VHC crónica.

Exploración: Buen estado general, consciente y orientado en la tres esferas, afebril en todo momento. Neurológicamente sin alteraciones de interés. Resto normal.

Pruebas complementarias (PC); analítica con tres series normales, metabolismo del hierro normal, hormonas tiroideas, vitamina B12 y ácido fólico normales. Derivamos a consultas de Neurología dónde realizan distintas PC; TAC craneal sin hallazgos relevantes, RNM con hidrocefalia y atrofia subcortical con hiperintensidades periventriculares y microangiopatía isquémica grado 3. En estudio analítico de screening de demencias se observa serología de lúes positiva con RPR negativo. Derivan a consulta de Enfermedades infecciosas para descartar neurolúes.

Enfoque familiar y comunitario: Familia muy unida, vive junto a su esposa desde hace 50 años, son independientes para todas las actividades básicas de la vida diaria. El motivo de consulta les preocupa puesto que desde la

aparición de los ‘despistes’ la mujer tiene miedo a dejarlo sólo. Tras la aproximación diagnóstica inicial en consultas de Neurología, la familia se encuentra desconcertada. El paciente niega relaciones sexuales de riesgo y desconoce en todo momento el diagnóstico de sífilis, también niega haber realizado tratamiento con penicilina.

Juicio clínico: Cuadro de desorientación transitoria de probable etiología vascular. Probable Sífilis latente tardía. Demencias, accidente isquémico transitorio, accidente vascular establecido. Problemática familiar, necesidad de realización de PC a su mujer.

Tratamiento, planes de actuación: Pendiente de Punción lumbar y nueva serología para iniciar tratamiento.

Evolución: Pendiente de pruebas.

Conclusiones

La neurosífilis es una enfermedad de baja prevalencia actualmente, puede diferenciarse en asintomática, precisando estudio de líquido cefalorraquídeo (LCR) y es la forma más frecuente de presentación de la neurosífilis o sintomática con manifestaciones agudas y/o crónicas. Existen dos tipos, la parenquimatosa, que suele aparecer a las 15-20 años tras infección por *T. pallidum* y provoca destrucción neuronal del córtex. En cualquier caso la neurosífilis es fundamentalmente una meningitis crónica porque puede afectar a cualquier parte del SNC.

Palabras clave

Neurosyphilis, Dementia

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Tumoración laterocervical derecha. Sospecha cáncer de esófago

Ramos Martín JL, Alonso García FJ

UGC Cuevas de Almanzora. Almería

Ámbito del caso

Consulta de atención Primaria.

Motivo de la consulta

Mujer de 81 años que acude a consulta por presentar tumoración laterocervical derecha de un mes de evolución, que en las últimas 2 semanas ha tenido un crecimiento rápido, doloroso a la palpación. Refiere haber perdido peso de forma larvada en los últimos 2 años, pero no últimamente. No presenta clínica constitucional. No pérdida de apetito.

Historia Clínica

NAMC. DM2, HTA, Dislipemia, Hipotiridismo primario, Taquicardia paroxística supraventricular, asma bronquial, síndrome de Diógenes, ACV lacunar talámico. Tratamiento: atorvastatina 80 mg, atrovent, eutirox 112, furosemida 40 mg. TAC Cuello: Presencia de masa nodular heterogénea, centrotorácica, por detrás de ECM derecho de 44x57x40 mm, de paredes finas, de probable origen ganglionar, que comprime la vena yugular, interna, probablemente trombosada en su porción cervical. La misma presenta algunos ganglios satélites, el mayor de 8mm, posterior a la misma. Presencia de engrosamiento nodular de la pared del tercio superior del esófago de aspecto sospechoso de 14x16x22 mm, con compresión de la luz del mismo y de la tráquea. A nivel del arco costal de la segunda costilla derecha presenta masa expansiva, tisular, osteolítica, de 48x41x30 mm. La tiroides muestra a nivel del LTI una imagen quística tabicada de 14 mm, de aspecto benigno. Los cortes que exploran mediastino y vértices pulmonares no muestran adenopatías ni lesiones nodulares parenquimatosas. *Analítica:* hemograma, bioquímica, coagulación dentro de parámetros normales.

Enfoque individual: Situación funcional basal: institucionalizada, dependiente para las ABVD.

Enfoque familiar y comunitario: Acude acompañada de familiares y cuidadora de la residencia, manifestando preocupación por la paciente.

Juicio clínico: Cáncer de esófago: Estadio T4b. Debemos realizar el diagnóstico diferencial con la estenosis por reflujo gastroesofágico, la estenosis cáustica, el adenocarcinoma gástrico que infiltra el esófago y la acalasia.

Tratamiento, planes de actuación: Tras nuestra valoración, se deriva a la paciente para ingreso hospitalario. Durante su ingreso y tras realizar estadiaje del tumor, decidiéndose terapia paliativa mediante colocación de endoprótesis y electrocoagulación. El objetivo principal es mejorar la comodidad y calidad de vida de la paciente.

Evolución: Durante la realización del estudio por parte de atención Primaria, la paciente ha permanecido estable en todo momento y con correcta evolución clínico Analítica.

Conclusiones

Con el presente caso cabe destacar la importancia de realizar un adecuado diagnóstico diferencial en función de la clínica que cuenta la paciente. Creemos que casos como este deben ser presentados en la comunidad científica para explicar el potencial de una consulta de atención Primaria para el diagnóstico de una patología compleja.

Palabras clave

Esophagus Cáncer, Metastasis

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Menos molestia con la reglaJódar Sánchez JM¹, González Benitez L², Álvarez Sánchez P¹¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Zubia. Granada² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Zaidín. Granada**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

Motivo de la consulta

Molestias vaginales.

Historia Clínica

Paciente de 35 años que acude por presentar desde hace tres meses prurito con incremento del flujo vaginal de aspecto amarillo-gris y mal olor que ha estado en tratamiento con óvulos cotrimazol que la paciente por motu proprio se ha administrado, refiere leve mejoría intermitente con la regla. Molestias urinarias que ha tratado en dos ocasiones con fosfomicina-trometamol sin mejoría. No fiebre termometrada. Refiere no poder mantener relaciones sexuales por incremento del dolor. No otra clínica acompañante.

Enfoque individual. Antecedentes Personales: Cefalea tensional

Exploración física: Buen estado general, consciente y orientada normoperfundida y normohidratada. No lesiones dérmicas. Genitales externos eritematosos. Abdomen: blando y depresible, no signos de irritación peritoneal. No masas ni megalias. Exploración con espéculo: gran cantidad de flujo amarillento-grisáceo maloliente y espumoso. Punteado rojo en paredes vagina y cérvix. Tacto bimanual: no dolor a la movilización cervical. No palpación masas. Sistemático de orina: negativo. Cultivo vaginal: trichomonas vaginalis.

Enfoque familiar y comunitario: En los últimos años ha habido un incremento de la prevalencia de las enfermedades de transmisión sexual debido a la relajación en el uso de los

métodos anticonceptivos principalmente a la reducción en el uso del preservativo.

Juicio clínico: infección vaginal por trichomonas.

Diagnóstico diferencial: infección del tracto urinario, micosis vaginal, candida albicans, vaginosis bacteriana, infección por Chlamydia Trachomatis

Tratamiento, planes de actuación: De elección metronidazol oral 2 g en dosis única o repartirla en dos dosis 1g cada 12h. Cuando ésta no ha sido eficaz se administra metronidazol 500 mg/12 horas durante 7 días. La administración local intravaginal no es eficaz debido a que se encuentra en otras localizaciones. No consumir alcohol debido a su efecto antabus.

Evolución: Tras realizar el tratamiento de forma correcta por ambos miembros de la pareja la evolución es buena sin presentar otras complicaciones. Destacar la importancia del tratamiento en la pareja para evitar recidivas.

Conclusiones

Las infecciones del tracto genital en ocasiones se banaliza y es posible que no se aplique el tratamiento adecuado con la consiguiente persistencia de la patología o reaparición. No siempre el origen de la vulvovaginitis es infeccioso. Cabe destacar la importancia de una buena anamnesis para detectar hábitos que favorezcan la predisposición. Se puede afectar al tracto urinario inferior, glándula de bartolino y cérvix.

Palabras clave

Maloliente, Prurito, Flujo

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Un edema facial atípico

Valencia Jiménez I, Hercberg Moreno M, González Márquez E

CS Loreto Puntales. Cádiz

Ámbito del caso

Atención Primaria, atención hospitalaria (urgencias, m. interna).

Motivo de la consulta

Edema facial.

Historia Clínica

Paciente varón de 55 años fumador de 20 cig/día acude a consulta de Atención Primaria por hinchazón progresiva en cara y cuello, ortopnea de dos almohadas y voz gangosa de 3 semanas de evolución. Ante la sospecha de sdme de vena cava superior le indicamos al paciente la necesidad de acudir a urgencias hospitalarias.

Enfoque individual: Paciente de 55 años con HTA, fumador de 20 cig/día y portador de marcapasos permanente implantado en 2009 por bloqueo AV completo.

A la exploración presentaba edema en esclavina, inyección conjuntival bilateral. TA 150/96, Sat O₂ 95%. EKG: ritmo sinusal a 80 lpm, eje a 90°, QRS sin alteraciones en la repolarización. Analítica dímero D 0,98 mg/dl, GSA pH 7,38, pO₂ 65 mmHg, pCO₂ 45 mmHg, HCO₃ 26,6 mmHg. Rx tórax signos de broncopatía crónica. Angio-TAC de tórax opacificación total de vena cava superior con presencia de múltiples venas colaterales sin imágenes de trombos en Arterias pulmonares.

Enfoque familiar y comunitario: Se trata de un paciente con núcleo familiar estable, en la etapa II A del ciclo vital familiar según la OMS, conocida como etapa de extensión.

Juicio clínico: Síndrome de vena cava superior asociado a trombosis por cable de marcapasos. Neoplasia pulmón. Linfoma No Hodgkin.

Tratamiento, planes de actuación: Se ingresa al paciente en Medicina interna para tratamiento anticoagulante y estudio de extensión para descartar causa neoplásica asociada.

Evolución: Durante su estancia en planta de medicina interna el paciente evoluciona favorablemente. Se amplía el estudio para descartar la existencia de neoplasias como etiología del síndrome realizándose una TC cráneo y posteriormente una RMN tórax y abdomen siendo estas normales.

Conclusiones

El sdme de vena cava superior es una entidad poco común, causada en el 87-97% por neoplasias malignas. Se considera una emergencia oncológica por lo que requiere especial coordinación entre atención Primaria y especializada para llegar a un diagnóstico certero y rápido. Sólo el 0.2-3.3% de todos los implantes por marcapaso producen trombosis clínicamente significativa en forma de tromboembolismo pulmonar, síndrome de vena cava superior o incluso muerte súbita.

Palabras clave

Superior Vena Cava Syndrome, Lung Neoplasms, Lymphoma, Non-Hodgkin

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

El catarro de mi paciente no mejoraMartín Gallardo M¹, Rodas Díaz M², Zambrano Serrano L³¹ FEA Medicina Familiar y Comunitaria. Urgencias Hospital Virgen de la Victoria. Málaga² MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio El Morche. Torrox. Málaga³ MIR 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Torrox. Málaga**Ámbito del caso**

Atención Primaria y Hospitalaria.

Motivo de la consulta

Tos y fiebre de 2 meses de evolución.

Historia Clínica

Varón de 51 años, sin alergias medicamentosas conocidas, fumador 12c/d.

Enfoque individual: Enfermedad actual: acude a su médico por segunda vez por cuadro catarral de dos meses de evolución, consistente en tos con expectoración blanquecina, disnea y fiebre de hasta 38°C todas las tardes. Asocia escalofríos sudoración nocturna, dolor en hemitórax derecho de características pleuríticas. Empeoramiento pese a paracetamol, ventolín y Azitromicina. En esta segunda visita su médico detecta pérdida ponderal (11Kg). Pauta Levofloxacino y solicita radiografía de tórax preferente. Revisión en 48 horas: radiografía con imagen de neumonitis obstructiva en lóbulo medio y superior con sensación de masa, comprime lóbulo medio. Deriva a Urgencias Hospitalarias para acelerar proceso diagnóstico. En Urgencias se realiza análisis de sangre: leucocitos 12800 (78% Neutrófilos), Tiempo de protrombina 25.6, actividad del 31%, INR 2.24, PCR 152, procalcitonina 0.47. Antigenuria negativa. Cultivo de esputos pendiente.

Enfoque familiar y comunitario: Divorciado. Un hijo con custodia compartida. Vive con su madre, de la que cuida por movilidad reducida.

Juicio clínico: Masa pulmonar en estudio. Neumonitis obstructiva secundaria.

Tratamiento, planes de actuación: Antibioterapia, aerosolterapia, ingresa en Neumología.

Evolución: Estable. Afebril. TC tórax y abdomen: masa central que engloba hilio derecho, infiltra bronquio de lóbulo superior derecho y bronquio intermediario, con obstrucción total y atelectasia con neumonía obstructiva. Se extiende hacia mediastino, impronta y estenosa cava superior. Adenopatías paratraqueales, cavotraqeales, supraclaviculares y mediastínicas ipsi y contralaterales. Nódulo en lóbulo inferior izquierdo. Múltiples adenopatías retroperitoneales, mesentéricas y retrocrurales. Múltiples LOES hepáticas sugestivas de metástasis. Masa suprarrenal izquierda y nódulo suprarrenal derecho sugestivos de metástasis. Nódulo renal izquierdo. Lesiones blásticas en D8 sugestivas de islote óseo. Cáncer de Pulmón T4, N3, M1b.

Conclusiones

Cabe destacar a importancia del Médico de Familia en la detección y el diagnóstico precoz del Cáncer de pulmón. A pesar de lo avanzado de la patología en este caso concreto, consideramos que desde Atención Primaria se llevaron a cabo el seguimiento, las pruebas complementarias y la detección de los factores de riesgo y síntomas de alarma claves para la detección de la enfermedad en breve espacio de tiempo desde la aparición de la clínica.

Palabras clave

Lung Neoplasms, Smoking, Pneumonia

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

A continuación de una amigdalitis de repeticiónZambrano Serrano L¹, Rodas Díaz M², Martín Gallardo M³¹ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Torrox. AGS Este de Málaga. Málaga² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Torrox. Málaga³ FEA Urgencias. Hospital Clínico Virgen de la Victoria. Málaga**Ámbito del caso**

Atención Primaria, atención hospitalaria.

Motivo de la consulta

Amigdalitis de repetición.

Historia Clínica

Mujer de 43 años, sin alergias medicamentosas conocidas, que acude durante un periodo de 6 meses en 4 ocasiones por amigdalitis de repetición. Presenta tos, mucosidad y fiebre de hasta 39°C. Refiere debilidad progresiva. Como tratamiento Amoxicilina 1gr y Amoxicilina/Clavulánico, cediendo los episodios. Acude de nuevo a nuestra consulta con un nuevo cuadro junto a vómitos y fiebre de 39°C por lo que se decide derivación a Urgencias ante el estado de la paciente. Ésta presenta faringe hiperémica con hipertrofia amigdalar y algún exudado purulento. Adenopatías laterocervicales <1 cm.

Enfoque individual: Como antecedentes de interés la paciente padece trastorno ansioso-depresivo e Hipertensión Arterial en tratamiento con Valsartán/Hidroclorotiazida.

Enfoque familiar y comunitario: La mujer está casada y tiene 3 hijos pequeños. Es ama de casa y su marido trabaja en una cooperativa de frutas de la zona. Su madre padece DM-2 e HTA y su padre, linfoma no Hodking hace 6 años tratado con Quimioterapia. Su hermana ha pasado recientemente la mononucleosis.

Juicio clínico: Leucemia Linfoblástica aguda Ph+: Análisis de sangre: - Hemograma: HB 9.3.

Hcto 29. Leucocitos 66820, neutrófilos 29000, linfocitos 207000, monocitos 16240, plaquetas 76000. Bioquímica: Glucosa 106, Creatinina 0.78, Na 138, K 3.3, PCR 83,1. Coagulación: normal. Serología Paul-Bunnell negativa. Rx Tórax: Sin alteraciones significativas respecto a estudio anterior hace 4 meses. Test de Streptococo: positivo. Frotis de sangre periférica: 55% de células blásticas con nucléolo prominente y displasia en las tres series hematopoyéticas.

Tratamiento, planes de actuación: Imatinib y trasfusiones. Estudio de la familia, exclusión de factor Von Villebran hermana por trombopenia.

Evolución: La paciente está respondiendo correctamente al tratamiento necesitando trasfusiones periódicas y presentando efectos secundarios comunes de la quimioterapia. Se realizan entrevistas con la familia para abordar la situación. La paciente se encuentra ingresada en el hospital de referencia

Conclusiones

La amigdalitis de repetición, es una de las patologías más vistas por los médicos de atención Primaria. Es deber del médico de familia no pasar por alto ningún signo ni síntoma de alarma en la práctica clínica a pesar de la supuesta banalidad de determinadas consultas

Palabras clave

Tonsilitis, Acute Lymphoblastic Leukemia,

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Dorsalgias, ¿dolor mecánico?

Toro Cortés C, Moral Morales AM, García Bahmazar M

*MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Luis. Sevilla***Ámbito del caso**

Atención Primaria.

Motivo de la consulta

Dolor Costal izquierdo.

Historia Clínica

Paciente de 58 años fumadora que consulta en varias ocasiones por dolor costal izquierdo no traumático, de meses de evolución, que no mejora con analgesia habitual y fisioterapia. Se realiza radiografía de tórax que muestra masa de amplio contacto con superficie pleural en zona anterior del LSI (lóbulo superior izquierdo). La paciente es derivada a neumología para completar estudio. Se realiza TAC tóraco-abdominal que confirma la sospecha, muestra invasión ganglionar y sugiere invasión costal incipiente. Resto de estudio de extensión negativo. Finalmente con la anatomía patológica lo clasificamos como carcinoma no microcítico poco diferenciado.

Enfoque individual. Antecedentes personales: No alergias medicamentosas. Hiperlipemia en tratamiento dietético. Hipoacusia neurosensorial bilateral. SAHS en tratamiento con CPAP. Fumadora de 7 cigarrillos/día desde hace más de 30 años. Histerectomía y ooforectomía por patología no maligna en 2001.

Exploración: A la exploración la paciente presentaba pérdida de 6kg en el último mes y acropaquias como aspectos destacables. Auscultación cardiorrespiratoria normal con buena saturación sin otros hallazgos.

Enfoque familiar y comunitario: Uno de los motivos de consulta de esta paciente fue precisamente sus antecedentes familiares. Su hermana, también fumadora, fue intervenida de un cáncer de pulmón meses atrás y su padre falleció de un tumor mediastínico.

Juicio clínico: Carcinoma pulmonar no microcítico, poco diferenciado, infiltrante en lóbulo superior izquierdo T4N1M0 (estadio IIIA).

Diagnóstico diferencial: Se realizó con un proceso osteomuscular, etiología infecciosa por neumonía atípica dado que la paciente se encontraba afebril y la patología tumoral.

Tratamiento, planes de actuación: Se decide tratamiento quirúrgico: lobectomía superior izquierda con resección de pared y quimioterapia posterior.

Evolución: Favorable. Continúa en tratamiento con quimioterapia y seguimiento por oncología.

Conclusiones

Valorar en dorsalgias la realización de pruebas complementarias precoces, sobre todo en pacientes con factores de riesgo y que no responden a analgésicos por su amplia correlación con patología orgánica.

Palabras clave

Neoplasias Pulmonares, Tabaquismo

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

No todo en primavera es alergiaSoriano Molina MA¹, Vázquez Fernández RM²¹ Médico de Familia. CS Villanueva del Arzobispo. Jaén² Enfermera. DA AGS Norte de Jaén. Jaén**Ámbito del caso**

Atención Primaria. Hospitalaria.

Motivo de la consulta

Disnea y tos persistente.

Historia Clínica

Paciente de 46 años que acude a la consulta por edema en la cara y disnea con tos persistente seca y un trabajo respiratorio bastante considerable.

Enfoque individual. Antecedentes personales: No alergias medicamentosas, Anemia. Nódulo tiroideo y mioma.

Anamnesis: acude por disnea y tos seca de 2-3 días de evolución junto a edema facial.

Exploración: presenta taquipnea. TA: 185/85. ACR murmullo vesicular disminuido con algún sibilante aislado. AC: normal. Abdomen sin alteraciones. No edemas maleolares.

Pruebas complementarias: Analítica sanguínea: HB 11,5, resto normal. TSH: 3,2 ECG: RS a 79 lpm con una T negativa en III. Rx tórax normal

Enfoque familiar y comunitario: Padre con cáncer de pulmón (fallecido hace 10 años) y no hay antecedentes de asma en la familia. Es el mes de junio y en Jaén la floración del olivo está en su apogeo y nuestra paciente en otros años ha tenido episodios de rinitis estacional, por lo que lo primero que pensamos en un asma alérgico.

Juicio clínico: Asma estacional.

Diagnóstico diferencial: Asma estacional. Infección respiratoria. Tos secundaria a inhalación de gases (insistiendo en la anamnesis recuerda que unos días antes había inhalado gases de amoníaco).

Tratamiento, planes de actuación: Ponemos tratamiento para el asma estacional con broncodilatadores y corticoides inhalados. Además de poner tratamiento con codeína para la tos.

Evolución: El cuadro persiste durante los días posteriores incluso teniendo que acudir a urgencias en varias ocasiones. La tos se ha hecho más persistente y se acompaña de disfonía, por ello se decide derivación a neumología. En Neumología deciden solicitar serología de Bordetella Pertussis la cual da positiva por lo que inician tratamiento con Azitromicina 500 mg/24h durante 5 días y ventolín si precisa con lo que la clínica mejora. El diagnóstico final fue de Tosferina

Conclusiones

Muchas veces nos encerramos en diagnósticos lógicos para una circunstancia epidemiológica concreta (en este caso, un porcentaje muy alto de la población en esta época de primavera tienen síntomas respiratorios como consecuencia de la alergia al polen del olivo) y esto no nos retrasa en diagnósticos que solo con una sencilla prueba hubiéramos diagnosticado fácilmente.

Palabras clave

Bordetella Pertussis, Asthma, Cough (Bordetella Pertussis, Asma, Tos)

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

"No todo es fibromialgia"Peláez Pérez M¹, Cuberos Escobar A², Barceló Garach E³¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Delicias. Málaga² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Coín. Málaga³ Médico de Familia. CS Coín. Málaga**Ámbito del caso**

Atención Primaria y Hospitalaria.

Motivo de la consulta

Artromialgias generalizadas.

Historia Clínica

Desde hace cuatro meses cuadros presincoales sin cortejo vegetativo, parestesias en extremidades y cuadros catarrales de repetición. Además astenia generalizada con deterioro progresivo, hiporexia y pérdida ponderal.

Enfoque individual: No alergias medicamentosas conocidas. Asma bronquial estacional. Alopecia universal. Mastopatía fibroquística.

Exploración física: regular estado general, eupneica en reposo, afebril. Auscultación: tonos rítmicos, sin soplos, murmullo vesicular conservado, no ruidos patológicos. Abdomen blando y depresible, sin signos de peritonismo, no masas ni megalias, miembros inferiores anodinos, no adenopatías periféricas, no bocio ni nódulos tiroideos. Analítica sangre: hemoglobina 8.2, leucocitos 6800, plaquetas 304.000, INR 1.13, glucosa 101, urea 151, creatinina 5.22, albúmina 3.30, proteínas 6.2, sodio 138, potasio 5.23, GOT 15, GPT 23, GGT 23, PCR < 3.1, hierro 94, transferrina 190, factor reumatoide positivo, ANCA positivo con AntiMPO 43. Serología viral: negativa. Analítica orina: leucocitos 100, hematíes 250, nitritos negativos, proteínas 150, RAC 5568. Radiografía tórax: densidades lineales pleura parenquimatosas sugestivas de tractos fibrosos cicatriciales en lóbulo medio. Callos de fractura en 6º y 7º costillas. TC tórax: infiltrado con densidades nodulares centrolobulillares, algunas de ellas ramificadas ("árbol en brote") dispersas en ambos pulmones indicativo de bronquiolitis inflamatoria. Se aprecia atelectasia fibrocicatricial con bronquiectasias de tracción en su interior en lóbulo medio. Ecografía de abdomen y ecocardiograma sin hallazgos patológicos. Biopsia renal eco-guiada: gran mayoría de glomérulos

con esclerosis global, cuatro de ellos con semiluna fibrosa. Fibrosis intersticial y atrofia tubular severa.

Enfoque familiar y comunitario: Independiente para actividades básicas de la vida diaria. Vive con sus padres.

Juicio clínico: vasculitis PANCA asociada. Afectación renal e infiltrados pulmonares (Granulomatosis de Wegener).

Diagnóstico diferencial: Lupus Eritematoso Sistémico, Enfermedad de Churg-Strauss, síndrome de Goodpasture, Beriliosis.

Identificación de problemas: disnea, astenia, mialgias.

Tratamiento, planes de actuación: Se deriva a Medicina Interna para estudio. Tratamiento: Losartán 100 mg, amlodipino 5mg, omeprazol 20 mg, prednisona 30 mg, EPOETINA alfa 4000UI, Rituximab.

Evolución: Tras su ingreso, estudio y diagnóstico, presenta evolución tórpida de su función renal a pesar del tratamiento, precisando hemodiálisis.

Conclusiones

La Granulomatosis de Wegener es un cuadro que cursa con inflamación granulomatosa del tracto respiratorio, glomerulonefritis necrotizante focal y vasculitis necrotizante de vasos de pequeño y mediano calibre. Tiende a ser crónica y recidivante. Para establecer un diagnóstico y tratamiento correctos se requiere la realización de una biopsia, así como valorar la extensión y severidad de la enfermedad. Aportación para el Médico de Familia: tener presente este tipo de síndromes para realizar el diagnóstico diferencial ante síntomas como los que presenta nuestra paciente.

Palabras clave

Vasculitis, Glomerulonefritis, Anti-Neutrophil, Cytoplasmic, Antibody

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Tosferina como enfermedad profesional, a propósito de un casoLópez Ocaña FM¹, Andrade González P¹, Gilsanz Aguilera N²¹ Médico de Familia. DDCU Estepona. Málaga² Médico de Familia. CS Alora. Málaga**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

Motivo de la consulta

Tos persistente rebelde a antitusivos habituales y broncodilatadores, de dos meses de evolución.

Historia Clínica

Profesional médico, varón, 54 años. No alergias. Sin antecedentes médicos ni tratamiento farmacológico. Presenta cuadro de tos seca paroxística, persistente y progresiva, de dos meses de evolución, sin respuesta a tratamientos habituales. Empeoramiento nocturno durmiendo semiincorporado. La tos se torna productiva con abundantes secreciones blanquecinas, sin fiebre acompañante, apareciendo además una tos emetizante seguida de un estridor.

Enfoque individual: Profesional médico.*Enfoque familiar y comunitario:* Casado, con dos hijos convivientes en domicilio. Trabaja en atención Primaria aunque realiza jornada complementaria en urgencias, atendiendo también a niños.*Juicio clínico:* Sospecha de tosferina.*Diagnóstico diferencial:* patología pulmonar, de senos paranasales, reflujo gastroesofágico, etc.*Tratamiento, planes de actuación:* Se solicita radiografía de tórax, serología de Bordetella pertussis y se inicia tratamiento antibiótico.

Evolución: Con la radiografía de tórax normal se instaura tratamiento con Claritromicina 500 mg/12 horas durante 7 días, antitusivos y broncodilatadores, a la espera del resultado de la serología. La tos comienza a desaparecer aunque persiste sensación de irritación faríngea y episodios de afonía. Al mes se recibe el resultado serológico con una IgM negativa y una IgG positiva. Se instaura tratamiento a los convivientes con azitromicina oral.

Conclusiones

La tosferina es una enfermedad infecto-contagiosa de las vías respiratorias altas producida por la bacteria *Bordetella pertussis*. Es más frecuente y grave en la infancia. Se propaga fácilmente gracias a las gotitas de Pflugge. Los síntomas se inician como un resfriado común que va progresando. Posteriormente aparece la tos paroxística con el estridor y el vómito. El diagnóstico es sintomático y se confirma con exudado nasofaríngeo y serología. El tratamiento con antibióticos puede hacer desaparecer los síntomas pero sobre todo ayuda a reducir la posibilidad de diseminar la infección a otros. Los antitusivos y expectorantes no sirven. En los bebés puede requerirse ingreso hospitalario por ello en algunos países, incluido España, se recomienda la vacunación de las embarazadas al final de la gestación para prevenir la infección en sus hijos durante los primeros meses. Se recomienda la vacunación de adultos en contacto habitual con niños, incluidos profesionales Sanitarios. El pronóstico en general es muy bueno.

Palabras clave

Tosferina, Tos, Enfermedad Profesional

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

"Árbol bronquial de lechuga"Cuberos Escobar A¹, Peláez Pérez M², Sánchez Morales C³¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Coín. Málaga² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Delicias. Málaga³ Médico de Familia. CS Coín. Málaga**Ámbito del caso**

Atención Primaria y Hospitalaria.

Motivo de la consulta

Disnea.

Historia Clínica

Paciente de 79 años que presenta desde hace dos semanas disnea y astenia progresiva hasta hacerse de mínimos esfuerzos. Se acompaña de tos, no fiebre. Niega antecedentes de atragantamiento previo. Ninguna otra sintomatología asociada.

Enfoque individual: No alergias medicamentosas conocidas. Exfumadora hace 13 años de 15 cigarrillos / día (índice acumulado 40 paquetes / año). No enfermedades prevalentes conocidas.

Exploración física: buen estado general, consciente, orientado y colaborador, leve taquipnea en reposo, Saturación basal 91%. Auscultación: tonos rítmicos, sin soplos, murmullo vesicular conservado, sin ruidos respiratorios extremidades anodinas. Analítica sangre: PCR 115. Resto anodino. Radiografía tórax: atelectasia lóbulo superior derecho, con infiltrado asociado. TC tórax: obstrucción bronquio del lóbulo superior derecho, a más de 2 centímetros de la carina. Atelectasia de dicho lóbulo. Primera fibrobroncoscopia: en bronquio derecho masa de superficie blanquecina-verdosa y consistencia blanda, con fácil sangrado al roce. Biopsia: sugestiva de cuerpo extraño de probable origen vegetal; negativo para células malignas. Segunda fibrobroncoscopia: lesión milimétrica

blanquecina en la pared lateral derecha de la salida del bronquio lobar superior, inespecífica, compatible con granuloma.

Enfoque familiar y comunitario: Oriunda de Suecia, residencia actual Coín. Convive con su marido y cuatro perros.

Juicio clínico: neumonitis obstructiva por cuerpo extraño endobronquial. Reacción granulomatosa.

Diagnóstico diferencial: neoplasia pulmonar, granuloma, neumonía.

Identificación de problemas: disnea, tos, astenia.

Tratamiento, planes de actuación: deflazacort 30 mg, levofloxacino 500 mg, cefditoren 400 mg. Alta hospitalaria y revisión con nueva radiografía de tórax en consultas externas de Neumología.

Evolución: Tras valorar los hallazgos de la segunda fibrobroncoscopia, se confirma la extracción completa del cuerpo extraño endobronquial.

Conclusiones

Importancia de la fibrobroncoscopia y anatomía patológica para confirmar el diagnóstico de cuerpo extraño y poder descartar enfermedad neoplásica.

Palabras clave

Granulomatous, Foreign Body

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

"La almeja asesina"Cuberos Escobar A¹, Peláez Pérez M², Luna Valero MI¹¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Coín. Málaga² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Delicias. Málaga**Ámbito del caso**

Atención Primaria y Hospitalaria.

Motivo de la consulta

Dolor abdominal.

Historia Clínica

Paciente de 49 años derivado desde su CS por presentar dolor abdominal en hipogastrio y fosa ilíaca izquierda de tres días de evolución, acompañado de fiebre de 39 grados. Estreñimiento en días previos, que cambia a diarrea acuosa en las últimas horas. No náuseas ni vómitos.

Enfoque individual: No alergias medicamentosas conocidas. Bebedor habitual. Fumador de dos paquetes / día. Hipertensión arterial. Diabetes mellitus no insulino dependiente. No adherencia al tratamiento.

Exploración física: regular estado general, consciente, orientado, colaborador, sudoroso, tono cetrino de piel. Temperatura 37.8. Abdomen globuloso, distendido, ligeramente timpanizado, ruidos hidroaéreos presentes, signos de irritación peritoneal en fosa ilíaca izquierda. Analítica sangre: PCR 163, bilirrubina 1.4, bilirrubina 0.6. Resto anodino. Analítica orina: nitritos positivos. Resto anodino. TC abdomen: colección con moteado gaseoso y nivel hidroaéreo de 4.9 x 4.8 de diámetros axiales que se localiza en el mesenterio de íleon medio, el cual presenta hasta su porción terminal engrosamiento edematoso de su pared. Burbujas de neumoperitoneo. Hallazgos compatibles con perforación de víscera hueca.

Enfoque familiar y comunitario:

Independiente para actividades básicas de la vida diaria. Vive solo. El paciente presentaba ausencia de varias piezas dentales y mala higiene oral, lo cual puede interferir en el proceso de deglución.

Juicio clínico: perforación de víscera hueca por cuerpo extraño (valva de almeja).

Diagnóstico diferencial: diverticulitis, isquemia mesentérica, colitis infecciosa/isquémica.

Identificación de problemas: dolor abdominal, peritonismo.

Tratamiento, planes de actuación: Intervención quirúrgica de urgencia.

Evolución: Tras intervención quirúrgica exitosa, el paciente es dado de alta a domicilio con revisión posterior en consultas externas de Cirugía General y Digestiva.

Conclusiones

Importancia de la rápida identificación y actuación ante un paciente con signos y síntomas de abdomen agudo, así como, realizar una buena anamnesis sobre la dieta del paciente y circunstancias que precedieron al inicio de la enfermedad.

Palabras clave

Acute Abdomen, Intestinal Perforation

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

La otra cara de la adrenalina subcutánea

Justicia Gómez L¹, Salazar Bruque I², De Juan Roldán JI³¹ CS Palma-Palmilla. Málaga² MIR 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Palma-Palmilla. Málaga³ Médico de Familia. CS Palma-Palmilla. Málaga**Ámbito del caso**

Atención Primaria/Urgencias.

Motivo de la consulta

Disnea y dolor torácico.

Historia Clínica

Paciente que, tras el desayuno comienza con prurito palmo Plantar, angioedema lingual y palpebral, opresión faríngea, tos y disnea. Lo asocia a reacción alérgica presentada en otras ocasiones, por lo que se autoadministrada antihistamínico oral y adrenalina subcutánea. Acude en su coche a urgencias hospitalarias. En el trayecto comienza con sudoración, taquipnea, dolor torácico irradiado a miembro superior izquierdo, avisa a 061 y es trasladado a las urgencias hospitalarias.

Enfoque individual: Varón de 75 años. Alérgico a penicilinas, glibenclamida, himenópteros, mostaza y otros alimentos sin determinar.

Antecedentes personales: diabetes mellitus II, hipertensión arterial, dislipemia, obesidad, temblor esencial. Tratamiento habitual: enalapril 20 mg/24horas, propranolol 10 mg/24horas, metformina 850 mg/8horas, glicazida 30 mg/24horas, omeprazol 20 mg/24horas. *Exploración física:* A su llegada, consciente y orientado, mal estado general, palidez cutánea, disnea en reposo con uso de musculatura accesoria. Tensión arterial 195/120mmHg. Frecuencia cardíaca 110lpm. Saturación O₂ 65%. Afebril. Auscultación cardíaca sin alteraciones. Auscultación respiratoria: hipoventilación con crepitantes de ambos campos. Abdomen anodino. Neurológico: pupilas isocóricas normorreactivas, sin focalidad de pares craneales ni otras vías sensitivo-motoras. Miembros inferiores: sin edemas ni signos de trombosis venosa profunda.

Pruebas complementarias: Radiografía de tórax normal. Hemograma y hemostasia normales. Bioquímica: Glucosa: 188mg/dl; creatinina: 1,59mg/dl; Filtrado Glomerular: 42ml/min; Creatina

Quinasa MB: 5,30ng/ml; Troponina I: 0,974ng/ml; Potasio: 6,2mEq/l. Gasometría: Acidosis mixta: Ph: 7,10; PCO₂: 62,8mmHg; Bicarbonato: 15,2mEq/l. Resto normal. Electrocardiograma: ritmo sinusal 110 latidos por minuto, eje +40°, QRS estrecho, descenso de ST en V₃ a V₅, II, III y AvF. Cateterismo cardíaco izquierdo y coronariografía: Arterioesclerosis coronaria sin lesiones significativas.

Enfoque familiar y comunitario: Vive con su mujer y su hija divorciada, recientemente su nieto adolescente decide vivir con su padre.

Juicio clínico: Reacción anafiláctica y angor secundario a HTA y adrenalina subcutánea.

Diagnóstico diferencial: síndrome aórtico agudo, tromboembolismo pulmonar, neumotórax a tensión, síndrome de Takotsubo, angina Prinzmetal.

Tratamiento, planes de actuación: Alta a domicilio con AAS100 mg/24horas, amlodipino 5mg/24horas, bisoprolol 5mg/24horas, simvastatina 20 mg/24horas, nitroglicerina sublingual si dolor torácico, además de tratamiento habitual. Recomendaciones dietéticas, actividad física; control de tensión arterial y peso; evitar consumo de AINES y autoadministración de adrenalina subcutánea.

Evolución: Durante ingreso mejoría de los síntomas. Normalización alteraciones electrocardiográficas y analíticas. Función renal persiste alterada al alta.

Conclusiones

En pacientes con alto riesgo cardiovascular, tener precaución con la administración de alfa-Adrenérgicos pues puede desencadenar angor secundario.

Palabras clave

Non-St Elevated Myocardial Infarction, Anaphylaxis, Epinephrine

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

"Desmayo horario"Peláez Pérez M¹, Cuberos Escobar A², Barceló Garach E³¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Delicias. Málaga² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Coín. Málaga³ Médico de Familia. CS Coín. Málaga**Ámbito del caso**

Atención Primaria y Hospitalaria.

Motivo de la consulta

Síncopes de repetición (hasta 20 diarios).

Historia Clínica

Varón de 84 años derivado desde Atención Primaria por presentar pérdidas transitorias de conciencia de repetición de inicio brusco en sedestación sin pródomos asociados de menos de un minuto de duración, sin cianosis o pérdida de control de esfínteres, con recuperación ad integrum de forma espontánea. No palpitations, dolor torácico ni disnea. No toma de cronotropos negativos.

Enfoque individual: No alergias medicamentosas conocidas. Ex-fumador desde hace 40 años. Dislipemia. Fibrilación auricular. Ictus isquémico vértebrobasilar de posible origen aterotrombótico. Trombosis pulmonar asociado a trombosis venosa profunda de miembro inferior izquierdo. Nefrectomía derecha. Hipertrofia benigna de próstata.

Exploración física: buen estado general, consciente, orientado y colaborador. Auscultación: tonos arrítmicos, soplo sistólico eyectivo aórtico, murmullo vesicular conservado sin ruidos patológicos. Electrocardiograma: ritmo de fibrilación auricular a 130 latidos por minuto, eje sin alteraciones, QRS con signos de hipertrofia ventricular izquierda, descenso del segmento ST en cara anterolateral y ascenso en aVR y

DIII. Analítica de sangre: troponina 0.085, creatin quinasa 96, CK MB 0.6. Resto anodino. Radiografía tórax: sin hallazgos patológicos.

Enfoque familiar y comunitario: Parcialmente dependiente para las actividades básicas de la vida diaria. Vive con su mujer.

Juicio clínico: síncope de perfil cardiogénico. Posible síndrome bradicardia-taquicardia.

Diagnóstico diferencial: bloqueos sinoauriculares, bloqueos auriculoventriculares, síncope de origen neurógeno.

Identificación de problemas: síncope.

Tratamiento, planes de actuación: El paciente es ingresado en el Servicio de Cardiología. Pese a no presentar bradicardias extremas, pausas ni bloqueos, se decide implantación de marcapasos DDD.

Evolución: Tras implantación de marcapasos, el paciente no ha vuelto a presentar episodios sincopales.

Conclusiones

Importancia del estudio del origen de los cuadros sincopales. - Indicaciones del marcapasos.

Palabras clave

Cardiogenic Syncope, Atrioventricular Block

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

La depresión y la ausencia del abordaje biopsicosocial como causas de muerte

Pallarés Berbel O¹, Irigoyen Martínez C¹, González Uceda MC²

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Alameda-Perchel. Málaga

² Médico de Familia. CS Alameda-Perchel. Málaga

Ámbito del caso

Atención Primaria, atención hospitalaria.

Motivo de la consulta

Deterioro cognitivo.

Historia Clínica

Anamnesis: tras fallecimiento de su marido trastorno depresivo mayor (TDM, falta de energía y tristeza) con sentimientos de soledad, no aceptación del envejecimiento y pérdida de su vida anterior, múltiples consultas por somatizaciones. Posteriormente, ideas de muerte y anhedonia. Rechaza cualquier tipo de tratamiento. Déficit de autocuidados progresivo. Último mes, síndrome constitucional con caídas, se traslada a casa de su hermana desarrollando síntomas conversivos. Finalmente, inicio de síntomas de inhibición motora severa por los que acuden a Urgencias.

Exploración: estable hemodinamicamente, saturación basal mantenida, Temperatura 38°, palidez generalizada, tendencia al sueño, mutismo, poca colaboración. A destacar: Pupilas mióticas, reactivas, espasticidad, reflejos abolidos, hipoventilación generalizada, ruidos hidroaéreos disminuidos, molestia generalizada a la palpación abdominal, hematoma en rodilla derecha. Resto de exploración sin hallazgos.

Pruebas complementarias: valoración por especialidades hospitalarias (medicina interna, infecciosas, neurología/neurocirugía, hematología, cirugía ...), realización de análisis de sangre/orina, serologías, EKG, TC y RM craneal, TC abdominal, ecografía abdominal, estudio de LCR, EEG ... y elaboración de diagnósticos de presunción nunca confirmados (Hidrocefalia normotensiva del adulto, encefalopatía difusa, vasculopatía cerebral degenerativa, meningioma parasagital derecho, ITU por Enterococo, fistula entero-vesical ...)

Enfoque individual: Mujer, 75 años, no alergias, ex-fumadora de 30 paquetes/año. HTA, hipotiroidismo, anemia por déficit de vitamina B12, TDM.

Enfoque familiar y comunitario: Viuda desde hace 15 años, no hijos, vive sola, previa posición acomodada socioeconómica, bailarina en juventud.

Juicio clínico: TDM, trastorno disociativo de la motilidad voluntaria, trastorno de personalidad dependiente.

Diagnóstico diferencial: trastorno de adaptación (prolongada, de duelo complejo y persistente), abuso de sustancias, patología orgánica.

Problemas identificados: iatrogenia, encarnizamiento diagnóstico por medicina basada en pruebas.

Tratamiento, planes de actuación: Cobertura antibiótica de amplio espectro, colocación de sonda para nutrición enteral, oxigenoterapia.

Evolución: Tórpida, desarrollo de íleo paralítico con vómitos fecaloideos con broncoaspiración y éxitus tras 1 mes de ingreso.

Conclusiones

La longitunalidad; la medicina centrada en el paciente, y no en el diagnóstico; la valoración de la historia y el curso de los síntomas; la valoración psicosocial; la coordinación Primaria (aporta el conocimiento previo)-hospital. son elementos claves para la atención de enfermos complejos. Contemplar en el diagnóstico diferencial las enfermedades más frecuentes y el empeoramiento de las previas.

Palabras clave

Depressive Disorder Major, Conversion Disorder, Iatrogenic

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Sepsis en Atención PrimariaMartín Pérez E¹, López Torres G², López Ramón I³¹ Médico de Familia. DDCU Chana. Granada² Médico de Familia. CS Doctores Salvador Caballero. Granada³ Médico de Familia. DDCU Gran Capitan. Granada**Ámbito del caso**

Unidad de cuidados críticos y urgencias.

Motivo de la consulta

Cianosis y temblores.

Historia clínica

Acude la paciente a. F. A. 60 años acompañada de su marido y nos refiere que tras lavado de la vía central que tiene tras intervención de bypass gástrico ha comenzado con tiritona y está algo cianótica.

Enfoque individual: La paciente fue intervenida de bypass gástrico en 2008 con mala evolución, de nuevo es ahora intervenida para revertirlo y se extirpa quiste hepático que estaba comprimiendo, tiene desnutrición secundaria a vómitos de repetición. Exploración está consciente y orientada, escalofríos acp: murmullo vesicular conservado (mvc), Blumberg y murphy negativos, peristaltismo normal, mmii: no edemas, no signos de trombosis venosa periférica (tvp), pulsos bilaterales y simétricos, se aprecia cianosis periférica, mala perfusión, temperatura 38,4, frecuencia cardiaca 110, tensión arterial 130/70, saturación de oxígeno 80%.

Enfoque familiar y comunitario: El marido de la paciente que realizaba las curas periódicas era enfermero.

Juicio clínico: Sepsis por catéter.

Tratamiento, planes de actuación: Se activa código sepsis, se le coge vía periférica y es

trasladada por nuestra ambulancia y oxigenoterapia a urgencias hospitalarias, donde ingresa en la uci; donde se solicita, analítica (leucos 3250), estudio radiológico sin alteraciones significativas y cultivo de catéter, sueroterapia intensiva y gases venosos de control; se confirma una sepsis por catéter y se contacta con radiólogo intervencionista acordando extracción de catéter tras preguntarle cómo proceder. Se le aplica tratamiento con meropenem 1 gramo cada 8 horas intravenoso.

Evolución: Tras hidratación con suero fisiológico y plasmalite, oxigenoterapia y antibioterapia la paciente comienza a recuperar tensiones a mejorar su saturación y a tener menor sensación de enfermedad y estar más despierta

Conclusiones

Es muy importante saber que en la sepsis es fundamental la detección precoz; que existen protocolos locales y nacionales del manejo de la sepsis. El medico en atención Primaria como en un DDCU ante sospecha tras cumplir ciertos criterios debe activar el código sepsis lo que permite mejorar el nivel asistencial de estos pacientes, optimizando los tiempos de identificación, actuación y mejorando la monitorización de respuesta para alcanzar el objetivo que es reducir la mortalidad relacionada con este proceso.

Palabras clave

Sepsis, Cateter, Cianosis, Temblor

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Trypanosoma Cruzi: causa poco común de bronquiectasiasVicente Prieto MI¹, Moral Cañas MP², Jiménez Ramírez B¹¹ Médico de Familia. CS Fortuny. Granada² Médico de Familia. CS Huétor Tájar. Granada**Ámbito del caso**

Atención Primaria. Enfermedades infecciosas. Neumología.

Motivo de la consulta

Hemoptisis.

Historia Clínica

Paciente de 42 años procedente de Bolivia, residente en España desde hace 15 años, con viajes a su país cada 4. Acude a consulta por cuadro de tos con expectoración hemoptoica franca no cuantificada asociado a sensación distérmica. Refiere historia de tos ocasional desde hace al menos 10 años asociada a sibilancias y sensación disneica. Sudoración nocturna con astenia, hiporexia y pérdida de peso. Rx tórax: imagen aparente de afectación intersticial de distribución bibasal Tac de tórax: múltiples bronquiectasias cilíndricas de moderado tamaño y algunas de morfología varicosa distribuidas predominantemente en segmento posterior del lóbulo superior derecho, lóbulo medio y llingula, con signos de sobreinfección. Cultivo de esputo: desarrollo de más de 100.000 colonias de pseudomona aeruginosa. Serología de Trypanosoma Cruzi: ac ++.

Enfoque individual: Ante la presencia de Rx de tórax patológica se deriva a Hospital donde queda ingresada para tratamiento de bronquiectasias por sobreinfección por pseudomona aeruginosa.

Enfoque familiar y comunitario: Familia nuclear ampliada formada por los progenitores y sus dos hijos así como la hermana de la paciente. La Atención Primaria de Salud será la responsable del estudio de los familiares u otras

personas del entorno del paciente afectado que hayan sido expuestas a los mismos riesgos epidemiológicos.

Juicio clínico: Bronquiectasias en paciente con Enfermedad de Chagas. Se debe realizar diagnóstico diferencial con otras causas de bronquiectasias: aspergilosis broncopulmonar, fibrosis quística, discinesia ciliar Primaria (síndrome de Kartagener), enfermedades autoinmunes, etc

Tratamiento, planes de actuación: Corticoides, antibióticos, broncodilatadores, antileucotrienos.

Evolución: Se deriva a unidad de enfermedades infecciosas para continuar estudio de posible repercusión en órganos diana como son la afectación cardiaca, digestiva y neurológica e instaurar tratamiento específico frente a Trypanosoma Cruzi (Benznidazol y Nifurtimox).

Conclusiones

La Enfermedad de Chagas es una enfermedad infecciosa endémica en América latina. Como consecuencia de los movimientos poblacionales se ha expandido a países como el nuestro, siendo España el país europeo con más inmigrantes latinoamericanos. La Atención Primaria constituye el marco habitual de acceso al sistema de salud y es el ámbito idóneo para detectar de forma precoz aquellas personas afectadas por enfermedad de Chagas que pudieran beneficiarse de tratamiento.

Palabras clave

Hemoptisis, Bronquiectasia, Trypanosoma Cruzi

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Gestante con dolor abdominal: caso clínico de diagnóstico diferencial complejoLópez Torres G¹, Martín Pérez E², Reyes Requena M³¹ Médico de Familia. CS Doctores, Salvador Caballero. Granada² Médico de Familia. DDCU Chana. Granada³ Médico de Familia. DDCU. Granada**Ámbito del caso**

Atención Primaria y atención hospitalaria (Servicio de Urgencias, Obstetricia y Hematología)

Motivo de la consulta

Dolor abdominal.

Historia Clínica

Enfoque individual. Antecedentes personales: Gestante de 22 años de 28 semanas de gestación, normo-evolución del embarazo controlado en el CS y consultas obstetricia; Fórmula obstétrica: 1-0-1-1-1. Sin antecedentes personales de interés, no alergias medicamentosas conocidas.

Anamnesis: Acude al CS de forma urgente por presentar dolor abdominal, sensación de dinámica asociada a síndrome miccional y distérmica. Unos diez días antes había sido valorada en nuestra consulta por presentar dolor en flanco izquierdo de carácter cólico sin náuseas ni alteración en las deposiciones que se filió como síndrome renoureteral agudo, pautándosele tratamiento analgésico.

Exploración: Altura uterina acorde con su edad gestacional, tono uterino normal con hipersensibilidad a la palpación uterina. Tacto vaginal: Cuello cerrado y formado. Tensión arterial: 110/70 mmHg. Temperatura: 37,6°C. Tira reactiva de orina: Normal. Se decide traslado para valoración en el hospital de referencia.

Pruebas complementarias: Sedimento orina negativo, cervicometría y control dinámica normal, urocultivo y hemocultivo negativos. Leucocitosis 17.160 con Neutrófilos 83%, PCR 135. Ecografía abdominal: Masa multiloculada en fosa ilíaca izquierda sugerente de hematoma dependiente de musculatura abdominal que en la resonancia magnética se traduce como trombosis de la vena ovárica.

Enfoque individual: La paciente sigue controles CS.

Enfoque familiar y comunitario: Estudio de la familia y la comunidad: Tras episodio sufrido por nuestra paciente y teniendo en cuenta que en nuestra consulta tenemos a dos hermanas cuyas investigamos sobre antecedentes de episodios trombóticos, abortos, para valorar posible estudio de trombofilia.

Juicio clínico: Trombosis de la vena ovárica izquierda aguda-subaguda precoz en gestante.

Diagnóstico diferencial: Cólico nefrítico, pielonefritis en gestante.

Tratamiento, planes de actuación: Tras la evaluación en consulta de Hematología se descubre que en embarazo previo presento en el puerperio una trombosis venosa profunda iliofemoral no recogido en la cartilla maternal sin estudio posterior de trombofilia. Tras instauración de tratamiento con heparina e ingreso cinco días presenta mejoría.

Evolución: Continua controles de embarazo CS. Indicación de seguimiento por Hematología.

Conclusiones

Tras un cuadro trombótico en una gestante se debe hacer siempre un estudio de trombofilia para adecuar el tratamiento de los posteriores embarazos y prevenir nuevos eventos trombóticos. No debemos dar por hecho que un cuadro de dolor abdominal en una gestante es debido al embarazo.

Palabras clave

Gestación, Urgencias, Trombosis

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Doctora, no puedo coger los vasosRomero Mayo M¹, García García R², González Benitez L³¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Doctores-Salvador Caballero. Granada² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Zubia. Granada³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Zaidín Sur. Granada**Ámbito del caso**

Atención Primaria. Atención especializada.

Motivo de la consulta

Dolor e impotencia funcional en mano derecha.

Historia Clínica

Mujer de 40 años que aqueja dolor en la estiloides radial de la mano derecha progresivo de varios meses de evolución, que comienza a ser invalidante, para realizar su trabajo.

Enfoque individual: Paciente sin antecedentes personales de interés, ni alergias conocidas. Trabajadora de hostelería. Refiere dolor sordo en dedo pulgar irradiado hacia el codo que ha ido acentuándose hasta hacerse muy intenso. Comenta que cada vez le es más difícil llevar la bandeja, sujetar los vasos, cayéndose en varias ocasiones desde hace unas semanas. No presenta dolor ni impotencia en otras zonas.

En la exploración física destaca dolor a la presión de la zona estiloradial, maniobra de Filkestein (flexión cubital de la mano, estando el pulgar recogido en la palma de la mano) positiva. No aumento de calor ni edematización de la zona. Se realizó una radiografía posteroanterior y lateral de la muñeca, donde se descartaron anomalías óseas, artrosis o calcificaciones de tendones.

Enfoque familiar y comunitario: Familia monoparental con un hijo de 6 años. Buena red social, preocupada por no poder realizar su trabajo y poder ser despedida.

Juicio clínico: Tenosinovitis de Quervain.

Diagnóstico diferencial: Rizartrosis, fractura de escafoides, síndrome de intersección, neuritis radial superficial, artritis reumatoide.

Tratamiento, planes de actuación: Se deriva a la paciente a consultas externas de Traumatología por sospecha de tenosinovitis de Quervain, que se confirma mediante ecografía. Mientras espera a la consulta Médica especializada, se indica tratamiento con antiinflamatorios orales, crioterapia, reposo y auto masajes. Los traumatólogos prescribieron tratamiento conservador con férula de descanso con inclusión del pulgar.

Evolución: La paciente mejoró parcialmente con las medidas aplicadas y se decidió infiltración con corticoides de la zona con mejoría significativa.

Conclusiones

La tenosinovitis de Quervain es una inflamación de la vaina de los tendones abductor largo del pulgar y extensor corto del pulgar en la muñeca, cuya clínica y exploración es fundamental para el diagnóstico, por lo que es importante conocer las maniobras que lo desencadenan. Puede causar en el curso crónico impotencia para realizar correctamente la pinza pulgar-índice y con un correcto tratamiento suele tener buen pronóstico.

Palabras clave

Pain, De Quervain Tenosynovitis

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Dolor en fosa renal que no responde a tratamiento analgésico habitual: a propósito de un caso clínico urgenteLópez Torres G¹, Martín Pérez E², Reyes Requena M³¹ Médico de Familia. CS Doctores. Salvador Caballero. Granada² Médico de Familia. DDCU Chana. Granada³ Médico de Familia. DDCU. Granada**Ámbito del caso**

Atención Primaria y Atención Hospitalaria (Servicio de Urgencias, Neumología y Hematología).

Motivo de la consulta

Dolor en fosa renal.

Historia Clínica*Enfoque individual. Antecedentes personales:* Varón de 56 años, antecedentes de cólicos nefríticos de repetición. No intervenciones quirúrgicas. No alergias medicamentosas conocidas.*Anamnesis:* Consulta de forma urgente en nuestra CS por presentar en repetidas ocasiones en el último mes, dolor a nivel de fosa renal de carácter cólico asociado a síndrome miccional. El dolor cede parcialmente con analgesia parenteral, reapareciendo en menos de 24 horas. En todo momento afebril sin disminución de diuresis. Añade a su clínica habitual disnea de moderados esfuerzos así como desplazamiento del dolor hacia musculatura paradorsal baja que le despierta por la noche.*Exploración:* Auscultación cardiorrespiratoria: Rítmico, murmullo vesicular conservado algo hipofonético en bases. Abdomen: Puño percusión renal derecha dudosa. Tensión arterial: 140/60mmHg; Frecuencia cardíaca: 109lpm; Saturación de Oxígeno: 91%. Tras la aparición de la disnea, y no mejora sintomática tras tratamiento analgésico, decidimos derivar a urgencias hospitalarias.*Pruebas complementarias:* Inicialmente valorado por urólogo de guardia se descarta tras ecografía de vías urinarias la presencia de litiasis. Así mismo en TAC abdómino pélvico se descarta disección de aorta encontrándose derrame pleural derecho en escasa cuantía con mínimo componente cisural que provoca atelectasia. Electrocardiograma y radiografía de

tórax: Normales. Hemograma y bioquímica básica sin alteraciones. Dímero D: 1,48. Angio TAC: Hallazgos sugerentes de tromboembolismo pulmonar bilateral que afecta a ambas pirámides basales junto a pequeño infarto pulmonar en base parénquima pulmonar derecho.

Enfoque individual: El paciente es una persona joven, tuvo que permanecer en situación de baja laboral durante unos meses.*Enfoque familiar y comunitario:* Estudiaremos posibles patologías trombóticas en familiares.*Juicio clínico:* Tromboembolismo pulmonar bilateral con infarto pulmonar asociado.*Diagnóstico diferencial:* Cólico nefrítico, aneurisma de aorta.*Tratamiento, planes de actuación:* Ingreso en Neumología con introducción de tratamiento anticoagulante y derivación a Hematología para estudio de trombofilia hereditaria.*Evolución:* La evolución es favorable con alta sin secuelas a las dos semanas. Seguimiento evolutivo en consulta de Atención Primaria.**Conclusiones**

La presentación atípica de patologías agudas aparece ocasionalmente en consulta y es de especial relevancia en determinados procesos como el de nuestro caso. Es conveniente para su correcto diagnóstico reevaluar periódicamente a nuestro paciente barajando diferentes diagnósticos diferenciales sin dejarnos llevar por la primera impresión diagnóstica.

Palabras clave

Urgencias, Tromboembolismo, Disnea

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Retraso diagnóstico de una paciente con lupus eritematosoFons Cañizares S¹, Benítez Jiménez L², Pérez Sánchez S³¹ CS Ronda Norte. Málaga² MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Ronda Norte. Ronda (Málaga)³ MIR 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Ronda Norte. Ronda (Málaga)**Ámbito del caso**

Atención Primaria para diagnóstico.

Motivo de la consulta

Abortos de repetición y pruebas treponémicas inespecíficas positivas.

Historia Clínica

Mujer de 27 a, con 2 abortos de repetición y pruebas treponémicas inespecíficas positivas en embarazos. Seguida por ginecología y derivada a medicina interna para estudio (anticuerpos antinucleares (ANA) negativos, pero no podemos pedir anticoagulante lúpico), que no visitan pero nos contestan por escrito para seguimiento con pruebas semestrales (ANA y Anticuerpos de virus de inmunodeficiencia humano) y nueva derivación si fiebre o síntomas compatibles con enfermedad de tejido conectivo. Por teléfono conseguimos cita con medicina interna pero faltó por muerte de un familiar en Galicia y necesidad de arreglar documentos tras dicho fallecimiento). Dos años después empiezan episodios de urticaria, dolores articulares, eritema malar, acudiendo a urgencias de hospital y de CS Vuelve a consulta de Médico de Familia y tras analítica aparece ahora ANA +, proteinuria.

Enfoque individual: Habitual en cupo porque hace 9a tuvo tiroidectomía por nódulo tiroideo benigno, que provoca hipotiroidismo e hipoparatiroidismo con visitas semestrales. Asma que necesita visitas en crisis.

Enfoque familiar y comunitario: Casada recientemente con deseo de ser madre. Pregunta si la nueva enfermedad le permitirá ser madre. Trabaja de administrativa.

Juicio clínico: Lupus eritematoso sistémico con afectación renal, cutánea y articular. La afectación renal, tras biopsia es de Nefropatía lúpica tipo IV.

Tratamiento, planes de actuación: Mejora síntomas cutáneos y artralgias con corticoides orales. Después internista añade hidroxicloroquina, y nefrólogo micofenolato, enalapril, pitavastatina y mejora la proteinuria pasando a microalbuminuria.

Evolución: Nefrología baja prednisona a 15 mg, en descenso, tensión arterial controlada sin enalapril. No síntomas cutáneos ni articulares. Esperar para gestación (solo llevará 2 años desde diagnóstico en octubre 2017).

Conclusiones

Posiblemente podría haber sido diagnosticada con antelación. Importante conocer los antecedentes y su evolución para tomar decisiones diagnósticas.

Palabras clave

Lupus Erythematosus Disseminates, Diagnosis, Primary Health Care

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Infeción de transmisión sexual (ITS) y sus implicaciones

Romero Romero AM¹, Rueda Rodríguez P², Guerrero García FJ¹

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Gran Capitán. Granada

² Médico de Familia. CS Gran Capitán. Granada

Ámbito del caso

Urgencias hospitalarias y extrahospitalarias.

Motivo de la consulta

Metrorragia de varias semanas de evolución.

Historia Clínica

Antecedentes personales de migraña. No hábitos tóxicos. No alergias medicamentosas conocidas.

Enfoque individual: Mujer de 30 años que acude a urgencias por metrorragia de varias semanas de evolución que en los últimos días se ha acompañado de febrícula.

A la exploración presenta leve dolor focalizado en hipogastrio. No sabe especificar fecha de última regla. Se le realizó una ecografía donde se visualiza imagen heterogénea en trompa izquierda compatible con embarazo ectópico. Se decide realizar laparotomía diagnóstica en la que se confirma embarazo ectópico extrauterino en trompa izquierda con extracción del embrión y saco gestacional y realización de salpinguectomía izquierda. En el proceso se observan múltiples adherencias también en trompa derecha. Se toman muestras de cultivo que salieron positivas para *Chlamydia trachomatis*.

Enfoque familiar y comunitario: Familia amplia con agregados, con buen apoyo familiar.

Juicio clínico: Embarazo ectópico extrauterino causado por adherencias en ambas trompas compatible con Enfermedad inflamatoria pélvica (asintomática hasta el momento diagnóstico) por *Chlamydia trachomatis*.

Tratamiento, planes de actuación: Se implantó tratamiento antibiótico con doxiciclina durante 10 días de forma domiciliaria tras recuperación favorable de la intervención.

Evolución: La evolución de la paciente fue favorable, con buen cumplimiento terapéutico y negativización de los cultivos en revisiones posteriores. Se programa valorar permeabilidad de la trompa uterina restante mediante laparoscopia en deseos futuro de gestación de la paciente.

Conclusiones

Es necesario concienciar a la población sobre la importancia de la salud sexual, siendo rigurosos y estrictos en el diagnóstico y tratamiento exhaustivo de ITS para evitar complicaciones futuras posteriores que afectarán de forma importante a la vida del paciente.

Palabras clave

Ectopic Pregnancy, Pelvic Inflammatory Disease, Chlamydia Infection

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Adenopatía sospechosa. Un caso para aprenderBenítez Jiménez L¹, Pérez Sánchez S², Fons Cañizares S³¹ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Ronda Norte. Málaga² MIR 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Ronda Norte. Málaga³ Médico de Familia. CS Ronda Norte. Málaga**Ámbito del caso**

Atención Primaria, atención hospitalaria.

Motivo de la consulta

Tumoración cervical izquierda.

Historia Clínica

Mujer de 73 años, acude a consulta por nódulo cervical izquierdo, dos meses de evolución, no doloroso, sin antecedentes de odontalgia ni infección respiratoria.

A la exploración objetivamos adenopatía de 2 cm en dicha localización, desplazable, sin otros hallazgos. Se realiza analítica sanguínea (que resulta anodina) y ecografía con sonda de exploración abdominal en nuestra consulta, impresionando imagen anecoica. Solicitamos ecografía cervical que revela conglomerado adenopático sospechoso de malignidad por lo que se realiza punción aspiración con aguja fina, sin poder determinar la existencia de patología, recomendándose exéresis y biopsia. Remitimos a la paciente a Cirugía General para linfadenectomía y el resultado de la biopsia muestra linfoma de Hodgkin clásico de predominio linfocitario. A raíz del caso, hemos realizado sesiones clínicas sobre diagnóstico diferencial y manejo de adenopatías en dos centros de salud y área de Urgencias, colaborando con anatomo-Patólogo.

Enfoque individual: Alergias: amoxicilina-clavulánico. Fumadora (7 cigarros/día). Hipertensión arterial. Dislipemia. Hipertrofia concéntrica del ventrículo izquierdo (función sistólica conservada y disfunción diastólica). Terciarismo esofágico en estudio por digestivo. Síndrome ansioso-depresivo. Tratamiento habitual: ácido acetil-salicílico 100 mg, amitriptilina 25mg, ramipril 5mg/hidroclorotiazida 25mg, bisoprolol 2.5mg,

simvastatina 20 mg, clorazepato dipotásico 5mg, omeprazol 20 mg.

Enfoque familiar y comunitario: Vive sola, tiene cuatro hijos. Viuda desde hace 25 años, tras muerte súbita del esposo. Ha sido empleada de limpieza. Tiene mucho miedo a la enfermedad.

Juicio clínico: Linfoma de Hodgkin clásico de predominio linfocitario.

Tratamiento, planes de actuación: Derivamos a la paciente a Medicina Interna (MI) para valoración y tratamiento por parte de Oncología, que realiza estudio de extensión y plantea quimioterapia con esquema adriamicina-bleomicina-vinblastinaDacarbazina seguido de radioterapia.

Evolución: El tamaño de las adenopatías ha disminuido tras iniciar quimioterapia. Por otro lado, la paciente ha sufrido algunos efectos secundarios (mucositis, alopecia). A pesar de ello, se encuentra mejor de ánimo, aunque consulta más a menudo por catarros y otros síntomas, por temor a que estén relacionados con su enfermedad.

Conclusiones

Es importante conocer protocolos de actuación para el manejo de adenopatías, así como la colaboración con otros niveles asistenciales y especialistas (como en este caso, Anatomía Patológica, Radiología, Cirugía, MI, Oncología) para dar la mejor asistencia posible al paciente.

Palabras clave

Lymphadenopathy, Hodgkin Disease, Biopsy

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Carcinoma pulmonar de células pequeñas y su gran asociación a tabaco y agresividad de presentación clínicaCordova Medina AG¹, Segovia Martínez A², Faz García MC³¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Linares D. Jaén² Médico de Familia. CS Arrayanes. Linares (Jaén)³ Médico de Familia. Hospital Regional Universitario. Málaga**Ámbito del caso**

Atención hospitalaria (Urgencias).

Motivo de la consulta

Dolor en costado derecho.

Historia Clínica

Paciente acudió al servicios de urgencias por 3 ocasiones en 15 días, por dolor costal derecho y dolor lumbar de características mecánicas y un episodio de hemoptisis leve autolimitada y disfonía, con exámenes complementarios sin hallazgos relevantes (analítica y rx) por lo fue dado de alta a domicilio con antioterapia y analgesia; 7 días después acude a urgencia por dolor en costado izquierdo de características pleuríticas, comenta pérdida de peso en 2 meses de 8 kg y fiebre de 38.3º de dos días de evolución, a pesar de tratamiento antibiótico y ha notado que le han salido “bultitos” en piel.

Exploración física: regular estado general, palidez cutánea, eupneico, SO₂ basal 96%, auscultación cardíaca: rítmico sin soplos, auscultación respiratoria crepitantes en plano anterior izquierdo, múltiples adenopatías laterocervicales y supraclaviculares de consistencia firme, y en arco costal derecho se palpa nódulo subcutáneo firme y otros en pared abdominal, (letalides?) por lo que es ingresado en medicina interna. TAC tóraco-Abdominal: adenopatías metastásicas hiliares y mediastínicas, probable origen de neo microcítico pulmonar, condensación en LSI, metástasis pleurales, hepáticas, esplénicas, suprarrenales, peritoneales y óseas con lesiones osteolíticas en cuerpos de D3, D1, L¹, L2 y tercio anterior de L3 con probable fractura patológica.

Enfoque individual: Hombre de 49 años, sin antecedentes de interés. No alergias medicamentosas, fumador de más de 20 cigarrillos/día, bebedor de 2 litros de cerveza diarios.

Enfoque familiar y comunitario: Casado, con buen apoyo familiar.

Juicio clínico: Sospecha de neoplasia pulmonar microcítica metastásico.

Tratamiento, planes de actuación: Manejo del dolor con mórficos, programación para toma de biopsia y seguimiento multidisciplinar por medicina interna, cirugía, neumología, cuidados paliativos y oncología.

Evolución: A los 10 días del alta hospitalaria empezó con edema en esclavina y disnea, presentando síndrome de vena cava superior, fue derivado de urgencia a oncología radioterápica, pero al día siguiente del ingreso falleció.

Conclusiones

Una adecuada anamnesis y exploración física son la base para un diagnóstico adecuado, la sospecha clínica debe predominar ante hallazgos de pruebas complementarias y a su vez orientar el tipo de pruebas a realizar.

Palabras clave

Lung Cancer, Small Cell Lung Carcinoma, Smoking

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Aumento asintomático del tamaño escrotal de larga duración: motivo de consulta en atención PrimariaLópez Torres G¹, Reyes Requena M², Martín Pérez E³¹ Médico de Familia. CS Doctores, Salvador Caballero. Granada² Médico de Familia. DDCU. Granada³ Médico de Familia. DDCU Chana. Granada**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

Motivo de la consulta

Aumento tamaño escrotal.

Historia Clínica

El paciente acude al CS, refiere haber notado que en los últimos dos años el escroto izquierdo ha aumentado progresivamente. Es trabajador del campo. Practica ciclismo los fines de semana, niega traumatismo escrotal previo.

Enfoque individual. Antecedentes personales: Paciente varón de 34 años. Fumador de 20 cigarrillos/día desde los 21 años, bebedor de 24/gr de alcohol/día, trabajador del campo, no alergias conocidas ni antecedentes patológicos de interés.

Anamnesis: Acude al CS por presentar aumento de contenido escrotal izquierdo, y sensación de peso.

Exploración: Peso 85 kg, talla 172 cm, Tensión arterial: 126/78 mmHg, pulso 65 lpm. Abdomen blando y depresible sin megalias, ni masas. Palpamos ambos testículos de características normales, sin masas ni puntos dolorosos, y en el escroto izquierdo se advierte un mayor tamaño, con cierta dureza. La tumoración es blanda fluctuante y no dolorosa al tacto ni a la movilización. Se realiza transiluminación que resulta positiva adoptando el escroto una apariencia rosada.

Pruebas complementarias: Realizamos ecografía escrotal CS: Ambos testículos de forma y tamaño normales, ecoestructura homogénea, sin lesiones sólidas ni quísticas en su interior, ni alteraciones valorables de ambos epidídimos. En escroto izquierdo imagen

ane cóica, que ocupa su parte anterior y lateral rodeando parcialmente el testículo izquierdo, correspondiente a hidrocele.

Enfoque familiar y comunitario: Estudio de la familia y la comunidad. Acude al CS con su pareja, quién le ha aconsejado consultar por ello, aunque él no notaba ninguna molestia. Relación estable desde hace años, niega contactos sexuales de riesgo. Ella no refiere ninguna patología de interés, no tienen antecedentes de infecciones de transmisión sexual. Como método anticonceptivo actual utilizan preservativo.

Juicio clínico: Hidrocele.

Diagnóstico diferencial: Hematoceles (secundarios a traumatismos, cirugía, infecciones, neoplasias y torsión testicular), Pioceles, Hernias escrotales, Varicoceles.

Tratamiento, planes de actuación: En general los pacientes con hidrocele no a tensión y asintomáticos no van a precisar tratamiento quirúrgico.

Evolución: Sigue controles ecográficos en el CS.

Conclusiones

La ecografía en el CS nos sirve de herramienta fundamental para el diagnóstico de este tipo de patología. Necesitarán cirugía los casos de: Hidrocele a tensión, hidrocele doloroso, que dificulta la marcha, la postura, las actividades cotidianas o la actividad sexual; hidrocele septado; hidrocele infectado.

Palabras clave

Ecografía, Hidrocele, Escrotal

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Fiebre, buscando el focoMoral Cañas MP¹, Vicente Prieto MI², Santiago Carranza E³¹ Médico Urgencias. CS Huétor Tájar. Granada² Médico de Familia. CS Fortuny Velutti. Granada³ Médico de Familia. CS Huétor Tájar. Granada**Ámbito del caso**

Urgencias Atención Primaria y Hospitalaria. Cardiología.

Motivo de la consulta

Fiebre de 12 días de evolución.

Historia Clínica

Paciente de 74 años de edad, sin alergias medicamentosas. Como antecedentes personales Hipertensión arterial en tratamiento, cirugía con prótesis biológica sobre válvula mitral hace 6 años. No tóxicos. Nos avisan por cuadro de fiebre de 12 días de evolución, predominio vespertino, sin clínica asociada, que no remite tras dos ciclos de antibioterapia.

Exploración física: estable hemodinámicamente, febril. Lesiones tipo mácula eritematosa en palma de manos (lesiones Janeway). Neurológico, abdomen y extremidades normales. Auscultación tonos rítmicos taquicárdicos, no soplos audibles. No ruidos respiratorios añadidos, buena ventilación en ambos hemitórax.

Enfoque individual: Se solicitan pruebas complementarias para descartar principales focos infecciosos. Analítica con discreto aumento de parámetros inflamatorios: leucocitosis 13100 con desviación a la izquierda, PCR 21. No alteraciones en la bioquímica ni coagulación. Sistemático orina negativo.

Radiografía tórax sin hallazgos indicativos de patología. Electrocardiograma ritmo sinusal a 105 latidos, bloqueo de rama derecha incompleta, hemibloqueo anterior izquierdo. No alteraciones agudas repolarización. Alta sospecha de endocarditis infecciosa por antecedentes y siguiendo los criterios de Durack, se solicita Ecocardiograma que

evidencia vegetación única de 6 mm en anillo protésico. Hemocultivo positivo *Estafilococo aureus*.

Enfoque familiar y comunitario: Casado, etapa ciclo vital familiar de nido vacío. Origen inglés, dificultad idioma. Buen apoyo social y económico. Pensionista.

Juicio clínico: endocarditis infecciosa izquierda sobre válvula protésica. Importante la adecuada comunicación médico-paciente dificultada por la barrera del idioma. En el caso abordado, existía el antecedente de extracción dental sin profilaxis antibiótica como posible desencadenante.

Tratamiento, planes de actuación: Ingreso hospitalario con tratamiento antibiótico según resultados de hemocultivo y antibiograma.

Evolución: Se desestima cirugía cardiovascular. Responde de forma favorable al tratamiento pautado con negativización de hemocultivos. No complicaciones asociadas como Hipertensión pulmonar, Insuficiencia cardiaca, fistulas o aneurismas, fenómenos embólicos.

Conclusiones

Afectación de pacientes de edad avanzada sometidos a terapias crónicas o prótesis valvulares. Atender a los criterios clínicos en nuestro caso, además de los bacteriológicos y ecográficos (reunidos en los criterios de Durack) para un diagnóstico precoz y tratamiento adecuado. De alta morbimortalidad, es fundamental la profilaxis antibiótica en la manipulación de cavidad oral, respiratorio, digestivo o genito-urinario.

Palabras clave

Fiebre, Endocarditis Infecciosa, Profilaxis

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Paciente anciano: motivo de consulta dolor dorsolumbar de larga evoluciónLópez Torres G¹, Reyes Requena M², Pozo Rosales MM³¹ Médico de Familia. CS Doctores, Salvador Caballero. Granada² Médico de Familia. DDCU. Granada³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Doctores, Salvador Caballero. Granada**Ámbito del caso**

Atención Primaria y Atención Hospitalaria.

Motivo de la consulta

Empeoramiento dolor dorsolumbar.

Historia Clínica

La paciente consulta en el CS por dolor dorsolumbar de seis meses de evolución que ha aumentado de intensidad.

Enfoque individual. Antecedentes personales: Mujer de 82 años con antecedentes personales de espondiloartrosis en tratamiento hasta la actualidad con paracetamol a demanda.

Anamnesis: El dolor es de carácter mixto. Al ser interrogada con detenimiento nos refiere dolor epigástrico vómitos, y pérdida de peso de 4 kilos en el último mes. Ha acudido a urgencias por dicho motivo en varias ocasiones, pautándosele tratamiento con tramadol sin respuesta clínica.

Exploración: palidez mucocutánea. Constantes: Tensión Arterial: 120/65mmHg, Frecuencia Cardíaca: 78lpm; Peso: 69 kg. Dolor a la palpación apófisis espinosas a nivel dorso lumbar, limitación importante de la movilidad, que nos impide poder realizar una exploración completa detalladamente. Abdomen: Distendido, blando, depresible, no doloroso en la exploración. No masas, ni megalias. No signos de irritación peritoneal.

Pruebas complementarias: La radiografía dorsolumbar no presenta cambios respecto a previa, con evidentes signos de artrosis. Realizamos ecografía abdominal en el CS: Masa heterogénea y mal definida en cabeza y cuerpo de páncreas de 3,2 cm de diámetro. Páncreas de tamaño (normal/disminuido) con ecogenicidad

aumentada y calcificaciones en su interior y Wirsung de 3mm de diámetro.

Enfoque familiar y comunitario: Estudio de la familia y la comunidad: La paciente está viuda sin hijos, vive sola, cuenta únicamente con el apoyo de una sobrina que vive en la misma ciudad.

Juicio clínico: Tumor pancreático.

Diagnóstico diferencial: En cuanto al diagnóstico diferencial de la patología pancreática, debemos intentar distinguir la sospecha de pancreatitis crónica versus cáncer de páncreas.

Tratamiento, planes de actuación: Tras el hallazgo ecográfico remitimos a la paciente para ingreso hospitalario al día siguiente confirmando con el TAC los hallazgos ecográficos, con infiltración de vasos y órganos adyacentes, por lo que se decidió quimioterapia y tratamiento analgésico paliativos.

Evolución: La paciente falleció 6 meses después en su domicilio, recibiendo medidas paliativas por nuestra parte en coordinación con el servicio de Paliativos del hospital.

Conclusiones

El páncreas es un órgano en ocasiones difícil de visualizar mediante ecografía. Ante una dispepsia con síntomas de alarma se debe solicitar una endoscopia para descartar patología a nivel esofágico, gástrico o duodenal. La ecografía en el CS nos resulta una herramienta bastante útil para descartar patología pancreática.

Palabras clave

Oncología, Páncreas, Dolor

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Infección por H. Pylori resistente a varias líneas de tratamientoRodrigo Molina MM¹, Alcázar MM², Fernández Muñoz R¹¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Huétor-Tájar. Granada² MIR de Aparato Digestivo. Hospital Universitario San Cecilio. Granada**Ámbito del caso**

Consulta de Atención Primaria.

Motivo de la consulta

Preocupación por antecedente en familiar de primer grado de cáncer gástrico.

Historia Clínica

Mujer de 53 años que acude a la consulta del CS solicitando consejo ya que una hermana había fallecido recientemente por un ADC gástrico.

Enfoque individual. Antecedentes personales: sin antecedentes personales ni quirúrgicos de interés.*Anamnesis:* Paciente de 53 años que acude a la consulta de Atención Primaria solicitando consejo tras el diagnóstico de ADC gástrico en un familiar de primer grado. La paciente se encuentra asintomática.*Exploración:* Buen estado general. Consciente y orientada. Buena hidratación de piel y mucosas. No ictericia ni palidez. ACR: tonos rítmicos sin soplos. Murmullo vesicular conservado. No ruidos patológicos sobreañadidos. Abdomen: blando y depresible. No doloroso a la palpación. No masas ni megalias. RHA conservados. No signos de peritonismo.*Pruebas complementarias:* Se le solicita analítica con BQ y HG rigurosamente normales. No anemia. Coprocultivo con Ag de H. Pylori en heces que fue positivo.*Enfoque familiar y comunitario:* Mujer que vive acompañada de sus dos hijas y su marido. Es ama de casa sus hijas estudiantes.*Juicio clínico:* Infección con H. Pylori en paciente asintomática con antecedentes familiares de cáncer gástrico.*Tratamiento, planes de actuación:* Se inicia tratamiento en primer lugar con IBP + Claritromicina + Metronidazol + Amoxicilina durante 10 días.*Evolución:* Se solicita al mes nuevo test para comprobar la erradicación de H. Pylori resultando de nuevo positivo por lo que se inicia tratamiento con Pyllera + IBP. A pesar de segunda línea de tratamiento persiste la infección por lo que se interconsulta con Aparato Digestivo que indican iniciar tercera línea de tratamiento con Amoxicilina + levofloxacino + Bismuto + IBP durante 14 días. La paciente está esperando nuevo test para comprobar erradicación tras 3ª línea de tratamiento.**Conclusiones**

En pacientes con factores de riesgo de patología asociadas a infección por H. Pylori se recomienda agotar todas las líneas de tratamiento para erradicar la infección. En nuestra paciente se recomienda erradicar la bacteria ya que actualmente no hay un programa de cribado establecido para cáncer gástrico y la paciente presenta antecedentes familiares de primer grado lo cual es indicación para su erradicación.

Palabras clave

H. Pylori, Erradicación, Cáncer Gástrico

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Dolor abdominal con curso clínico insidiosoLópez Torres G¹, Rodríguez Delgado ME², Reyes Requena M³¹ Médico de Familia. CS Doctores, Salvador Caballero. Granada² Enfermera. UGC DDCU Hospital Santa Ana. Motril (Granada)³ Médico de Familia. DDCU. Granada**Ámbito del caso**

Atención Primaria y Atención Hospitalaria (Urgencias, cirugía vascular y Oncología).

Motivo de la consulta

Dolor abdominal.

Historia Clínica

El paciente presenta dolor en hipocondrio derecho agudo, que ha empeorado en los últimos tres días.

Enfoque individual. Antecedentes personales: Varón de 58 años sin antecedentes personales de interés. Niega hábitos tóxicos.*Anamnesis:* Acude a nuestra consulta de Atención Primaria por abdominal de inicio brusco, localizado a nivel de hipocondrio derecho dolor en hipocondrio y de intensidad progresiva en las últimas 72 horas.*Exploración:* Abdomen blando con palpación muy dolorosa del borde inferior del hígado a dos traveses de dedo del reborde costal derecho, con dudosa presencia de ascitis. No ictericia ni otros datos de hepatopatía crónica. Afebril. Tensión arterial: 110/60 mmHg, frecuencia cardíaca: 120lpm.*Pruebas complementarias:* Ante dicho cuadro clínico se procedió a la realización de una primera aproximación ecográfica en el propio CS. Con el diagnóstico de probable síndrome de Budd-Chiari, el paciente es remitido a la urgencia del hospital de referencia para una evaluación más precisa. En el estudio realizado en urgencias (TAC abdominal): se objetivó la presencia de un trombo tumoral que se extendía por el interior de la cava caudal desde

la vena renal derecha y que correspondía a un adenocarcinoma renal. En una ecografía que se realiza posteriormente se observa la vascularización de un trombo tumoral en el interior de la vena cava caudal. Decidimos pautar tratamiento analgésico vía intravenosa.

Enfoque familiar y comunitario: El paciente está casado, es padre de dos hijos que actualmente no viven en su domicilio.*Juicio clínico:* Trombosis proximal de la vena cava inferior.*Diagnóstico diferencial:* Con las posibles causas de abdomen agudo, colecistitis aguda, colangitis, pancreatitis, etc.*Tratamiento, planes de actuación:* El paciente ingreso a cargo de Cirugía, para completar estudio.*Evolución:* Pendiente evaluación y seguimiento por Oncología.**Conclusiones**

Muchas veces un cuadro de dolor abdominal puede enmascarar la presencia de un cuadro vascular como es este caso, que además se desencadenó de forma insidiosa a lo largo de 72 horas. El hecho de contar con ecografía en el CS, resulta fundamental para realizar una primera aproximación diagnóstica en cuadros como este. Por eso es fundamental la formación de los profesionales médicos en esta materia.

Palabras clave

Oncología, Urgencias, Trombosis

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Cambio de rumbo en hepatitis fulminanteRoldán García MM¹, Ramírez Sánchez AC², Copado Campos LJ³¹ Médico de Familia. CS Níjar. Granada² MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Cartaya. Huelva³ Médico de Familia. CS Tabernas. Almería**Ámbito del caso**

Multidisciplinar.

Motivo de la consulta

Malestar general.

Historia Clínica

Paciente de 34 años que acude a consulta por malestar general, cefalea y náuseas desde hace 3 horas. Ha estado sulfatando en invernadero esta mañana.

Enfoque individual. Antecedentes personales: Varón de 34 años, agricultor rumano. No alergias medicamentosas conocidas. No antecedentes médicos de interés.

Exploración física sin interés. Ante detalle del sulfatado, decido derivar a Chare próximo a consultorio. Se realiza analítica, donde se objetiva elevación de transaminasas: GOT 6266 GPT 6086 GGT 199, ante estas cifras, se deriva a hospital de la capital donde se completa estudio. *TAC abdomen:* hígado homogéneo sin LOES, ni dilatación de vía biliar intrahepática. Vesícula biliar poco valorable, leve esplenomegalia único hallazgo. Serología para virus de hepatitis B-C negativa. Se ponen en contacto con hospital de referencia debido a citolisis hepatocitaria, con diagnóstico de hepatitis aguda fulminante de etiología no aclarada para posible trasplante hepático. Durante su ingreso en hospital de referencia, se realiza CA19.9, CEA y alfafetoproteína, que están en niveles normales y sus marcadores hepáticos comienzan a disminuir, yéndose al alta con GOT 26, GPT 29, GGT 18. Se da alta hospitalaria.

Enfoque familiar y comunitario: Casado, buena relación con su mujer. En España desde hace 1 año. Nivel socio-cultural bajo.

Juicio clínico: La clínica, el antecedente del paciente de haber estado sulfatando y las pruebas complementarias nos plantean una hepatitis tóxica fulminante que precisa de trasplante hepático, por lo que es trasladado al hospital de referencia. En este caso, se trata de una elevación muy severa de transaminasas, por lo que plantearíamos hacer el diagnóstico diferencial con presencia de daño isquémico o hepatitis tóxica por fármacos, y con menor frecuencia a una causa viral.

Tratamiento, planes de actuación: A lo largo de su ingreso hospitalario se produce una mejora de la clínica del paciente, y se normalizan transaminasas. Precisaré seguimiento de forma ambulatoria en consulta de digestivo de zona.

Evolución: Paciente evoluciona favorablemente, continúa con buenos controles analíticos. En última consulta se da el alta para seguimiento por su médico de Atención Primaria con analítica de control en 6 meses.

Conclusiones

Los niveles de transaminasas no suelen correlacionarse con la severidad ni con la extensión del daño hepatocelular ni información pronóstica. Este es el típico caso de que en Medicina 1+1 no es 2, un cambio en pronóstico y actuación, de estar pendiente de trasplante a continuar el seguimiento por el Médico de Familia.

Palabras clave

Hepatitis, Transaminasas, Liver injury

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Importancia del uso del screening en Atención PrimariaDíaz Sánchez MM¹, González Lorenzo D², Martín-Oar María-Tomé I¹¹ Médico de Familia. CS Ntra S^a Oliva. Alcalá de Guadaíra. Sevilla² Médico de Familia. CS San Isidro. Los Palacios y Villafranca (Sevilla)**Ámbito del caso**

Atención Primaria, Urgencias hospitalarias.

Motivo de la consulta

Dolor abdominal y vómitos.

Historia Clínica

Paciente de 61 años que consulta por presentar, desde hace 3 meses, molestias abdominales en hemiabdomen superior, intermitentes, sin clara relación con la ingesta, que se irradian al resto del abdomen de manera difusa. En los últimos días, el dolor se ha intensificado, acompañándose de náuseas y vómitos, motivo por el que consulta. Ritmo intestinal con heces de consistencia líquida, sin productos patológicos. Ha consultado en múltiples ocasiones a su Médico de Familia. Quien solicita ecografía abdominal, que resulta anodina. Indagando en la entrevista, refiere anorexia y pérdida de peso de 5 kilogramos en los últimos meses.

Enfoque individual: No reacciones adversas medicamentosas. No hábitos tóxicos. Diabetes mellitus tipo II en tratamiento con antidiabéticos orales. Dislipemia en tratamiento con simvastatina. Esclerosis aórtica. Hipotiroidismo primario.

A la exploración, buen estado general. Bien hidratada y perfundida. Auscultación cardiopulmonar: soplo sistólico en foco aórtico. Abdomen blando y depresible, sin masas ni megalias palpables. Molestias a la palpación en epigastrio. Peristaltismo conservado. En analítica, no se objetiva anemia. Función renal normal. Perfil abdominal negativo. Radiografía de abdomen: Dilatación de colon derecho, con distensión de asas de intestino delgado. Dudosos niveles hidroaéreos. TC abdominal

urgente: Engrosamiento mural de colon transverso. Adenopatías patológicas adyacentes. Hallazgos altamente sugestivos de proceso neoforativo primario.

Enfoque familiar y comunitario: Hermano con diagnóstico de cáncer colorrectal a los 63 años. Acontecimientos vitales estresantes: muerte de ambos progenitores por patología cardíaca.

Juicio clínico: Lesión en colon transverso sugestiva de neoplasia maligna.

En diagnóstico diferencial debemos incluir causas de dolor en hemiabdomen superior: reflujo gastroesofágico, hernia hiatal, coledocitis, pancreatitis.

Tratamiento, planes de actuación: Actualmente, en espera de realización de TC de tórax y colonoscopia.

Evolución: Ingresada actualmente.

Conclusiones

La importancia de este caso radica en la necesidad de conocer las indicaciones de realización de screening de cáncer colorrectal. Nos encontramos ante una paciente con sintomatología digestiva, síndrome constitucional y antecedentes personales en familiar de primer grado, por lo que el cribado estaría indicado a partir de los 40 años. Desde Atención Primaria deberemos insistir en la realización de los diferentes screening como método de prevención, basándonos últimas guías clínicas.

Palabras clave

Screening, Colorectal, Cancer

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Cuando el cribado no es suficiente... Presentación de un casoRodrigo Molina MM¹, Alcázar MM², Pérez Aguilar Wilmer D³¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Huétor-Tájar. Granada² MIR de Aparato Digestivo. Hospital Universitario San Cecilio. Granada³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Zubia. Granada**Ámbito del caso**

Consulta de Atención Primaria.

Motivo de la consulta

Dolor abdominal.

Historia Clínica

Varón de 72 años que consulta por dolor abdominal de 2 semanas de evolución con episodios de rectorragia ocasional. Hábito intestinal conservado. En seguimiento por Digestivo por antecedentes familiares de Cáncer Colorrectal.

Anamnesis: Paciente de 72 años que acude por dolor abdominal.

Evolución: de dos semanas. Paralelamente estudiado en consultas de Aparato Digestivo para cribado de cáncer colorrectal debido a familiar de primer grado con cáncer de colon (su padre). Colonoscopia hace un año sin hallazgos de interés. Refiere dolor abdominal en flanco derecho, astenia y anorexia. Hábito intestinal conservado con rectorragia ocasional. No fiebre. No náuseas ni vómitos.

Exploración: BEG. Palidez de piel y mucosas. Buena perfusión distal. ACR: normal. Abdomen: Blando y depresible. Doloroso a la palpación en flanco derecho sin irradiación. RHA conservados. No masas ni megalias. Tacto rectal: negativo.

Pruebas complementarias: HB 9.8. TAC abdominal: engrosamiento de pared colónica a nivel de ciego y colon ascendente y adenopatías locorreccionales, compatible con cáncer de colon. Ingresa en sala de Digestivo y se realiza colonoscopia, objetivando a 70 cm de margen anal, en ángulo hepático, neoformación

mamelonada y friable que estenosa la luz colónica.

Enfoque familiar y comunitario: Paciente independiente para ABVD que vive con su mujer.

Juicio clínico: Sospecha de Cáncer colorrectal en paciente con colonoscopia hace un año sin hallazgos.

Tratamiento, planes de actuación: Estudio de extensión que descarta enfermedad avanzada. Se remite a cirugía general y oncología para tratamiento quirúrgico y valorar tratamiento adyuvante.

Evolución: Tras hemicolectomía derecha y quimioterapia adyuvante el paciente se encuentra en estos momentos libre de enfermedad y en seguimiento por Oncología.

Conclusiones

El cáncer es una de las principales causas de morbimortalidad a nivel mundial, siendo uno de los que más muertes provocan. Si el diagnóstico es temprano es más probable que el tratamiento sea eficaz, aumentando supervivencia y disminuyendo morbilidad. Los programas de cribado permiten la detección de la enfermedad en fases iniciales así como el tratamiento de las lesiones precursoras. El objetivo del cribado es reducir tanto la incidencia como la mortalidad por CCR. En ocasiones el cribado de cáncer colorrectal no es suficiente para el diagnóstico precoz.

Palabras clave

Cribado, Screening, Cáncer Colorrectal

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Atención del paciente tras episodio de pancreatitis aguda, ¿qué complicaciones puede presentar?López Torres G¹, Rodríguez Delgado ME², Reyes Requena M³¹ Médico de Familia. CS Doctores, Salvador Caballero. Granada² Enfermera. UGC CCU Hospital Santa Ana. Motril (Granada)³ Médico de Familia. DDCU. Granada**Ámbito del caso**

Atención Primaria, Servicios de urgencias y Cirugía General.

Motivo de la consulta

Dolor abdominal.

Historia Clínica

El paciente acude al CS con epigastralgia intensa de dos horas de evolución.

Enfoque individual. Antecedentes personales: Mujer de 63 años, con antecedentes personales de obesidad mórbida. No realiza ningún tratamiento farmacológico actualmente.*Anamnesis:* Acude de urgencias al CS por dolor intenso en epigastrio irradiado a espalda, vómitos, fiebre y mal estado general. Desde hace dos días presenta náuseas y pesadez postprandial, con dolor en hipocondrio derecho.*Exploración:* Abdomen: Presenta dolor intenso a la palpación, con defensa en región epigástrica e hipocondrio izquierdo y ausencia de ruidos intestinales. Ante la presencia de abdomen agudo se decide derivar a urgencias hospitalarias aunque al disponer de ecógrafo en el CS realizamos mientras esta prueba.*Pruebas complementarias:* Ecografía abdominal: Aunque la exploración se dificulta por el gas y grasa intestinal, parece observarse parte del páncreas ligeramente hipocogénico y aumentado de tamaño, con zonas anecogénicas irregulares en su interior. También se observa colelitiasis múltiple. En el hospital se realiza analítica urgente, con aumento de amilasa y

lipasa, siendo diagnosticado de pancreatitis aguda.

Enfoque familiar y comunitario: El paciente está casado, no tiene hijos.*Juicio clínico:* Pancreatitis aguda.*Diagnóstico diferencial:* Pancreatitis, colecistitis aguda.*Tratamiento, planes de actuación:* Tras diagnosticarse de pancreatitis la paciente ingresa a cargo de Digestivo.*Evolución:* Quince días después de recibir el alta hospitalaria por parte de Digestivo la paciente acude nuevamente de forma urgente a consulta del CS por persistencia de dolor. Realizamos nuevamente ecografía en el CS: Páncreas aumentado de tamaño, ligeramente hipocogénico con pequeñas zonas anecogénicas irregulares. Colelitiasis múltiple. Pseudoquiste. Derivamos a urgencias hospitalarias donde precisa ingreso a cargo de Cirugía General para valoración y drenaje pseudoquiste pancreático.**Conclusiones**

La incidencia de complicaciones focales en el transcurso de una pancreatitis aguda asciende a un 10-20%, siendo las más frecuentes los pseudoquistes. Los pseudoquistes pancreáticos se desarrollan generalmente después de un episodio repentino de pancreatitis grave.

Palabras clave

Ecografía, Páncreas, Pseudoquiste

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Atención de un paciente con dolor epigástrico de larga evolución: a propósito de un casoLópez Torres G¹, Reyes Requena M², López Ramón I²¹ Médico de Familia. CS Doctores, Salvador Caballero. Granada² Médico de Familia. DDCU. Granada**Ámbito del caso**

Atención Primaria, Urgencias, Digestivo y Oncología.

Motivo de la consulta

Dolor epigástrico.

Historia Clínica

Paciente que acude a consulta de demanda en el CS por dolor a nivel epigástrico de meses de duración.

Enfoque individual. Antecedentes personales: Mujer de 58 años con antecedentes de fibromialgia, timoma intervenido hace 30 años y osteoporosis secundaria con fracturas vertebrales.*Anamnesis:* Acude al CS por dolor epigástrico de tres meses de evolución, de intensidad moderada, no irradiado ni acompañado de vómitos, que no se alivia con omeprazol. No refiere pérdida ponderal.*Exploración:* Abdomen: blando, depresible, dolor a la palpación a nivel epigástrico donde parece palparse una masa, sin signos de irritación peritoneal.*Pruebas complementarias:* Hemograma y bioquímica: Parámetros dentro de la normalidad. Ecografía abdominal realizada en el CS: Imagen hipoecogénica y heterogénea de 3 cm de diámetro en la cabeza de páncreas. Imagen anecogénica en cuerpo de páncreas de 4 cm de diámetro, de bordes nítidos, sin ecos en su interior. Derivamos a la paciente a Digestivo por circuito rápido; Fue valorada en 3 días, realizándose tomografía computerizada (TAC). La masa en TAC parecía depender de duodeno (posible tumor GIST), pero en la ecoendoscopia resultó ser una neoplasia de páncreas, y en la biopsia un carcinoma indiferenciado.*Enfoque familiar y comunitario:* Estudio de la familia y la comunidad. La paciente está casada, actualmente vive con su marido y dos de sus hijos, que también son pacientes nuestros. Realizamos atención a la familia durante la enfermedad, y también durante la fase del duelo.*Juicio clínico:* neoplasia páncreas.*Diagnóstico diferencial:* Una masa epigástrica palpable puede estar originada en cualquier órgano de la zona: hígado, estómago, duodeno y resto de tubo digestivo, páncreas, estructuras vasculares, adenopatías. Si la masa parece depende de páncreas: Adenocarcinoma de páncreas, cistoadenoma, cistoadenocarcinoma y pseudoquiste pancreático.*Tratamiento, planes de actuación:* Aunque se planificó inicialmente cirugía, en la TAC realizada al mes de la derivación aparecieron metástasis hepáticas, pautando una quimioterapia paliativa*Evolución:* La paciente falleció nueve meses después, recibiendo tratamiento paliativo en su domicilio atendida por los profesionales del CS.**Conclusiones**

La presencia de un dolor a nivel epigástrico de características inespecíficas puede tener múltiples etiologías, por lo que es fundamental basarnos en una buena historia clínica para diagnosticar cuanto antes a nuestro paciente. La ecografía abdominal resulta una herramienta fundamental para el diagnóstico por parte del Médico de Familia.

Palabras clave

Oncología, Páncreas, Adenocarcinoma

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Atención de un paciente con masa testicular dolorosaLópez Torres G¹, Reyes Requena M², Pozo Rosales MM³¹ Médico de Familia. CS Doctores, Salvador Caballero. Granada² Médico de Familia. DDCU. Granada³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Doctores, Salvador Caballero. Granada**Ámbito del caso**

Atención Primaria y Atención Hospitalaria (Urología y Oncología).

Motivo de la consulta

Masa testicular.

Historia Clínica

Paciente que presenta masa a nivel de testículo izquierdo de cuatro años de evolución. Nos reconoce que no le dio importancia a dicho síntoma, hasta que apareció el dolor.

Enfoque individual. Antecedentes personales: Varón de 40 años con antecedentes personales de obesidad mórbida, colon irritable, insuficiencia venosa miembros inferiores, apendicectomizado.

Anamnesis: Acude al CS por presentar desde hace un mes dolor y sensación de peso en testículo izquierdo que se irradia a glúteo izquierdo y fosa renal izquierda.

Exploración: Peso 123,8Kg, talla 177 cm, IMC 39,51, Presión Arterial 136/94 mmHg, pulso 70 lpm; Abdomen: globuloso, blando, depresible, no se palpan masas, ni megalias; Exploración escrotal: Testículo izquierdo de tamaño aumentado, consistencia dura, casi pétreo, con nodulación dolorosa en polo inferior. Testículo derecho normal a la palpación. No se objetivan adenopatías inguinales.

Pruebas complementarias: Analítica: Hemograma: Valores normales. Bioquímica: Creatinina 0.7 mg/dl, Glucosa 100 mg/dl, Colesterol total 218 mg/dl, HDL 62 mg/dl, LDL 144,2 mg/dl, Triglicéridos 59 mg/dl, GPT 59 UI/L, GGT 53UI/L, LDH 634 UI/L, TSH 2,45 μ UI/ml. Marcadores tumorales: β HCG 6,99 mUI/ml; Alfa-Fetoproteína 1,94 mUi/ml. Ecografía escrotal realizada en el CS: Testículo izquierdo aumentado de tamaño de ecogenicidad heterogénea globalmente disminuida, que alberga en su región polar inferior imagen fusiforme ovalada

nodular de aspecto hipoecogénico, de 1,62 cm de diámetro mayor, compatible con lesión sólida. Observamos aumento de la vascularización mediante doppler, engrosamiento del plexo pampiniforme y la cabeza del epidídimo. No se objetiva aumento de líquido libre. Testículo derecho de características ecográficas normales.

Enfoque familiar y comunitario: Soltero, no tiene hijos.

Juicio clínico: Seminoma.

Diagnóstico diferencial: Neoplasias: Tumor germinal mixto, tumor de células embrionarias teratoma o coriocarcinoma. Enfermedades no tumorales: Varicocele, hidrocele, quistes, osquiepididimitis, abscesos testiculares.

Tratamiento, planes de actuación: Realizamos derivación urgente a Urología, donde se realizó orquiectomía con el resultado anatomopatológico de seminoma anaplásico, siguiéndose de estudio de extensión que mostro masa de densidad partes blandas retroperitoneal en relación con conglomerado adenopático parcialmente necrosado rodeando a aorta abdominal desde la salida de la arteria mesentérica superior hasta la bifurcación ilíaca.

Evolución: Actualmente el paciente recibe quimioterapia.

Conclusiones

La presencia de masa testicular debe ser evaluada cuanto antes, en este caso el paciente no consulto hasta cuatro años después, la formación y el manejo de la ecografía por parte de los profesionales del CS nos resultó fundamental para realizar el diagnóstico.

Palabras clave

Oncología, Neoplasia, Testículo

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Dolor referido: ¿qué se esconde tras una mastalgia?

LLavero Sánchez A, Martín Valverde JM, Burgos Ruiz A

Médico de Familia. CS Huétor Tájar. Granada

Ámbito del caso

Atención Primaria. Servicios de urgencias. Cirugía general y digestiva.

Motivo de la consulta

Mastalgia bilateral.

Historia Clínica

Paciente de 40 años de edad con antecedentes personales de diarrea con estudio digestivo normal. Ansiedad en tratamiento con Benzodiacepinas. Cesárea. Fumadora. Consumo de AINES. Hiperfrecuentadoras. Acude por cuadro de mastalgia bilateral de inicio brusco hace 3 días, no dolor torácico. Valorada por los servicios de urgencias con tratamiento sintomático. Varios días después refiere epigastralgia irradiada hacia ambos hipocondrios. Asocia náuseas y algún vómito de carácter alimenticio junto con estreñimiento. Febrícula. Valorada por su Médico de Familia. Que encuentra importante deterioro de su estado general, la remite a Servicio de Urgencias hospitalarias.

Exploración física: posición antiálgica, tensión arterial mantenida, taquicardia. Afebril. Exploración mamaria normal. Abdomen: doloroso en epigastrio con peritonismo difuso. Cicatriz de laparotomía infraumbilical. Neurológico, cardio-respiratorio y extremidades normales.

Enfoque individual: Sospecha de patología abdominal aguda, posible perforación víscera hueca. Analítica con leucocitos 13000 con desviación izquierda y PCR 397. Procalcitonina 2,4. Lactato 2. Coagulación levemente alterada. Orina negativa. Radiografía tórax: neumoperitoneo subfrénico derecho. Asa de ID dilatada a dicho nivel.

Enfoque familiar y comunitario: Casada, madre de dos hijos de edad escolar, ciclo vital familiar de extensión completa. Trabaja en el domicilio, buena red de apoyo social.

Juicio clínico: Perforación víscera hueca.

Tratamiento, planes de actuación: Se interviene perforación gástrica a nivel pilórico en zona de ulcera de aspecto benigno. Epipoplastia. Sueroterapia, antibioterapia, profilaxis antitrombótica y antiulcerosa. Analgesia. Evitar AINES.

Evolución: Favorable.

Conclusiones

En ocasiones los pacientes nos describen síntomas y localizaciones que pueden favorecer un diagnóstico erróneo, de ahí la importancia de una adecuada anamnesis y exploración física sistematizada para diferenciar el dolor referido del sitio del estímulo doloroso. El médico de familia se encuentra en una situación privilegiada gracias a la asistencia continuada, para detectar la gravedad de un proceso ante el aspecto físico y emocional del paciente. Cabe mencionar como conclusión del caso expuesto que el consumo de AINES constituye la segunda causa más frecuente de ulcera péptica, con alto riesgo para aparición de complicaciones como hemorragia digestiva a perforación. Los AINES constituyen un problema sanitario de primer orden si se tiene en cuenta que más de 30 millones de personas en el mundo consumen estos fármacos diariamente.

Palabras clave

Dolor Referido, AINES, Perforación Gástrica

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Doctora, esto no pueden ser sólo los nervios de los exámenesSalmerón Latorre RM¹, Ballesteros Lechuga L², Yera Cano R³¹ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Virgen del Gavellar. Úbeda (Jaén)² MIR 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Virgen del Gavellar. Úbeda (Jaén)³ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Virgen del Gavellar. Úbeda (Jaén)**Ámbito del caso**

Atención Primaria y especialidades hospitalarias.

Motivo de la consulta

Disnea y dolor costal derecho.

Historia Clínica

Mujer de 17 años que refiere disnea y dolor costal derecho desde hace varios días de inicio brusco.

Enfoque individual. Antecedentes: sin alergias medicamentosas, acné, obesidad grado I, Síndrome de Ovarios Poliquísticos en tratamiento con anticonceptivos orales desde hace dos meses.*Anamnesis:* Acude a consulta de AP por dolor costal pleurítico derecho y disnea a mínimos esfuerzos desde hace varios días, de inicio brusco. Tos no productiva. Febrícula.*Exploración:* Mal estado general, eupneica en reposo. ACR: rítmica sin soplos, murmullo vesicular disminuido en base derecha. Abdomen anodino. Miembros inferiores: normal.*Pruebas complementarias:* Saturación O₂: 91%. Temperatura 37,6°C. TA 100/50. Electrocardiograma: Taquicardia sinusal a 115 lpm, eje normal, sin alteraciones de la repolarización. Radiografía tórax: Condensación parenquimatosa basal derecha con bronco-Alveolograma aéreo; imágenes sugestivas de proceso inflamatorio basal izquierdo en estadios iniciales. Remitida al hospital de referencia e ingresada en Medicina Interna para continuar estudio: Angio-TC de tórax: Signos de Tromboembolismo pulmonar (TEP) bilateral, de predominio en arterias lobares y segmentarias de ambos lóbulos inferiores. Probables infartos pulmonares. Ecocardiograma: normal. A los dos días del ingreso, refiere dolor e inflamación de pierna izquierda, realizándose Doppler Venoso: trombosis venosa profunda (TVP) en eje femoropoplíteo izquierdo.*Enfoque familiar y comunitario:* Vive con sus padres y 2 hermanos menores. Buen ambiente familiar.

Estudia 2º Bachillerato, con buenas notas. Quiere estudiar Medicina el año próximo.

Juicio clínico: TEP bilateral. TVP proximal izquierda.*Diagnóstico diferencial:* Pericarditis, taponamiento pericárdico, neumotórax, neumonía, pleuritis.*Identificación de problemas:* Difícil sospecha de TEP en paciente joven, alteraciones menstruales al suspender anticonceptivos.*Tratamiento, planes de actuación:* Suspender anticonceptivos orales, media elástica de compresión fuerte y Acenocumarol. Seguimiento en consulta de Hematología y Medicina Interna.*Evolución:* Continúa con disnea al caminar rápido. Pérdida de 8 kg desde el alta. Menstruaciones irregulares al suspender los anticonceptivos. Pendiente de completar estudio de trombofilia, y de nueva revisión en Medicina Interna en 6 meses.**Conclusiones**

La anticoncepción hormonal es la causa más importante de Enfermedad Tromboembólica Venosa (ETV) en la mujer joven. Aunque hay diferentes factores de riesgo (tabaco, obesidad, edad.) también influye la predisposición genética. El riesgo es más alto en los 4 primeros meses de inicio de tratamiento.

Palabras clave

Contraceptivos Oral (Anticonceptivos Orales), Pulmonary Embolism (Tromboembolismo Pulmonar), Deep Venous Thrombosis (Trombosis Venosa Profunda)

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Manejo de Herpes Zoster en gestante: a propósito de un casoRodríguez Villadeamigo GE¹, García Sardón P², Barreiro Solla MI³¹ MIR 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Torrejón. Huelva² MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Torrejón. Huelva³ Médico de Familia. CS El Torrejón. Huelva**Ámbito del caso**

Atención Primaria (AP) y Atención Hospitalaria.

Motivo de la consulta

Lesiones cutáneas pápulo-vesiculosas de distribución metamérica paradorsal alta (D2D5).

Historia Clínica

Paciente con diagnóstico reciente de gestación evolutiva (4+2 semanas) que consulta con su médico de familia (MF) por las lesiones cutáneas descritas, compatible con Herpes Zoster (HZ).

Enfoque individual: Mujer de 36 años, fumadora (16 paquetes/año), bebedora social, sin patología de base ni medicación habitual. Intervenida de cesárea y fibroadenoma mamario. Legrado por aborto hace un año. Grupo Rh+. Refiere lesiones cutáneas de tres días de evolución.*Exploración:* Tensión arterial 110/60 mmHg. Buen estado general, exploración por aparatos normal. Se objetiva placa eritematosa conformada por vesículas en zona paradorsal derecha de distribución metamérica que refiere pruriginosa y no dolorosa. Se deriva urgente a Ginecología para valoración realizándose ecografía sin hallazgos patológicos y se ofrece la posibilidad de interrupción voluntaria del embarazo. La paciente regresa a la consulta del MF para asesoramiento. Tras análisis del caso, se informa de la ausencia de incremento de malformaciones congénitas secundario al HZ. La paciente decide continuar con el embarazo.*Enfoque familiar y comunitario:* Casada. Hija de 3 años con cardiopatía congénita. Buena convivencia familiar.*Juicio clínico:* Herpes Zoster en primer trimestre de embarazo.*Diagnóstico diferencial:* dermatitis de contacto, fitofotodermatitis, infección bacteriana.*Tratamiento, planes de actuación:* No se administró tratamiento específico por la escasa clínica que presentaba y no pertenecer a grupo de riesgo, aconsejando Paracetamol si dolor. Dado los antecedentes de cardiopatía fetal en gestación previa, se citó en consulta de ginecología hospitalaria para seguimiento fetal precoz.*Evolución:* Buen control en Ginecología y por su MF.**Conclusiones**

A diferencia de lo que ocurre con la varicela, la infección por HZ en la embarazada no está asociada a un incremento del riesgo de malformaciones fetales. Los fármacos antivirales sistémicos están incluidos en la categoría C. En la mujer embarazada, inmunocompetente y con HZ localizado debe tratarse con medidas locales. Si existen factores de riesgo, se debe optar por terapia sistémica cuando el riesgo de complicaciones secundarias graves puede poner en peligro la vida de la madre o del feto. Destacar el papel del MF en el abordaje de esta patología y el manejo de situaciones complejas y delicadas para los pacientes por contrariedad de informaciones.

Palabras clave

Pregnancy, Herpes Zoster, Therapy

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Adolescentes, más allá de los síntomasRuiz García E¹, Sánchez Torres E², Ureña Arjonilla ME³¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Valle. Jaén² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Torredonjimeno (Jaén)³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Mancha Real. Jaén**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

Motivo de la consulta

Astenia. Pérdida de apetito. Pérdida de peso. Dolor de espalda. Calambres y pérdida de fuerza.

Historia Clínica

Paciente de 16 años de edad que acude a consulta, acompañada de su madre, por presentar dolor en región dorsal que se irradia a ambas piernas ocasionándole calambres y pérdida de fuerza. Además refiere que en las últimas semanas se encuentra con pérdida de apetito, astenia y malestar generalizado. Lloro en consulta, dice estar muy preocupada, ha perdido peso. Actitud desafiante hacia la madre. Solicita analítica de sangre para iniciar el estudio de su problema. Exploración neurológica anodina.

Enfoque individual: Fumadora ocasional, no tiene pareja estable y hace un año acudió a consulta para interrupción voluntaria del embarazo (IVE).

Enfoque familiar y comunitario: Pertenece a una familia nuclear con parientes próximos. Vive con sus padres y su hermano (12 años). Buena relación y apoyo mutuo con su madre y hermano. Con su padre presenta relación conflictiva. Discuten a diario y ella lo acusa de alcohólico y de no trabajar (hace dos meses fue despedido del trabajo por reducción de plantilla)

Juicio clínico: Anorexia. Trastorno somatomorfo. Síndrome ansioso. Escoliosis.

Tratamiento, planes de actuación: Radiografía de columna para iniciar estudio. Tratamiento analgésico. Recomendaciones dietéticas y ejercicios de columna. Cita en consulta programada para iniciar abordaje biopsicosocial. Insistimos en que acuda sin compañía de su madre. Apgar 7

Evolución: En consulta programada la paciente deja a un lado sus problemas de columna y se centra en la mala relación con su padre. Define la convivencia como insostenible. Refiere afectación de todo el entorno familiar a causa del alcohol, hasta el punto de caer ella enferma. Realizamos abordaje de la esfera sexual. Se cita al resto de la familia para realizar una intervención. Tras dos sesiones, la paciente presenta evolución favorable con desaparición de síntomas y mejora relación con el padre. Mejora armonía familiar.

Conclusiones

Entrevista clínica con el adolescente debe realizarse a solas, respetando la confidencialidad y facilitando la comunicación en un ámbito de confianza. Se ha puesto de manifiesto la importancia de un enfoque biopsicosocial ante cualquier motivo de consulta. Teniendo una perspectiva integral y conociendo al resto de la familia, se pudieron relacionar los síntomas que presentaba la paciente con experiencias familiares vividas.

Palabras clave

Adolescente, Abordaje familiar, Ansiedad

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Debilidad progresiva. Síndrome de Guillain-BarréPedrosa Arias M¹, De La Torre Torres P², Cruz Vela P³¹ Médico de Familia. CS La Zubia. Granada² Médica De Familia. CS Arjona Jaén³ Médica De Familia. CS Cartuja. Granada**Ámbito del caso**

Atención Primaria y especializada.

Motivo de la consulta

Pérdida de fuerza en miembros inferiores.

Historia Clínica

Paciente que tras una IRA que cedió con antibióticos y corticoides empezó con un cuadro de dolor cervicodorsolumbar irradiado a ambos MMSS con sensación de descarga eléctrica, parestesias en manos y pies. En unos días se añade sensación de pérdida de fuerza en MMII que ha ido en aumento con imposibilidad completa para la marcha. Además nota hipostesia en guante y en calcetín ascendiendo hasta codos y rodillas. Anteriormente había acudido en varias ocasiones a consulta y urgencias por el dolor y se había tratado con analgesia mórficos y AINES añadiéndose estreñimiento pertinaz. Ante persistencia de síntomas se deriva a urgencias.

Exploración neurológica: MMSS dudosa claudicación distal de dedos de mano derecha en maniobras antigravitatorias. En MMII paraparesia severa de predominio proximal con balance distal a 3/5 (flexo extensión de ambos pies y dedos de los pies) No realiza eversión ni inversión. Sensibilidad tactoanalgésica disminuida hasta tercio medio de ambos muslos con acorchamiento de ambas plantas de pies y palmas de ambas manos. Vibración abolida en MMII hasta palas iliacas y en MMSS disminuida con patrón distal. ROTs no se evocan (salvo estilorradiar izquierdo +/++++. *Analítica:* normal.

Pruebas complementarias: TAC: signos de atrofia cortical. No lesiones estructurales. Punción lumbar: citoquímica: 86 hematíes,

leucocitos 2, proteínas 153, disociación citoalbuminogena. EMG: afectación polirradicular con poco componente desmielinizante de nervio periférico. RNM cráneo: normal.

Enfoque individual: Mujer de 76 años con AP de HTA, bocio, prótesis de rodilla, colecistectomizada, asma.

Enfoque familiar y comunitario: Casada con tres hijos con buena dinámica familiar.

Juicio clínico: poli radiculopatía sensitivo motora axonal (Sd Guillain Barre).

Diagnóstico diferencial: poli neuropatía asociadas a neoplasias, neuropatías toxicas o por fármacos.

Tratamiento, planes de actuación: Se inició tratamiento con Ig IV. Posteriormente rehabilitación.

Evolución: En el momento actual la paciente progresa hacia la mejoría.

Conclusiones

El Sd Guillain Barré es una patología asociada a adultos jóvenes, pero no por ello lo tenemos que descartar en las personas ancianas. Un cuadro de CVA acompañado de imposibilidad para la marcha nos tiene que hacer pensar en ello, sobre todo en personas de edad, donde los síntomas a veces son infravalorados.

Palabras clave

Polineuropatía, Síndrome de Guillain Barré, Debilidad Progresiva

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Disneas que no son lo que parecen. A propósito de un casoRodrigo Molina MM¹, Fernández Muñoz R¹, Santiago Carranza E²¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Huétor-Tájar. Granada² Médico de Familia. CS Huétor-Tájar. Granada**Ámbito del caso**

Consulta de atención Primaria.

Motivo de la consulta

Mujer de 61 años que acude en varias ocasiones a nuestra consulta por cuadro de tos con sibilantes desde 2014 hasta la actualidad que en la mayoría de las ocasiones tiene mala respuesta a tratamiento para bronquitis aguda.

Historia Clínica

Paciente de 61 años que consulta varias veces por dificultad respiratoria progresiva hasta hacerse de mínimos esfuerzos con sibilantes acompañado de tos nocturna. En el contexto de cuadros de bronquitis de repetición es derivada a Neumología que en 2014 es diagnosticada de sospecha de asma con espirometría y Rx tórax normales. Tras varios episodios de bronquitis, en 2017 es vista de nuevo puesto que la disnea se acompaña de sensación de astenia con crepitantes a la exploración y leves edemas.

Enfoque individual. Antecedentes personales: DM, HTA.

Anamnesis: Paciente de 61 años tos nocturna asociada a astenia progresiva. DPN.

Exploración: BEG. IY a 45° de 3 cm. No cianosis ni acropaquias. SatO₂ basal: 94%. ACR: MVC, Crepitantes bibasales. MMII: edemas leves.

Pruebas complementarias: Rx tórax: cardiomegalia global. Infiltrados pulmonares bilaterales sin derrame pleural. Ecocardiograma: Cavidades derechas ligeramente dilatadas. HTP severa. Angio TAC tórax: signos de HTP pulmonar y cor pulmonale

crónico. Infiltrados intersticiales con engrosamiento peribroncovascular bilateral. Broncoscopia con BAL: Sugerente de alveolitis linfocitaria. Recuento morfológico normal. Micro: cultivo negativo. Hongos negativos. Pendiente de BAAR/Lowenstein.

Enfoque familiar y comunitario: Mujer que vive acompañada de su hijo y su marido.

Juicio clínico: Sospecha de Neumonía organizada criptogénica. Hipertensión pulmonar severa. Cor pulmonale crónico.

Tratamiento, planes de actuación: Se inicia tratamiento con prednisona de 30 mg cada 12 horas hasta revisión por Neumología. A la espera de revisión con resultados de PFR completas, GSA, Rx tórax y analítica completa.

Evolución: La paciente continúa con disnea aunque con mejoría de la misma, persistiendo sensación de astenia. Está a la espera de nueva revisión por Neumología con resultados de pruebas complementarias

Conclusiones

Es importante la comunicación entre especialistas y médicos de atención Primaria debido a la posibilidad de acelerar el tratamiento y el diagnóstico de patologías potencialmente crónicas y graves. En pacientes con patología respiratoria es importante realizar un estudio completo antes de diagnosticar de patología respiratoria crónica sin conocer el diagnóstico correcto

Palabras clave

Disnea, Neumonía, Hipertensión Pulmonar

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Presentación atípica de síndrome coronario agudo (SCA)Zambrano Muñoz E¹, Pedraza Sánchez S²¹ Médico de Familia. CS Sur Algeciras (Cádiz)² Médico de Familia. CS Vejer. Cádiz**Ámbito del caso**

La enfermedad coronaria (EC) es difícil de reconocer en pacientes que presentan dolor torácico (DT) en Atención Primaria (AP). Para todos es fácil reconocer la EC cuando el DT es típico, sin embargo el dolor inespecífico y musculoesquelético (atípico) está asociado con EC en un 10%.

Motivo de la consulta

Paciente de 57 años, fumador (35 años de evolución), agricultor, con antecedentes de HTA (Enalapril 20) y dislipemia (Simvastatina 20). Acude a consulta de AP con dolor en región costal y dorsal derecha de unas dos semanas de evolución que se modificaba con los movimientos del tronco y se desencadenaba con los esfuerzos (sobre todo al trabajar en el huerto), en ocasiones acompañado de diaforesis. En el momento de la consulta se encuentra asintomático.

Historia Clínica

Se realiza ECG que resulta normal. Ante dicho cuadro y dados los FRCV (factores de riesgo cardiovascular) del paciente, se decide avisar a ambulancia 061 a pesar de estar el paciente asintomático. El paciente es estudiado en urgencias hospitalarias con evolución enzimática negativa, por lo que es dado de alta con medicación beta bloqueante y derivado a consulta de Cardiología. A los diez días se realiza ergometría en consulta de cardiología presentando prueba normal aunque durante la recuperación sufre cuadro sincopal con parada cardíaca. Es reanimado mediante desfibrilación revirtiendo fibrilación ventricular y derivado a UCI. El resultado de cateterismo es positivo

para oclusión de 2 de las arterias coronarias que se corrigen con stents.

Enfoque individual: Antecedentes personales de dislipemia, y fumador de un paquete al día. En ECG realizado no se encuentran hallazgos agudos.

Enfoque familiar y comunitario: Entorno familiar (mujer) y comunitario con alto porcentaje de consumo de tabaco, por lo que se podría incidir en estos dos aspectos para hábitos de vida saludables (abandono tabaco, dieta sana y equilibrada y ejercicio).

Juicio clínico: Sospecha de SCA, el diagnóstico diferencial se haría con dolor musculoesquelético, dolor de origen en aparato respiratorio (pleural, pulmonar.) o referido (aparato digestivo).

Tratamiento, planes de actuación: El mismo cateterismo, y los fármacos tras el SCA.

Evolución: Mejoría tras el cateterismo, aunque con leve disnea ante grandes esfuerzos.

Conclusiones

Es necesario un alto grado de sospecha en pacientes de alto RCV que acuden con dolor torácico atípico o mecánico incluso si acuden asintomáticos, para evitar complicaciones posteriores o incluso la muerte.

Palabras clave

Chest Pain, Acute Coronary Syndrome

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Mucho más que morfinaRuiz García E¹, Ortega García G², Ureña Arjonilla ME³¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Valle. Jaén² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Felipe. Jaén³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Mancha Real. Jaén**Ámbito del caso**

Consulta de atención Primaria. Domicilio del paciente.

Motivo de la consulta

Estreñimiento. Disnea. Rectorragia. Dolor.

Historia Clínica

Varón, 64 años de edad, diagnosticado de adenocarcinoma sigma estadio III, intervenido hace un año y posteriormente en tratamiento con quimioterapia (3 ciclos). Tras nula respuesta al tratamiento (metástasis pulmonares), el paciente rechaza continuar con medidas terapéuticas así como realización de pruebas complementarias y/o ingreso hospitalario. Acude a consulta por presentar en los últimos días episodios de rectorragia autolimitados acompañados de estreñimiento y aumento de su disnea hasta hacerse de moderados esfuerzos. También ha presentado episodios aislados de deposiciones acuosas y dolor abdominal generalizado.

Enfoque individual: Actualmente convive con sus dos hijas y su ex-mujer de la que se separó hace 10 años. Durante ese tiempo el paciente ha mantenido relación sentimental con una compañera de trabajo, la cual finalizó hace 1 año. Desde el diagnóstico de su enfermedad, ha buscado el apoyo en su anterior familia, con la que mantenía una relación tensa desde hace tiempo.

Enfoque familiar y comunitario: Buena relación con sus dos hijas, ambas trabajan fuera y sólo están en casa los fines de semana. Con su ex-mujer la relación ha mejorado respecto a los años previos. Ahora ella es la cuidadora principal, ha dejado a un lado sus actividades y

su principal ocupación es el cuidado y mejoría de su exmarido.

Juicio clínico:

Carcinoma de sigma. Situación terminal. Cuidados paliativos. Obstrucción intestinal. Hemorragia digestiva baja.

Tratamiento, planes de actuación: Alivio de los síntomas. Ajuste de tratamiento. Apoyo al paciente y familiares. Citas programadas en consulta y/o domicilio para vigilar evolución. Documento voluntades anticipadas. Atención integral multidisciplinar.

Evolución: desfavorable que le impedía acudir a consulta. Crisis de disnea intensa que precisó tratamiento con morfina. Requirió suplementos alimentarios así como tratamiento para controlar episodios de deposiciones acuosas alternados con estreñimiento. Ex-mujer con crisis de ansiedad diarias que precisaron tratamiento de mantenimiento. Buen apoyo de las hijas.

Conclusiones

Cuidados paliativos son aquellos proporcionados en enfermedades progresivas, incurables y avanzadas y cuyo objetivo es paliar los síntomas. Desde la atención Primaria debemos proporcionar apoyo emocional a paciente y familia, controlar síntomas adelantándonos a la aparición de algunos de ellos y evitar polimedicación. Para ello, debemos proporcionar una continuidad asistencial mediante un equipo multiprofesional persiguiendo siempre el bienestar y la máxima comodidad del enfermo.

Palabras clave

Enfermedad Terminal, Paliativos, Morfina

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Pérdida de visión en varón de 62 añosOrtiz Romero J¹, Gómez de la Mata Galiana RE², Yanes Martin J³¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Tomares. Sevilla² Médico de Familia. CS Umbrete. Sevilla³ Médico de Familia. CS Cazalla de la Sierra. Sevilla**Ámbito del caso**

Atención Primaria y atención hospitalaria.

Motivo de la consulta

Pérdida de visión en ojo derecho.

Historia Clínica

Paciente varón, 62 años, acude a la consulta de Atención Primaria por pérdida de visión ocular en ojo derecho (OD) de tres días de evolución, no otra sintomatología asociada.

Exploración en consulta sin hallazgos. Se decide derivar al Servicio de Urgencias hospitalarias donde es valorado con diagnóstico de escotoma en OD remitiéndolo a consultas de Revisión hospitalaria de Oftalmología. Visto tres días después encuentran edema de papila en curso monolateral, remiten de nuevo a Servicio de Urgencias para estudio neurológico y pruebas de imagen. En Urgencias realizan TAC de Cráneo donde no se evidencian hallazgos significativos, pero se decide ingresar al paciente para completar estudio

Enfoque individual. Antecedentes personales: ex fumador de 10 cigarrillos al día, ex bebedor moderado, depresión en tratamiento, resto sin interés.

Anamnesis: Paciente varón de 62 años que acude a la consulta de Atención Primaria por pérdida de visión ocular en OD de tres días de evolución.

Exploración: Buen estado general, afebril. Pérdida de visión en hemicampo temporal derecho. Auscultación cardiorrespiratoria, abdominal, neurológica anodinas.

Pruebas

Electrocardiograma, hemograma, bioquímica, gasometría venosa, ANA, lúes, Vitamina B12, coagulación, serologías, estudio de inmunidad, proteinograma, complemento, VSG, TAC de cráneo, RMN craneal, ecografía abdominal, ecodoppler TSA, ecocardiografía Transesofágica y punción lumbar.

complementarias:

Enfoque familiar y comunitario: Sin interés.

Juicio clínico: Hidrocefalia normotensiva.

Diagnóstico diferencial: con tumores, hemorragia subaracnoidea, meningitis y traumatismos.

Tratamiento, planes de actuación: Se inicia tratamiento con acetazolamida, revisiones por Medicina Interna y Oftalmología.

Evolución: Resolución del edema de papila en OD con defecto campimétrico bilateral, según la evolución visual se está valorando la posibilidad de válvula de drenaje.

Conclusiones

Nuestro caso es una hidrocefalia de presentación atípica, en su presentación completa puede presentar demencia, alteración de la marcha y de esfínteres. Patología reversible con diagnóstico precoz y tratamiento adecuado, por ello debemos pensar en esta patología como médicos de Atención Primaria cuando se nos presente un paciente con estas características.

Palabras clave

Intracranial Hypertension, Normal Pressure Hydrocephalus, Hemianopsia

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

"Doctor, estoy preocupada"Ortiz Romero J¹, Gómez de la Mata Galiana RE², Quinta Fernández S³¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Tomares. Sevilla² Médico de Familia. CS Umbrete. Sevilla³ Médico de Familia. CS Ciudad Expo. Mairena del Aljarafe (Sevilla)**Ámbito del caso**

Atención Primaria y atención hospitalaria.

Motivo de la consulta

Consulta por patología familiar cardiológica.

Historia Clínica

Mujer 53 años que consulta por antecedentes familiares cardiológicos, refiere estar asustada con ellos aunque ya fue estudiada en 2011 sin hallazgos, interrogándola nos cuenta que ocasionalmente tiene sensación que describe como "agobio" en hemitórax izquierdo con ansiedad posterior y palpitaciones.

En la exploración nos llama la atención un soplo sistólico. Realizamos electrocardiograma: ritmo sinusal, sin alteraciones isquémicas agudas ni de la repolarización, no signos de hipertrofia ventricular. Tras comentar con nuestro internista de referencia solicitamos ecocardiografía con diagnóstico de probable membrana subaórtica, la cual se confirma por ecocardiografía transesofágica informada como membrana subaórtica que condiciona estenosis ligera a su través. Es revisada por Cardiología pero opinan no presenta indicación quirúrgica ni requiere otro tratamiento por el momento, si seguimiento por su parte en un año.

Enfoque individual. Antecedentes personales: fumadora de 1 paquete al día, bebedora ocasional, resto sin interés.

Anamnesis: Mujer 53 años que consulta por antecedentes familiares cardiológicos, interrogándola nos cuenta que ocasionalmente tiene sensación que describe como "agobio" en hemitórax izquierdo con ansiedad posterior y palpitaciones.

Exploración: Buen estado general. Auscultación cardiorrespiratoria: rítmica a buena frecuencia, soplo sistólico II/VI, Buen murmullo vesicular. Tensión arterial: 120/75. Miembros inferiores sin edemas ni signos de trombosis venosa profunda.

Pruebas complementarias: Electrocardiograma, ecocardiografía transtorácica y transesofágica.

Enfoque familiar y comunitario: Mujer soltera, vive sola, independiente, activa. Madre fallecida y hermano con DAI por miocardiopatía hipertrófica obstructiva, hermana con infarto agudo de miocardio a los 52 años.

Juicio clínico: Membrana subaórtica.

Diagnóstico diferencial: con aquellas patologías que causen soplo aórtico como estenosis e insuficiencia aórtica.

Tratamiento, planes de actuación: Seguimiento anual por Cardiología para valorar posible intervención quirúrgica.

Evolución: Actualmente evolución favorable.

Conclusiones

La membrana aórtica es una cardiopatía congénita infrecuente y que en muchos casos no se diagnostica hasta la edad adulta. En caso de confirmarse es importante tener en cuenta que se asocian con frecuencia a una elevada mortalidad cardiovascular y otras anomalías congénitas.

Palabras clave

Subvalvular Aortic Estenosis, Cardiac Murmurs, Valvular Heart Diseases

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Dudas sobre tratamiento de síndrome catarral en paciente con colitis ulcerosa corticorretractaria

Rodríguez Borrego M, Tallón Aguayo MJ

Médico de Familia. CS Trinidad Jesús Cautivo. Málaga

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivo de la consulta

Preocupación ante posibles efectos adversos de medicación prescrita en una anterior consulta.

Historia Clínica

Paciente de 24 años que acude por tos de dos semanas de evolución al que se le prescribe un broncodilatador y un antibiótico y regresa al día siguiente refiriendo no haberlos adquirido por dudas ante posibles interacciones.

Enfoque individual: Como antecedentes personales presenta una colitis ulcerosa corticorretractaria. Ante una exploración física anodina y encontrarse afebril se le prescribe un broncodilatador y un antibiótico. Al habersele prescrito un corticoide inhalado como broncodilatador duda de su efectividad por su condición de patología crónica corticorretractaria. A su vez, le inquieta que el antibiótico pueda desencadenar un brote de colitis.

Enfoque familiar y comunitario: En este caso, si el paciente hubiese conocido qué fármacos son los contraindicados, no hubiera tenido que consultar de nuevo, con la pérdida de asistencia que eso supone a sus demás ocupaciones.

Juicio clínico: Falta de información acerca de la medicación para procesos agudos que resulte inocua para su patología crónica.

Tratamiento, planes de actuación: Se le informa que el efecto beneficioso del corticoide a nivel bronquial no repercute a nivel sistémico y que el antibiótico pautado es seguro en su situación.

Evolución: El paciente accede a iniciar el tratamiento con una evolución favorable.

Conclusiones

Resultaría de gran ayuda el tener listas con los principales fármacos empleados en los procesos agudos y que están contraindicados en las enfermedades crónicas más frecuentes en Atención Primaria. Aunque es labor de los médicos especialistas el informar a los pacientes acerca de los tratamientos no recomendados, en el caso de que esto no ocurriese, sería de gran utilidad disponer de las herramientas necesarias para transmitir dicha información desde Atención Primaria. En otras patologías, como el glaucoma, miastenia gravis, intolerancia a la lactosa o celiaquía ya se encuentra más generalizada la educación a los pacientes acerca de la medicación adecuada. El promocionar desde Atención Primaria el conocimiento de posibles interacciones y la confianza del paciente para que siga la pauta prescrita son aspectos fundamentales a fomentar en nuestra práctica diaria.

Palabras clave

Colitis, Corticoides, Antibiótico

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

La tos, el mecanismo de defensa que puede ser síntoma de una patología grave. Manejo de una paciente con tos crónica en Atención Primaria

Privado Martínez P¹, Ferrús Ciriza JA²

¹ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Santa Mónica. Rivas VaciaMadrid. Madrid

² Médico de Familia. CS Santa Mónica. Rivas VaciaMadrid. Madrid

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivo de la consulta

Tos seca faríngea de más de 8 meses de evolución.

Historia Clínica

Paciente de 53 años que acude por primera vez a nuestra consulta por cuadro de tos seca faríngea de más de 8 meses de evolución que no cede a pesar de múltiples tratamientos sintomáticos. Refiere tos de predominio vespertino que se acentúa tras salir a caminar, no siempre por los mismos lugares. No disnea ni autoescucha de sibilancias. No síntomas de enfermedad por reflujo esofágico (ERGE). No astenia ni pérdida de peso objetivada.

Enfoque individual. Antecedentes personales: Hipertensión arterial. Ictus isquémico sin secuelas. No fumadora. No historia de asma conocida. Tratamiento habitual: Atenolol 50 mg. Nifedipino 20 mg. Ácido acetilsalicílico 300 mg. Simvastatina 10 mg.

Exploración física: Eupneica en reposo, orofaringe, cuello y auscultación cardiopulmonar normales.

Enfoque familiar y comunitario: No antecedentes familiares relevantes.

Juicio clínico: Tos crónica a estudio.

Tratamiento, planes de actuación: En primer lugar, realizamos una espirometría en el CS para descartar asma inducido por esfuerzo, siendo normal con test broncodilatador

negativo. Solicitamos radiografía de tórax: índice cardiotorácico normal, senos costofrénicos libres, atelectasia del lóbulo superior derecho (LSD) con borde convexo inferior, cambios óseos degenerativos incipientes. Ante los hallazgos de la radiografía, solicitamos tomografía axial computarizada (TAC) de tórax para mejor valoración.

Evolución: La TAC de tórax muestra una masa pulmonar paramediastínica en el LSD de unos 6x8 cm con múltiples adenopatías mediastínicas paratraqueales derechas, pretraqueales y subcarinales. No se observa derrame pleural ni pericárdico. Se deriva de forma urgente a Neumología donde le realizan una broncoscopia con toma de biopsias y citologías con resultado de: carcinoma no microcítico pobremente diferenciado, probable adenocarcinoma pulmonar LSD.

Conclusiones

Ante una paciente con tos de más de 8 semanas de evolución debemos realizar una anamnesis y exploración física detalladas, descartando las causas más frecuentes como son el consumo de tabaco o de inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA), el asma o la enfermedad por reflujo gastroesofágico. Además debemos realizar una radiografía de tórax como prueba complementaria inicial. En función de los hallazgos valoraremos si iniciar tratamiento sintomático con reevaluación posterior o si es necesario derivar a otro especialista para completar el estudio.

Palabras clave

Cough, Lung Cancer

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

"Hemorragia subaracnoidea en paciente con cefalea y diplopia"López Ocaña FM¹, Andrade González P¹, Ortiz Navarro B²¹ Médico de Familia. DDCU Estepona. Málaga² Médico de Familia. DDCU San Pedro. Málaga**Ámbito del caso**

Urgencias atención Primaria y hospitalarias.

Motivo de la consulta

Cefalea intensa con Cervicalgia y episodio de pérdida de conciencia previa, temblor generalizado y desorientación.

Historia Clínica

Paciente sin alergias a medicamentos. Migrañas habituales en tratamiento con flunarizina, amitriptilina, betahistina y paracetamol. Acude a urgencias de un hospital comarcal por cefalea de un mes de evolución rebelde a sus tratamientos habituales, junto con aparición de diplopia. Se realiza TAC craneal con resultado normal, siendo dada de alta y remitida urgente a consulta de oftalmología. Al día siguiente consulta en urgencias del CS por cefalea más intensa durante la tarde, episodio sincopal en dos ocasiones con temblor, pérdida de reactividad y desorientación. A la exploración se objetiva parálisis del recto interno del ojo izquierdo, con midriasis arreactiva y ptosis palpebral, compatible con parálisis del III par izquierdo.

Enfoque individual: Ama de casa. Migrañas habituales.

Enfoque familiar y comunitario: Casada. Con dos hijos convivientes en domicilio.

Juicio clínico: Cefalea con signos de alarma. Descartar hemorragia subaracnoidea.

Tratamiento, planes de actuación: Es trasladada en ambulancia medicalizada a

hospital de referencia para valoración. Durante traslado se administra tratamiento con metamizol, metoclopramida y 6 mg de cloruro mórfico intravenosos, con mejoría de la cefalea.

Evolución: En hospital de referencia se realiza analítica sanguínea, sin resultados de interés, y TAC craneal, objetivando hemorragia subaracnoidea bilateral de probable origen aneurismático. Se contacta con neurocirugía de referencia de hospital regional para traslado, donde se realiza angio-TAC, con diagnóstico de HSA difusa bilateral con posible imagen de aneurisma a nivel de salida de ACoP izquierda. Talla ventricular normal. Ingresa en UCI y al día siguiente se realiza tratamiento endovascular de aneurisma cerebral roto. En el estudio angiográfico 3D se objetiva aneurisma sacular de aproximadamente 3.5 x 7 mm en origen de arteria comunicante posterior izquierda. Se realiza su embolización con coils, con técnica asistida por microcateter balón, con oclusión completa del mismo, sin complicaciones vasculares durante el procedimiento. Presenta buena evolución clínica posterior con mejoría progresiva de la midriasis y la diplopia, y siendo dado de alta a las dos semanas.

Conclusiones

Ante diplopia y midriasis arreactiva, descartar lesiones ocupantes de espacio como es nuestro caso.

Palabras clave

Diplopia, Hemorragia Subaracnoidea, Cefalea

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

"Cuando los antecedentes no son lo que parece ante una sepsis grave"López Ocaña FM¹, Andrade González P¹, Ortiz Navarro B²¹ Médico de Familia. DDCU Estepona. Málaga² Médico de Familia. DDCU San Pedro. Málaga**Ámbito del caso**

Urgencias atención Primaria domiciliarias y urgencias hospitalarias.

Motivo de la consulta

Avisan al centro coordinador (061) por deterioro progresivo, con picos febriles de hasta 39 °, disminución del nivel de conciencia y dificultad respiratoria en las últimas horas. Infección urinaria en los días previos en tratamiento con fosfomicina.

Historia Clínica

Varón, 74 años. TBC hace 10 años con tratamiento completo. ACV sin secuelas. Cardiopatía isquémica tipo IAM en 2003. Hepatopatía alcohólica. Cáncer de próstata tratado con hormonoterapia y radioterapia. Flebitis de repetición. Hernia discal. Tratamiento con: atenolol, atorvastatina, fenofibrato, nifedipino, nitroglicerina TTS, omeprazol, paracetamol, pregabalina, tamsulosina, clopidogrel, desvenlafaxina, cleboprida, gabapentina y morfina. Independiente para todas las actividades de vida diaria.

Enfoque individual: Paciente pluripatológico con buena calidad de vida.

Enfoque familiar y comunitario: Casado. Vive con su mujer, también independiente. 3 hijos.

Juicio clínico: Sospecha de sepsis de origen urológico. Se activa código sepsis.

Tratamiento, planes de actuación: A la llegada del equipo médico al domicilio, paciente con cianosis franca, hipotensión, palidez y

sudoración, compatible con cuadro séptico. Se procede a intubación orotraqueal y administración de sueroterapia intensa y dopamina. Se traslada a hospital de referencia por sospecha de sepsis de origen urológico.

Evolución: En el hospital ingresa directamente en UCI, se extraen hemocultivos y urocultivos y se administra piperacilina-tazobactam. Se canaliza vía central, sonda vesical, sonda nasogástrica y se solicita eco abdominal para descartar foco drenable por sospecha de sepsis urinaria complicada. En el sedimento urinario no se ven datos de infección. La eco abdominal objetiva esteatosis hepática sin otros datos. Desarrolla fracaso renal agudo y se solicita TAC tóraco-abdominal donde se visualiza masa de 3 x 3 cms en pulmón derecho con impronta sobre bronquio inferior derecho e infiltrados intersticiales parenquimatosos. Tiene mejoría progresiva con Imipenem y posteriormente levofloxacino, con recuperación de diuresis y mejoría progresiva de función renal. Se realiza extubación y posteriormente fibrobroncoscopia, donde se objetivan gran cantidad de secreciones purulentas en bronquio derecho y se da de alta a neumología con diagnóstico de neumonía bacteriana con shock endotóxico secundario. Buena evolución posterior con alta a domicilio.

Conclusiones

Ante sepsis grave descartar otros posibles orígenes, ya que no siempre es secundaria a lo más claro.

Palabras clave

Sepsis, Shock, Urgencias

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Dolor epigástrico tipo cólico tras la toma de pescado en paciente jovenDe la Cerda Montes de Oca P¹, Vílchez Jaimez M², Mostazo Torres J³¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Roque. Cádiz² Médico de Familia. CS Tarifa. Cádiz³ Aparato Digestivo. Hospital La Línea de la Concepción. Cádiz**Ámbito del caso**

Mixto.

Motivo de la consulta

Epigastralgia.

Historia Clínica

Paciente mujer de 38 años. Niega alergias medicamentosas. Origen de Perú. Ocasionales episodios de broncoespasmo leve asociados a infecciones virales de vías respiratorias altas. No ingiere medicamentos de forma regular. Refiere desde hace una semana "quemazón" retroesternal, constante, de intensidad variable de leve a moderado. Obtiene alivio parcial con ingestión de alimentos. Refiere además dolor leve en fosa ilíaca derecha, tipo cólico, esporádico, no relacionado a alimentos o a defecación. Refiere que ingiere pescado crudo ("cebiche") con frecuencia al ser una comida típica de su país. Prácticamente siempre congela antes el pescado pero esta semana han venido unos amigos y no le daba tiempo congelar el pescado por lo que lo hicieron directamente tras comprarlo en un puesto del mercado. Abdomen: RHA, presentes. Blando, depresible, no masas, no dolor, no visceromegalia. Resto de examen dentro de límites normales. Hb: 15.3 mg/dl Hematocrito: 43%, Eosinófilos 7%. Parasitológico-heces (x3): Negativo. Ecografía abdominal sin alteraciones. Dada la persistencia del dolor abdominal se decide realizar endoscópica digestiva alta. Se objetiva Gastritis superficial sobre todo a nivel fúndico con algunas erosiones y algunos filamentos blancos móviles, al menos 4 se revisa con insuflación máxima y se resecan todos los visualizados. Se mandan a microbiología. Examen parasitológico: Anisakis spp.

Enfoque individual: Ama de casa.*Enfoque familiar y comunitario:* Origen peruano. Sin historia previa en el CS.*Juicio clínico:* Anisakiasis.*Tratamiento, planes de actuación:* Desparasitación vía endoscópica.*Evolución:* Tras la retirada de los parásitos mejoro progresivamente estando asintomática al mes del cuadro.**Conclusiones**

La Anisakiasis es una enfermedad zoonótica causada por la ingesta accidental de pescado crudo o mal cocido, el cual se encuentra infectado con el tercer estadio larvario de anisakis. La infección con larvas de anisakis puede producir sintomatología gastrointestinal variada según el lugar donde se localice, o reacciones alérgicas de diversa intensidad, que explicaría la etiología de algunos casos de la llamada "alergia al pescado". La endoscopia tiene importancia diagnóstica, para la identificación del agente etiológico, así como terapéutica, dado que no existe hasta el momento un tratamiento farmacológico eficaz. Solo la retirada de la larva hará que horas después comience a mejorar los síntomas. Como prevención se debe de congelar el pescado unas 24 horas a -20°.

Palabras clave

Anisakiasis, Anisakis, Epigastralgia

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Manejo extrahospitalario de un código tiempo dependiente: síndrome coronario agudo con elevación de ST (SCACEST)

Ginés Ramírez E¹, Fernández Viñes JA², Granados Solier MC¹

¹ Médico de Familia. DDCU Chana. Granada

² Médico de Familia. DA CS Atarfe. Granada

Ámbito del caso

Urgencias extrahospitalarias y Servicio de Hemodinámica.

Motivo de la consulta

Se despierta con dolor centrotorácico y malestar general.

Historia Clínica

Paciente de 74 años.

Antecedentes personales: exfumador, HTA y bebedor habitual; que se despierta a las 4.00 horas con dolor centrotorácico, opresivo, irradiado a brazo izquierdo junto con malestar general, sudoración y náuseas. Contacto con sistema extrahospitalario: 4:30h.

Exploración: Consciente y orientado, palidez cutánea facial, sudoración profusa, hemodinámicamente inestable con ausencia de pulsos distales. Tensión arterial 75/45, pulso 38lpm, Glucemia 223, Saturación O₂ 90%. Auscultación cardiopulmonar: bradicardia rítmica, murmullo vesicular conservado con crepitantes bibasales. Electrocardiograma (4:40h): Bradicardia sinusal a 40lpm, Eje normal. Ascenso ST > 2mm en II, III, aVF, V₅ y V₆ junto con descenso de ST I, aVL, V₁ y V₂ por lo que se realiza ECG con derivaciones posteriores: Ascenso de ST >2mm en V₇ y V₈.

Enfoque individual: La coordinación entre Centro Coordinador- DDCU- Hemodinámica es esencial para la adecuada atención al paciente. Desde el primer contacto telefónico del paciente con el centro coordinador, se deben activar los dispositivos extrahospitalarios para valoración domiciliaria del paciente, realizando ECG precozmente y activando el código INFARTO para prealertar al laboratorio de

Hemodinámica y resolución precoz de la obstrucción coronaria.

Enfoque familiar y comunitario: Se informa de las actuaciones tanto al paciente como a la familia que da su consentimiento.

Juicio clínico: Síndrome coronario agudo con elevación de ST infero-Postero-lateral.

Tratamiento, planes de actuación: Monitorización con parches, vía venosa periférica con suero fisiológico, Ácido acetil-salicílico 300 mg vía oral masticada, Metoclopramida IV y Meperidina 25mg intravenoso lento. Oxígeno en gafillas para saturación >92%. Se avisa al Hemodinamista que indica Prasugrel 60 mg oral y Heparina sódica 5000 UI IV y derivación precoz a sala de hemodinámica para angioplastia coronaria Primaria.

Evolución: Traslado por DDCU con monitorización con parches de desfibrilación, sufre episodio de fibrilación ventricular que precisa desfibrilación eléctrica que revierte inmediatamente, se instaura perfusión Amiodarona. En la sala de hemodinámica (05:25h), se realiza cateterismo con coronaria derecha ocluida en tercio proximal. Se coloca stent recubierto, traslado a UCI, posterior alta hospitalaria con ecocardiografía con fracción de eyección normal.

Conclusiones

La valoración y tratamiento precoz del SCACEST disminuye la mortalidad junto con el daño miocárdico.

Palabras clave

Acute Coronary Syndrome, Ventricular Fibrillation

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Doctor, tengo el parpado caídoOualy Ayach Hadra G¹, Correa Gómez V¹, Gallardo Ramírez M²¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Virgen del Gavellar. Úbeda (Jaén)² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Úbeda. Jaén**Ámbito del caso**

Atención Primaria, Urgencias, medicina interna.

Motivo de la consulta

Miosis izquierda y ptosis palpebral homolateral.

Historia Clínica

Paciente de 56 años, acudió a la consulta por notarse el parpado izquierdo caído, de un día de evolución. No presentaba alteraciones visuales. Refirió que en los días previos tuvo dolor de garganta, oído y en región parieto-temporal.

Enfoque individual. Antecedentes personales: HTA, hiperlipemia y en tratamiento con ramipril y simvastatina.

A la exploración neurológica, se apreció anisocoria con pupila izquierda miótica, poco reactiva a la luz, ptosis palpebral homolateral y anhidrosis. Los movimientos oculares estaban conservados y el resto de la exploración neurológica, cardiotorácica y abdominal era normal. El ECG y la radiografía de tórax no presentaban alteraciones. Ante la sospecha clínica, se derivó al Servicio de Urgencias donde se le realizó un TAC craneal que fue normal y se derivó a medicina interna para completar el estudio. En la ecografía doppler de troncos supraaórticos no se observó placas de ateroma ni estenosis. La RMN de cráneo, orbitas y cervical no presentaba anomalías y La analítica con marcadores tumorales autoinmunidad y serología con valores dentro de la normalidad.

Enfoque familiar y comunitario: Cuidador de su padre con demencia. No tiene hijos y está divorciado.

Juicio clínico: Síndrome de Claude-Bernard-Horner (CBH) idiopático. La vía del nervio simpático, puede lesionarse a distintos niveles, diferenciando formas centrales o periféricas. Las formas centrales se asocian en ocasiones a focalidad neurológica. En las formas periféricas, las causas más comunes son los tumores de pulmón (especialmente el tumor de Pancoast en el ápex pulmonar) y mama.

Tratamiento, planes de actuación: El tratamiento es de la causa subyacente, en este caso se orientó como un síndrome de CBH de etiología no filiada y no preciso de tratamiento.

Evolución: Se le hizo sucesivos controles en medicina interna, con resolución progresiva del cuadro, lo cual se dio de alta, encargándose su Médico de Familia de hacer el seguimiento. La evolución fue favorable, recuperando de forma completa la ptosis, y la miosis.

Conclusiones

Es importante tener un conocimiento anatómico de la vía simpática para orientarnos sobre el nivel de la lesión y poder determinar la etiología más probable. Es muy raro que el Síndrome de Horner se produzca de forma aislada, ya que lo más frecuente es que se presente acompañando a enfermedades vasculares, tumorales (como el Síndrome de Pancoast), traumatismos, siringomielia y, más raramente, enfermedades desmielinizantes.

Palabras clave

Horner's Syndrome, Blepharoptosis, Miosis

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Desorientación y disartria en paciente añoso polimedcado

Muriedas Fernández-Palacios M, Pirla Santiburcio N, López Suárez JM

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Olivar de Quinto. Dos Hermanas (Sevilla)

Ámbito del caso

Urgencias hospitalarias.

Motivo de la consulta

Desorientación, comportamiento inadecuado, alteraciones de la marcha y disartria.

Historia Clínica

Mujer de 78 años sin RAM ni hábitos tóxicos, hipertensa y dislipémica. Enfermedad renal crónica desde 2013. TTO: Simvastatina 20 mg/24h, Omeprazol 20 mg/24h, Amiloride 5mg/HCTZ 50 mg/24h, Enalapril 20 mg/24h, Inzitan im. Ayer tras inyección de Inzitan im (3ª dosis por Lumbalgia) presentó malestar, mareo, náuseas, desorientación y ligera disartria. Se recuperó ad integrum tras una hora. Por la noche nuevamente desorientación, comportamiento inadecuado y disartria. La mañana siguiente, acudió a urgencias ligera mejoría, asintomática en consulta. Días previos no vómitos, ni diarrea.

Enfoque individual: Buen estado general, consciente orientada y colaboradora. Afebril. Ligera palidez cutánea. Hemodinámicamente estable TA135/73mmHg. Auscultación cardiorrespiratoria sin hallazgos. Exploración neurológica sin alteración de pares craneales, musculatura ocular extrínseca conservada, pupilas isocóricas normorreactivas. No afectación motora de miembros ni claudicación, marcha cautelosa. ECG: ritmo sinusal a 98 lpm. BIRDHH. *Analítica:* urea 49 mg/dL, Cr 1.19 mg/dL (previa 1.6 con FGe 30.5, basales 1.2), sodio 113 mEq/L (previas normales). Hemograma y Coagulación normales. Elemental de orina 250 leucocitos y nitritos y sangre negativos. Radiografía de tórax normal. TAC craneal sin contraste: No alteraciones agudas.

Enfoque familiar y comunitario: Familia nuclear etapa 5 (Disolución), fase centrípeta del Ciclo Vital Familiar (nido vacío). Vive con su marido ambos independientes, tienen dos hijos que les visitan semanalmente.

Juicio clínico: Hiponatremia severa aguda.

Diagnóstico diferencial: hiponatremia con osmolaridad plasmática disminuida (239mOsm/L), deberíamos haber solicitado concentración urinaria de sodio para discernir entre pérdidas gastrointestinales/cutáneas (<20) y pérdidas renales (>20), diuréticos tiazídicos. Accidente vascular cerebral. Efecto secundarios de Inzitan o de Omeprazol.

Tratamiento, planes de actuación: Tratamos con suero salino fisiológico y restricción hídrica a 1L, hipertónico dada la edad y que no presentaba síntomas moderados ni severos.

Evolución: Buena evolución clínica, sin focalidad neurológica durante el ingreso. Corrigiéndose la natremia 113-117-122mEq/L. Es dada de alta suspendiendo hidroclorotiazida/amilorida y Omeprazol, añadiendo Amlodipino 10 mg/24h. Revisiones sucesivas en medicina interna donde está asintomática y natremia de 143mEq/L.

Conclusiones

Destacar la importancia de saber utilizar correctamente los medicamentos y sus efectos adversos. Insistir en una correcta práctica clínica, basándonos en guías de práctica clínica, en nuestro caso deberíamos haber solicitado el sodio en orina.

Palabras clave

Hiponatremia, Desorientación, Disartria

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Dolor abdominal: Diagnóstico Diferencial en las urgencias hospitalariasTéllez Joya FI¹, Martínez Rodríguez E², Simon Prado I¹¹ Médico de Familia. Urgencias Hospital Punta de Europa. Algeciras (Cádiz)² FEA Obstetricia y Ginecología. Hospital Punta de Europa. Algeciras (Cádiz)**Ámbito del caso**

Urgencias hospitalarias.

Motivo de la consulta

Dolor abdominal.

Historia Clínica

Paciente de 28 años de edad, con tres embarazos previos (dos cesáreas). Acudió a urgencias: con dolor abdominal hipogástrico tipo cólico de 7 semanas de evolución, de intensidad leve e irradiación hacia el flanco derecho, concomitante con náuseas. No se observó sangrado vaginal o síntomas urinarios. El tratamiento consistió en tocolíticos (indometacina y nifedipina), analgésicos (metamizol) y antiespasmódicos (butilhioscina), pero no fueron efectivos. Los síntomas continuaron intermitentemente durante dos días. Después, la paciente tuvo dolor abdominal intenso de inicio súbito.

En la *Exploración física*: Se encontró taquicardia, ansiedad, posición en gatillo, hipertonia uterina, dolor a la palpación del fondo uterino (principalmente del lado derecho), peristaltismo continuo y signo de rebote positivo; no hubo alteraciones cervicales o sangrado vaginal.

Pruebas complementarias: Ecografía: feto vivo de 21.5 Semanas de gestación, placenta fúndica lateralizada a la derecha y líquido amniótico normal. Hemograma: hemoglobina de 12.2 G/L, hematocrito de 34%, plaquetas de 205,000/mL y leucocitos de 13,400/mL. La laparotomía exploradora reveló: ausencia de hemoperitoneo, apéndice macroscópicamente normal, ovarios y salpinges sin alteraciones, útero con rotación hacia la derecha

(dextrógira), pared íntegra con deformidad del ángulo lateral derecho del fondo uterino (20 cm de diámetro), vasos tortuosos y congestivos en su superficie de menor consistencia que el resto de la pared uterina.

Enfoque individual: sin antecedentes de interés.

Enfoque familiar y comunitario: sin antecedentes familiares de interés

Juicio clínico: Embarazo ectópico angular.

Diagnóstico diferencial: Embarazo ectópico previo. ? Endometriosis? Defectos hereditarios en las trompas de Falopio.

Tratamiento, planes de actuación: Después de establecer el diagnóstico de embarazo ectópico angular se realizó la histerectomía en bloque sin complicaciones.

Evolución: Favorable. La paciente regresó seis días después de la intervención quirúrgica en buenas condiciones generales.

Conclusiones

El embarazo angular es una rara y peligrosa forma de gestación ectópica. Dicha afectación produce elevada mortalidad materna. De ahí la importancia de la colaboración interdisciplinar entre Servicio de Urgencias y ginecología para la actuación rápida y eficiente de dicha paciente.

Palabras clave

Dolor Abdominal, Embarazo Ectópico, Diagnóstico

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Insuficiencia suprarrenal a propósito de un casoTéllez Joya FI¹, Simon Prado I², Martínez Rodríguez E³¹ Médico de Familia. Urgencias Hospital Punta de Europa. Algeciras (Cádiz)² Médico de Familia. Hospital Punta de Europa. Algeciras (Cádiz)³ FEA Obstetricia y Ginecología. Hospital Punta de Europa. Algeciras (Cádiz)**Ámbito del caso**

Urgencias hospitalarias.

Motivo de la consulta

Dolor abdominal intenso.

Historia Clínica

Mujer de 15 años sin antecedentes personales de interés. Acude a urgencias por referir dolor abdominal intenso y vómitos incoercibles a pesar de ser diagnosticada en días anteriores de un proceso gastrointestinal. Refiere astenia de tiempo de evolución con periodos de agudización con los exámenes acompañado de pérdida de peso que no sabe precisar y pérdida de apetito. Se siente apática y con trastornos del ánimo.

Exploración física: TAS: 90 TAD: 50 T°C: 37,3 Regular estado general, deshidratación leve-moderada, consciente orientada y colaboradora. Se observa pérdida de vello axilar y pubiano y la paciente refiere no realizarse láser. ACP: Murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. Abdomen: dolor generalizado a la palpación profusa. Extremidades: no edemas, pulsos simétricos y conservados, no signos de trombosis venosa profunda.

Pruebas complementarias: Bioquímica: hiponatremia, hiperkalemia, hipercalcemia. Hemograma: Anemia normocítica, leucocitosis y eosinofilia moderada. ECG: normal. Radiografía de Tórax: normal. Ante el mal estado de la paciente se decide ingresar en Medicina Interna, los cuales amplían el estudio analítico: niveles de cortisol y aldosterona: los cuales son bajos y pidiendo un prueba de estimulación de ACTH donde se confirma el diagnóstico de insuficiencia suprarrenal al

evaluar la capacidad de las suprarrenales para producir esteroides, que están ausentes o disminuidos tanto en sangre como en orina.

Enfoque individual: sin interés

Enfoque familiar y comunitario: sin interés.

Juicio clínico: Enfermedad de Addison.

Diagnóstico diferencial: Dermopatía crónicas o hemocromatosis Síndrome de Peutz-Jeghers. Trastornos neuropsiquiátricos. Síndrome de secreción inapropiada de ADH.

Tratamiento, planes de actuación: Cortisol 20 mg (tomando 2/3 de la dosis por la mañana y 1/3 al finalizar la tarde). Fludrocortisona 0,1ml al día junto con un aumento de la ingesta de sal diaria de 3-4gr. Control de peso, de tensión arterial, y analíticas de control (sodio, potasio, urea y creatinina).

Evolución: favorable.

Conclusiones

La baja incidencia de la enfermedad de Addison, su lenta progresión, la inespecificidad de los síntomas conlleva un auténtico reto diagnóstico. El resultado es el deterioro de la calidad de vida del paciente incluso durante años y el riesgo añadido de verse expuesto a sufrir un evento grave como es la crisis adisoniana, de ahí la importancia de un diagnóstico lo más precoz posible que nos permita el inicio de su tratamiento.

Palabras clave

Insuficiencia Suprarrenal, Diagnóstico, Enfermedad Autoinmune

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Miopericarditis lost in translationRomero Sánchez P¹, Neila López MJ²¹ CS Cartaya. Huelva² CS Bollullos. Huelva**Ámbito del caso**

Urgencias Hospitalarias.

Motivo de la consulta

Dolor torácico, malestar, sudoración y náuseas con vómitos desde ayer por la tarde.

Historia Clínica

No alergias conocidas. No hábitos tóxicos. No Antecedentes personales de interés. Intervenciones quirúrgicas: Implante dental.

Enfoque individual: Varón de 53 años. Sensación distérmica no termometrada, náuseas con vómitos. Cansancio generalizado y dolor muscular. Consciente y orientado, hidratado y perfundido. Auscultación cardiopulmonar: Rítmico sin rones ni soplos, Murmullo vesicular conservado, sin sonidos sobreañadidos. Abdomen: ruidos peristálticos presentes. Blando, depresible sin signos de irritación peritoneal y sin masas ni visceromegalias. Miembros inferiores: ausencia de edemas con pulsos periféricos presentes. Afebril. TA 167/118. FC 67lpm. SAT O₂: 96%. ECG a su llegada: ritmo sinusal con t negativa en cara lateral.

Enfoque familiar y comunitario: residente en Francia, no se conocen Antecedentes familiares.

Juicio clínico: El paciente refiere haber sido intervenido con el implante de una prótesis dental lo que junto a la clínica y las pruebas diagnósticas nos orientan hacia un diagnóstico de miopericarditis por lo que ingresa en observación.

Tratamiento, planes de actuación: Se administra nolitil IV y 500 cc de SSF. Se realiza un ECG una Analítica con hemograma, bioquímica y marcadores de daño cardiaco, gasometría venosa y una Radiografía de tórax. Posteriormente se ingresa en Observación con gran oposición al principio por parte del paciente que finalmente accede.

Evolución: Radiografía de tórax: sin alteraciones. Hemograma: leucocitosis con neutrofilia. Porcentaje de linfocitos 10.50%. Bioquímica: glucosa 181, CKs 616, Tpn T 360. Gasometría venosa: pH 7.46, Exceso Bases 5.5. En observación se llega al diagnóstico de Infarto agudo de miocardio con elevación importante en la cifra de troponinas 6828, Cks 3720 y LDH 474 además de ECG con Ts negativas y simétricas en derivaciones de I a aVL y de V₃ a V₆. Se da alta voluntaria contra consejo médico con tratamiento sintomático: Parches nitroglicerina, AAS, Ticagrelol, Enoxaparina, Atorvastatina, Captopril, Carvedilol, Tranxilium.

Conclusiones

La dificultad de la barrera idiomática y su baja cooperación dificultan su diagnóstico y tratamiento.

Palabras clave

Barrera Idiomática, Dolor Torácico, Infarto Agudo de Miocardio

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Dolor abdominal recurrente en urgencias

Muñoz Romero E, Gómez García M, Guerrero Carmona AM

*Médico de Urgencias. AGS Montilla. Córdoba***Ámbito del caso**

Urgencias.

Motivo de la consulta

Dolor abdominal recurrente.

Historia Clínica

NGE, es una mujer de 24 años con múltiples consultas por Dolor Abdominal Recurrente (DAR). Su historia comienza en 2013 cuando fue apendicectomizada, reconsultó sólo 3 meses después por DAR y vómitos intermitentes, que obligaron a descartar organicidad. En Digestivo realizaron (endoscopia alta y baja, ecografía, enterorresonancia, tomografía abdominal, pruebas de celiaquía e Intolerancia a Lactosa) sin hallazgos patológicos, tras mejoría, cursó alta a Atención Primaria en 2016, como DAR sin organicidad aparente. En 2017 reaparecen los vómitos, aumenta el dolor en intensidad y frecuencia, ahora interrumpe el sueño (de nuevo alarma).

En la exploración física se aprecia invariablemente abdomen blando, depresible, defensa voluntaria y zona hipersensible en la cicatriz de apendicectomía, irradiado ocasionalmente hacia hipocondrio derecho, sin peritonismo, Murphy negativo, sin masas pulsátiles ni organomegalias, con pulsos conservados y puñopercusión negativa. No ha perdido peso, pese a haber reducido la ingesta. Una de estas nuevas consultas, reingresa en cirugía, es valorada también por ginecología, traumatología, y vuelve a digestivo, por persistencia clínica, se repite la exploración complementaria (segunda vez), con idéntico resultado. En este punto se interconsulta a Salud Mental, que evidencia un Trastorno de la

Personalidad Evitativo, ansiedad generalizada y somatizaciones. Tras seguimiento un par de meses, llegan al diagnóstico definitivo: Anorexia Nerviosa Atípica y Dolor Abdominal Somatomorfo

Enfoque individual: El caso plantea la complejidad diagnóstica de los trastornos crónicos, pero la recurrencia debe llevarnos a afinar y buscar causas subyacentes.

Enfoque familiar y comunitario: Es una de las consultas más frecuentes en Primaria.

Juicio clínico: Debemos replantearnos la "funcionalidad" del proceso descartando el abdomen agudo e identificando los signos de alarma.

Tratamiento, planes de actuación: Ingreso.

Evolución: La paciente siguió empeorando, sin respuesta a analgesia y pérdida casi completa de la ingesta, se solicita ingreso, actualmente está a cargo del Servicio de Endocrino en el Hospital Reina Sofía de Córdoba.

Conclusiones

El primer objetivo es diferenciar la enfermedad orgánica (conociendo sus síntomas de alarma), del trastorno funcional, (revisado en los criterios de Roma III), para enfocar los casos que requieran atención quirúrgica urgente o derivación preferente a especialidad

Palabras clave

Anorexia Nervosa, Abdominal Pains, Abdomen Acute

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Doctor, tengo más llagas

Lira Liñán A, García Bengoa E, Miranda Flores MR

*Médico de Familia. CS Montequinto. Sevilla***Ámbito del caso**

Atención Primaria y Urgencia Hospitalaria.

Motivo de la consulta

Aparición de lesiones ampollosas en región oral de una semana de evolución.

Historia Clínica

Antecedentes personales. No alergias medicamentosas. Proctitis ulcerosa. Tratamiento actual: mesalazina.

Anamnesis. Paciente de 48 años que consulta por tercera vez a su CS por lesiones ampollosas en región oral que no mejoran con nistatina, siendo derivada a urgencias hospitalarias. Fue ingresada en observación con sospecha de infección herpética diseminada siendo tratada con Aciclovir IV. Estando ingresada las lesiones se diseminaron a tronco, miembros inferiores y superiores. Fue valorada por Enfermedades infecciosas y al no responder al tratamiento con Aciclovir y ser la PCR VHS negativa, fue tratada con corticoides sistémicos por alta sospecha de Síndrome Steven Johnson, tras valoración por Dermatología.

Exploración física. Regular estado general. Afectada por el dolor. Estable hemodinámicamente. Temperatura 38°C. Eupnéica en reposo. Dificultad en la apertura bucal por dolor, objetivando lengua con exudado blanquecino y múltiples úlceras. Adenopatías cervicales rodantes. Presenta lesiones cutáneas eritematosas de unos 1-3 cm, con descamación por todo el cuerpo con prurito y escozor.

Pruebas complementarias: Analítica con leve neutrofilia, radiografía de tórax normal, PCR VHS y varicela negativa. Biopsia cutánea:

ampolla subepidérmica con polimorfonucleares y cuerpos de Civatte.

Enfoque familiar y comunitario: Familia en fase de extensión. Vive con su hijo y su marido.

Juicio clínico: Síndrome Steve Johnson secundario a mesalazina.

Diagnóstico diferencial: Infección herpética diseminada. Complicaciones orales de enfermedad inflamatoria intestinal (EII).

Identificación de problemas: Síndrome de Steven Johnson. Anemia asociada a trastorno inflamatorio. Proctitis ulcerosa.

Tratamiento, planes de actuación: Dieta líquida triturada. Asegurar ingesta de líquidos. Continuar con su tratamiento habitual, retirando mesalazina, y añadiendo Deflazacort, enemas de budesonida y omeprazol.

Evolución: Estabilizada, fue ingresada en planta, donde presento buena evolución clínica con lesiones en fase de resolución, tanto cutáneas como de mucosa oral.

Conclusiones

Las consultas sucesivas por el mismo motivo por inexistencia de mejoría, deben hacernos pensar más a fondo. En los pacientes con EII, hay que descartar cualquier complicación de su enfermedad basal, pero hay que tener en cuenta el tratamiento que lleve a cabo y los efectos secundarios de estos.

Palabras clave

Steven Johnson, Proctocolitis, Ulcerative, Mesalamine, Adverse Effects

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Accidentes domésticos primera causa en niñ@s y ancian@s que debemos prevenir, fomentar desde Atención Primaria comunitaria. Una vez acontecido el accidente la evolución y el coste sanitario no son favorables

Granados Solier MC¹, Ginés Ramírez E¹, Fernández Viñes JA²

¹ Médico de Familia. DDCU La Chana. Granada

² Médico de Familia. DA CS Atarfe. Granada

Ámbito del caso

Urgencias extrahospitalarias.

Motivo de la consulta

Acude llorando y chillando al CS en brazos de su madre que refiere, que mientras cocinaba, ha ingerido desengrasante de plancha que ha cogido de un armario.

Historia Clínica

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. 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.

Pruebas complementarias: Analítica sanguínea. Radiografía simple de tórax y abdomen. Endoscopia de esófago y estómago a las seis horas de la ingesta.

Enfoque individual. Antecedentes personales: Paciente de quince meses de edad, mujer, sin antecedentes personales de interés. No alergias conocidas. Nos aporta 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.

Enfoque familiar y comunitario: 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 procesos protocolos 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.

Diagnóstico: Intoxicación por preparado corrosivo. El diagnóstico diferencial de UCI es el de obstrucción esofágica por ulceraciones diferenciales grado II b.

Tratamiento, planes de actuación: Corticoide IM traslado Hospital, tendencia al sueño Constantes mantenidas. Entra UCI pediátrica. Comienza con antibioticoterapia intravenosa. A la semana alta con antibioticoterapia oral durante dos semanas.

Evolución: A los tres meses acude a la consulta de Pediatría. Su madre refiere que realiza vida normal aunque en ocasiones presenta leve disfagia.

Conclusiones

Importancia una vez más de la prevención accidentes domésticos, en niñ@s y ancian@s. no accesibilidad de los niños a sustancias tóxicas. Arreglo de las barreras arquitectónicas para los ancianos

Palabras clave

Intoxicación, Calidad de la Atención de la Salud, Pediatría

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Doctora, tengo los pies algo más hinchados

García Ruíz C

*Médico de Familia***Ámbito del caso**

Medicina integrativa.

Motivo de la consulta

Mujer de 40 años que acude por notarse los pies más “inflamados” desde hace dos semanas.

Historia Clínica

Mujer de 40 años que refiere notarse los pies y tobillos más hinchados desde hace unas dos semanas. Lo relaciona con un calzado que le apretaba un poco. No refiere dolor, sin disnea. Sin recorte de diuresis. No ha presentado infecciones previas. Sin otra sintomatología por aparatos.

Enfoque individual. Antecedentes personales: Sin alergias medicamentosas conocidas. Sin antecedentes personales de interés. HGO: 2 embarazos, sin abortos previos. Sin ingresos previos. Sin intervenciones quirúrgicas previas.

Exploración: ACR: tonos rítmicos, sin soplos, roces ni extratonos. A buena frecuencia, buen murmullo vesicular bilateral. Abdomen: normal. MMII: presenta edemas maleolares bilaterales con fóvea. Por ello se realiza analítica urgente y radiografía de tórax: Bioquímica: función renal e iones normales. CT 437 (HDL 65.4, LDL 344), TG 133, hipoproteinemia (PT 4.8), hipoalbuminemia (2.12). H. tiroideas normales. Pro-BNP: normal. S. Orina: proteinuria 1000 mg/dl. Sedimento: negativo. Test gestación: negativo. Hemograma: HB 11.4, Hto 39%, leucocitos y plaquetas normales. ECG: RS a 70 lpm, PR constante, sin alteraciones agudas en repolarización. Radiografía de tórax: sin condensaciones en parénquima ni edema.

Enfoque familiar y comunitario: Se explica a la paciente y su familia el juicio clínico sindrómico alcanzado y se expone la necesidad de acudir al hospital para estudio completo.

Juicio clínico: Dado que presentaba cuadro de edemas bilaterales con fóvea se procede a realización de analítica en la que se aprecia proteinuria con función renal normal, hiperlipidemia, hipoproteinemia con hipoalbuminemia y anemia. Por ello se deriva al Hospital para estudio reglado por síndrome nefrótico.

Tratamiento, planes de actuación: Se deriva a Hospital para estudio por Sospecha de síndrome nefrótico. Durante el ingreso: ecografía: sin hallazgos patológicos, prominencia de venas suprahepáticas por sobrecarga hídrica. Hemangiomas hepáticos indocentales. Estudio de anemia: ferritina 10,2, a. fólico 5.57, r. soluble transferrina 3.49, VitB12 125.9. Estudio autoinmunidad: Ac anticardiolipina: +. Biopsia renal: Glomerulonefritis focal y segmentaria.

Evolución: Se confirma glomerulonefritis focal y segmentaria instaurando tratamiento con inmunosupresores presentando una adecuada evolución.

Conclusiones

La exploración física es una parte fundamental del trabajo del Médico de Familia que debe basar siempre nuestras actuaciones en consulta no debiendo nunca de menospreciar los síntomas que nos planteen los pacientes.

Palabras clave

Edema, Lower Extremity, Proteinuria

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Cuando la dorsalgia nos sorprendeNieves Alcalá S¹, Toledo García DL², Caro Bejarano P³¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Camas. Sevilla² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Pablo. Sevilla³ Médico de Familia. CS Camas. Sevilla**Ámbito del caso**

Urgencias hospitalarias (Urgencias).

Motivo de la consulta

Dolor dorsolumbar de un mes de evolución en varón de 51 años.

Historia Clínica

Varón de 51 años que acude con lumbodorsalgia de un mes de evolución, niega traumatismo reciente.

Enfoque individual: Como antecedentes, destaca hipertensión, hernia discal L5-S1, y exéresis de pólipos colónicos. No AF destacables.En *anamnesis*, el paciente define dolor agudo, de intensidad variable, que disminuye con reposo, pero incapacitante en ocasiones. Refiere dolor distinto al ocasionado por sus hernias discales. No síndrome constitucional ni otra sintomatología.En *exploración*, buen estado general, estable hemodinámicamente, eupneico, afebril, sin dolor en apófisis espinosas, pero con dolor en musculatura paravertebral dorsal, con limitación a flexoextensión. Ante clínica, pautamos analgesia y solicitamos radiografía de columna dorsolumbar, identificando hernia discal L5-S1 y disminución de la altura del muro anterior del cuerpo vertebral D6 mayor al 20%, compatible con fractura vertebral. ante este hallazgo, se decide TC de columna dorsal, objetivándose numerosas lesiones líticas heterogéneas en esqueleto axial, esternón y arcos costales. Fractura patológica de D6 y séptima costilla derecha. Se realiza analítica de

urgencia con los resultados: Na, 123; Prot totales, 11,8 g/dl; HB, 88 g/dl; INR 1,25.

Enfoque familiar y comunitario: No AF de interés.*Juicio clínico:* Mieloma múltiple versus metástasis de tumor sólido.*Tratamiento, planes de actuación:* Se habla con paciente y su familia dada la naturaleza del cuadro y se decide ingreso en Medicina Interna para continuar estudio. Se contacta con traumatólogo de guardia que prescribe corsé.*Evolución:* En ingreso, se realiza analítica completa, proteinograma, Ig, cadenas ligeras y aspirado de médula ósea del manubrio esternal. Se confirma gammapatía monoclonal IgG kappa y en M. O. se observa infiltrado de células plasmáticas atípicas compatibles con mieloma múltiple. El paciente pasa a cargo de Hematología, e inicia tratamiento quimioterápico y radioterapia antiálgica.**Conclusiones**

No debemos olvidar que, ante un paciente, varón mayor de 50 años o mujer postmenopáusica, con dolor dorsal intenso de larga evolución, que no mejora con tratamiento y no asociado a traumatismo, debemos realizar diagnóstico diferencial con mieloma múltiple, y para su búsqueda, debemos solicitar como mínimo en nuestra consulta de atención Primaria o de urgencias, hemograma, bioquímica, proteínas totales, proteinograma y radiografía de zonas dolorosas.

Palabras clave

Mieloma Múltiple, Metástasis, Lumbalgia

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Gripe complicada en paciente cardiópataGinés Ramírez E¹, Fernández Viñes JA², Granados Solier MC¹¹ Médico de Familia. DDCU Chana. Granada² Médico de Familia. DA. CS Atarfe. Granada**Ámbito del caso**

Atención Primaria y hospitalaria (urgencias).

Motivo de la consulta

Fiebre de 5 días de evolución.

Historia Clínica

Paciente de 61 años.

Antecedentes personales: alergia a Penicilina, fibrilación auricular con Dabigatran, hipertensión y cardiopatía hipertensiva con Ramipril, Amlodipino, Atenolol.

Anamnesis: Consulta por fiebre mayor de 38,5° de 2 días de evolución, artro-mialgias y malestar general coincidiendo con epidemia gripal, que su médico trata con antitérmicos. A los 3 días acude a urgencias de atención Primaria por misma sintomatología con tos seca, vómitos alimenticios, anorexia, sólo tolera líquidos. Acompaña dolor costado derecho, sensación disneica y aumento de secreciones en vías respiratorias.

Exploración física: Consciente y orientado, eupneico, tolera decúbito, febril, normohidratado y normoperfundido, auscultación cardiopulmonar arritmica, murmullo vesicular disminuido, crepitantes base derecha. Temperatura 38.8°, TA 146/89,115 latidos por minuto, Saturación de oxígeno 93%, Frecuencia respiratoria (FR) 18 respiraciones por minuto.

Pruebas complementarias: Analítica normal salvo neutrofilia con desviación izquierda y PCR 112. Antígeno neumococo orina positivo, Virus gripal A positivo. Radiografía de tórax: aumento de densidad alveolar en base derecha con broncograma aéreo. Escala Curb65 (confusión, urea>19 o Saturación O2<92,

FR>30, PAS< 90 o PAD< 60, edad >65años): 0 puntos.

Enfoque individual: Las enfermedades infecciosas en pacientes con comorbilidades, pueden complicarse; desde atención Primaria debe hacerse hincapié en la reevaluación del paciente ante la escasa mejoría o empeoramiento.

Enfoque familiar y comunitario: Las medidas de prevención de enfermedades infecciosas debe trabajarse con la familia y la comunidad sobre todo en casos de epidemia. Este paciente, debido al apoyo familiar, decidió tratamiento ambulatorio en domicilio tras la mejoría con antibiótico intravenoso hospitalario.

Juicio clínico: Gripe A complicada con neumonía basal derecha.

Tratamiento, planes de actuación: Levofloxacino 500 mg vía oral 7 días. Paracetamol 1g/8h y Metamizol de rescate.

Evolución: El paciente permaneció aislado en observación y tras la mejoría se decide alta hospitalaria para tratamiento ambulatorio con revisión por su médico en 7 días.

Conclusiones

El neumococo es la causa más frecuente de complicación de gripe y la causa más frecuente de neumonía típica (90%) (neumonía lobar o segmentaria por condensación, fiebre alta, tos productiva y dolor pleurítico). Diagnóstico basado en datos clínicos (muy relevantes en atención Primaria) y radiológicos; tratamiento empírico valorando factores de riesgo o criterios derivación hospitalarios.

Palabras clave

Flu, Pneumonía, Pneumococcus

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Síndrome de GoodPasture. ¿Se puede diagnosticar en Atención Primaria?

Fernández Zabala SM, Nieves Alcalá S, Perez Verdugo J

*Médico de Familia. CS Camas. Sevilla***Ámbito del caso**

Atención Primaria y Hospitalario.

Motivo de la consulta

Varón de 27 años que acude a consulta por dos episodios de hemoptisis autolimitada.

Historia Clínica

Varón de 27 años que acude a consultas de atención Primaria por un episodio de hemoptisis autolimitada. Niega infecciones los días previos. No fiebre. Solo refiere astenia, tos y leve disnea con el ejercicio. Realizamos radiografía de tórax y analítica, ambas normales. A los 15 días, acude de nuevo a consulta por misma sintomatología. Volvemos a interrogar al paciente sobre síntomas infecciosos los días previos, fiebre, contacto con otras personas con misma sintomatología que niega. Al preguntar por sangrado a otro nivel, nos comenta dos episodios de hematuria por los que no había consultado.

Enfoque individual. Antecedentes personales: no alergias medicamentosas, fumador de un paquete al día.

Pruebas complementarias: Analíticas sanguíneas: a destacar una leve elevación de creatinina (1.22). Ac anti MBG: 19.2. Fibrobroncospia: normal. TC tórax: patrón en vidrio delustrado con nódulos predominantemente acinares "en roseta" en ambos hemitórax. Ecografía abdominal: normal.

Enfoque familiar y comunitario. Antecedentes familiares: madre portadora de fosforilasa-

quinasa (glucogenosis IX). Hermano diagnosticado de glucogenosis IX. Se realiza anamnesis a círculo más privado para descartar una TBC (tuberculosis).

Juicio clínico: principal, síndrome neumorenal con anticuerpos antimembrana basal glomerular positivos en el límite: probable síndrome de GoodPasture.

Diagnóstico diferencial: TBC, capilaritis.

Tratamiento, planes de actuación: Debido a hallazgos en atención Primaria, se decide comentar el caso con medicina interna para estudio.

Evolución: El paciente es ingresado y se realiza estudio completo. Durante el ingreso el paciente permanece asintomático y los anticuerpos y función renal se normalizan. Dado de alta y se realiza seguimiento en consultas. Último TC de control: normal.

Conclusiones

Debido a la gran cantidad de pacientes que vemos en las consultas de atención Primaria y al poco tiempo del que disponemos, es un reto para el Médico de Familia hacer un diagnóstico de enfermedades tan poco frecuentes. Por ello, siempre hay que estar pendiente y ver al paciente en su totalidad, nunca centrándonos en un único síntoma.

Palabras clave

Hemoptisis, Hematuria

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Manejo de un paciente con hemorragia digestiva baja activaGinés Ramírez E¹, Fernández Viñes JA², Granados Solier MC¹¹ Médico de Familia. DDCU Chana. Granada² Médico de Familia. DA. CS Atarfe. Granada**Ámbito del caso**

Atención Primaria y hospitalaria (urgencias y digestivo).

Motivo de la consulta

Dos deposiciones líquidas con sangre roja y coágulos en domicilio.

Historia Clínica

Antecedentes personales: paciente de 57 años intervenida en 2003 por salpingitis con peritonitis y síndrome adherencial posterior con necrosis de asas intestinales que precisó reintervención con resección intestinal y anastomosis termino-terminal. Desde entonces síndrome de intestino corto con malabsorción en seguimiento por nutrición y dietética, Anemia ferropénica en estudio por digestivo y ha precisado varias transfusiones, última hace 3 semanas.

Anamnesis: Solicita valoración domiciliar por 2 deposiciones líquidas con abundante sangre roja y coágulos (unos 200ml) junto con astenia de varias semanas.

Exploración: Consciente y orientada, normohidratada y normoperfundida, palidez de mucosas, no focalidad neurológica, pupilas isocóricas y normorreactivas, auscultación cardiopulmonar rítmica, murmullo vesicular conservado, no ruidos patológicos, abdomen: blando, depresible, doloroso difuso, no masas, ni megalias, ruidos intestinales +++, no signos de peritonismo. Tacto rectal: inspección de hemorroides externas no trombosadas, no dolorosas, sangre roja. Tensión arterial (TA) 150/90,75 latidos por minuto (lpm), Temperatura 36.7°, Saturación O₂ 94%, Glucemia 126. Tratamiento: Vía venosa periférica grueso calibre con suero fisiológico rápido, se extrae hemograma, bioquímica, coagulación y pruebas cruzadas; monitorización

cardíaca, oxígeno en gafillas a 2lpm y derivación a urgencias hospitalarias.

Pruebas complementarias: analítica con anemia microcítica con HB 8, resto normal. Radiografía abdomen: asas intestinales dilatadas con aire distal en recto.

Enfoque individual: Tranquilizar a la paciente, informarle de los procedimientos que se le van a realizar, algunos de los cuales requieren consentimiento informado por escrito como la transfusión o colonoscopia.

Enfoque familiar y comunitario: La paciente estaba sola con escasa red social.

Juicio clínico: Rectorragia, anemia microcítica.

Tratamiento, planes de actuación: En SCCU persiste la infusión de cristaloides y 2 concentrados de hematíes.

Evolución: Sufre la tercera rectorragia en 4 horas con hipotensión (TA 90/56), 100lpm por lo que se instaura tratamiento con Protomplex 600 mg intravenosos, e interconsulta con digestivo para endoscopia digestiva baja (EDB) urgente. EDB: úlcera fibrinada en anastomosis quirúrgica de intestino delgado. Se pautó ingreso en digestivo y revisión endoscópica.

Conclusiones

La atención del paciente con hemorragia digestiva desde atención Primaria (extrahospitalaria), requiere soporte circulatorio y traslado en ambulancia con personal sanitario para evitar complicaciones.

Palabras clave

Gastrointestinal Hemorrhages, Short Bowel Syndrome, Anemia Microcytic

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Manejo de la miocardiopatía de takotsubo en Atención PrimariaFernández Viñes JA¹, Ginés Ramírez E², Granados Solier MC²¹ Médico de Familia. DA. CS Atarfe. Granada² Médico de Familia. DDCU Chana. Granada**Ámbito del caso**

Urgencias extrahospitalarias urgencias hospitalarias y servicio de cardiología.

Motivo de la consulta

Malestar en epigastrio con astenia intensa y sudoración profusa.

Historia Clínica

Paciente de 54 años, HTA, trastorno de ansiedad fóbica, histerectomizada y anexectomía derecha. Fumadora de 2-3 cigarrillos/día. En tratamiento con amlodipino, furosemida, citalopram y lorazepam. Sin alergias medicamentosas. Acude al CS porque presenta malestar en epigastrio con astenia intensa y sudoración profusa.

A la exploración presenta buen estado general. Normoperfundida e hidratada. Eupneica. ACP: Tonos rítmicos, sin soplos ni extratonos. Murmullo vesicular conservado sin ruidos patológicos. Abdomen sin hallazgos. Extremidades sin edemas. TA: 130/70 mmHg. FC: 58 lpm. Sat O₂: 98%. PC: ECG: RS a 61 lpm. PR 0.12. QRS estrecho. Descenso de ST en I, AVL y todas las precordiales.*Enfoque individual:* Se tranquiliza a la paciente y se le explica la situación. Se pide consentimiento para realizar las pruebas necesarias y el traslado al hospital.*Enfoque familiar y comunitario:* Un 2% de los SCA corresponden a miocardiopatía de Takotsubo. Estos pacientes presentan clínica, alteraciones electrocardiográficas y elevación de biomarcadores idénticos al SCA, pero con un pronóstico mucho más favorable. En AP al no poder diferenciarlas se tratan de igual manera.*Juicio clínico:* Miocardiopatía de Takotsubo. Miocardiopatía Hipertrófica Apical.*Diagnóstico diferencial:* SCASEST.*Tratamiento, planes de actuación:* Se coge vía venosa, se extrae analítica y se inicia tratamiento con AAS 250 mg. Derivándose al hospital de referencia. Presenta movilización de enzimas cardiacas por lo que se realiza ICP Primaria. Coronariografía: no estenosis significativas, milking sistólico en DA. Ecocardiograma y RM cardiaca: Alteración de la contractilidad. Miocardiopatía hipertrófica apical.*Evolución:* Tras descartarse isquemia coronaria y la realización de la ecocardiografía y la RM cardiaca se diagnostica de miocardiopatía hipertrófica apical, se añade atenolol 50 mg 1/2 comprimido al día.

Revisión al mes: Mejoría de la contractilidad ventricular y fracción de eyección. Persisten alteraciones electrocardiográficas: descenso de ST en I, AVL y todas las precordiales y aparecen T negativas profundas desde V2-V6. La clínica como los hallazgos en las pruebas complementarias confirma miocardiopatía de Takotsubo.

Conclusiones

Cualquier paciente con dolor torácico o en epigastrio se debe realizar y leer un ECG en menos de 10 minutos. Si precisa se iniciará tratamiento y se trasladará al hospital útil.

Palabras clave

Takotsubo Cardiomyopathy, Myocardial Infarction, Cardiomyopathy, Hypertrophic

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

A propósito de un caso de tromboembolismo pulmonar con presentación insidiosa

García López MF, Pérez Gómez S, Vázquez Alarcón RL

Médico de Familia. CS Vera. Almería

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivo de la consulta

Disnea subaguda.

Historia Clínica

Varón de 51 años con diabetes mellitus tipo 2 en tratamiento con antidiabéticos orales, Hipercolesterolemia en tratamiento con estatinas e Hipertensión Arterial en tratamiento con IECA. Acude a nuestra consulta por cuadro de disnea progresiva de 2 semanas de evolución hasta llegar a moderados esfuerzos. Tos con escasa expectoración blanquecina coincidiendo con el inicio del cuadro. Además ortopnea y edemas de MMII.

Exploración física: ligera taquipnea de reposo, discreta respiración abdominal, palidez de mucosas. FC: 130 lpm. TA: 160/100 mmHg. Saturación O₂: 90%. Glucemia capilar: 150 mg/dl. Afebril. ACR: Taquicardia rítmica, soplo sistólico multifocal; crepitantes inspiratorios bibasales y sibilancias espiratorias dispersas. MMII: edemas pretibiales con fovea, no signos de TVP.

Pruebas complementarias: ECG: Taquicardia sinusal a 137 lpm.

Enfoque familiar y comunitario: Nuestro paciente es viudo desde hace 4 años. Es padre de dos hijos, de 20 y 25 años, el mayor de los cuales ya no vive en el hogar por motivos laborales. Se trataría de una familia monoparental con parientes próximos y se encontraría en la fase IV o de Contracción de la clasificación del CVF de la OMS modificada por De la Revilla.

Juicio clínico: Disnea subaguda de probable origen mixto (bronquitis aguda + insuficiencia cardiaca congestiva + anemia) e Insuficiencia respiratoria.

Diagnóstico diferencial: tromboembolismo pulmonar, neumonía, neumotórax, atelectasia,

derrame pleural, pericarditis aguda, acidosis metabólica.

Tratamiento, planes de actuación: Se indica tratamiento con aerosolterapia (Pulmicort + Atrovent), corticoides I. V. (Urbason) y diuréticos I. V. (Furosemida) sin mejoría. Se traslada en ambulancia medicalizada con oxigenoterapia y monitorizado a las Urgencias del Hospital de referencia.

Evolución: Completan el estudio encontrando las siguientes alteraciones: Radiografía de tórax: cardiomegalia, infiltrado alveolo intersticial difuso y derrame pleural bilateral; Gasometría arterial: hipoxemia e hipocapnia; Hemograma: anemia microcítica hipocrómica; y Dinero D 1700. Solicitan TAC torácico con contraste: tromboémbolo en la salida de la arteria lobar superior izquierda. Juicios clínicos: Tromboembolismo Pulmonar (TEP); Insuficiencia Cardiaca Congestiva (ICC) con Pre-Edema Agudo de Pulmón (EAP); Insuficiencia Respiratoria Parcial; probable Miocardiopatía dilatada. Ingresa a cargo de Cardiología para estudio y tratamiento.

Conclusiones

El TEP es una causa de disnea aguda y el Médico de Familia debe incluirlo en su diagnóstico diferencial, aunque no son raros los casos de presentación insidiosa, por lo que es muy importante indagar en la anamnesis sobre factores de riesgo. En las pruebas complementarias podemos encontrar taquicardia sinusal, hipoxemia con hipocapnia y dímero D elevado. El TAC con contraste es la prueba de elección para confirmar el diagnóstico. El pronóstico es variable.

Palabras clave

Dyspnoea, Respiratory Insufficiency, Pulmonary Embolism

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Demencia avanzada y déficit de degluciónMuñoz Romero E¹, González López de Gamarra S², Calero Rojas MT¹¹ Médico de Urgencias. AGS Montilla. Córdoba² Médico de Familia. Hospital de Montilla. Córdoba**Ámbito del caso**

Urgencias.

Motivo de la consulta

Déficit deglutorio en demencia grave.

Historia Clínica

PFG tiene antecedentes de deterioro cognitivo moderado y accidente cerebrovascular (ACVA), actualmente está institucionalizada y su hija MAMF la acompaña casi todo el día. Hace una semana sufrió un nuevo ACVA quedando completamente afásica, tiene alteración del ritmo vigilia-sueño, y periodos del día en que permanece completamente desconectada. Consultan por trastorno deglutorio reciente, y viene de la residencia para colocación de sonda nasogástrica de alimentación (SNG). MA está muy angustiada”no puede darle su medicación a su madre, teme que pueda deshidratarse y morir de hambre” Llorando explica que “ella les había dicho cuando estaba capacitada, que no quería que le pusieran SNG “MA tampoco es partidaria.

En la exploración P está desconectada, con somnolencia profunda. Sus pupilas medias con repuesta lenta a la luz, sin focalidad neurológica. Realizamos analítica completa de sangre y orina, placa de tórax, electrocardiograma gasometría venosa, y tomografía de cráneo, todos ellos sin hallazgos patológicos. Constató en su historia la reticencia a la SNG expresada por P, puede ser considerada una voluntad anticipada de la misma.

Enfoque individual: La implicación en este caso mejora la calidad de vida del paciente y ayuda al cuidador

Enfoque familiar y comunitario: La exploración sistemática de la voluntad anticipada del paciente y la atención a los cuidadores debe integrarse en nuestra práctica habitual.

Juicio clínico: Descartamos causas orgánicas o tratables del déficit deglutorio y la somnolencia. Según los hallazgos diagnósticos, explicamos que la evolución se debe muy probablemente, al avance del deterioro cognitivo, que ha pasado de moderado a grave, y que origina secundariamente el déficit de deglución.

Tratamiento, planes de actuación: La paciente recupera la conciencia unos minutos y toma líquido con espesante, en este caso no se coloca SNG pero las exploraciones registradas y la labor de atención e información al familiar servirán en próximas consultas.

Evolución: Mejoría clínica.

Conclusiones

El envejecimiento progresivo de la población nos obligará cada día más a tomar conciencia de los problemas ético/médicos lo que garantizará tanto nuestra buena praxis como el adecuado manejo del paciente y familia.

Palabras clave

Dementia, Nasogastric Intubation Ethics, Nasogastric Intubation Adverse Effects

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

El riesgo de la deshidratación en los pacientes ancianos. Insuficiencia renal aguda

Fernández Viñes JA¹, Ginés Ramírez E², Granados Solier MC²

¹ Médico de Familia. DA. CS Atarfe. Granada

² Médico de Familia. DDCU Chana. Granada

Ámbito del caso

Urgencias extrahospitalarias y hospitalarias.

Motivo de la consulta

Disminución de conciencia brusca.

Historia Clínica

Paciente de 87 años, independiente para ABVD. AP: HTA, DM 2, asma bronquial e insuficiencia renal leve. En tratamiento con furosemida, metformina, doxazosina, paracetamol. Cuadro de disminución brusca de conciencia con náuseas y un episodio de vómito espontáneo. No relajación de esfínteres. No dolor torácico ni disnea.

Exploración: Mal estado general. Apertura ocular como única respuesta a estímulos. Flaccidez generalizada. No desviación de la comisura bucal ni borramiento surcos. Glasgow 7/15. ACP: Tonos arrítmicos con soplo sistólico. Hipofonosis generalizada sin ruidos sobreañadidos. Abdomen sin hallazgos. Extremidades sin edemas. TA: 74/42 mmHg. Glucemia 216 mg/dl. Sat. O₂: 92%. PC: Se hace ECG donde presenta FA con BCRIHH con T picudas no presente anteriormente. Se inicia tratamiento con hidratación con SSF y se deriva a urgencias hospitalarias donde se realiza analítica con los siguientes valores: pH 7.074, HCO₃ 10.6, Láctico 6.2, Urea 319, Cr 9.51, Na⁺ 131, K⁺ 7.9, Aclaramiento de creatinina 5 ml/h. HB 10.6, 15450 leucocitos (88,2% N).

Enfoque individual: Paciente mayores presentan comorbilidades y menor respuesta ante patologías relativamente banales.

Insistimos en *Anamnesis:* Desde 2 meses vómitos intermitentes. Ayer tuvo varios vómitos y no ha comido nada desde entonces.

Enfoque familiar y comunitario: Se tranquiliza a las hijas y se les pide consentimiento para las medidas a realizar. Dentro de nuestra labor, ante vómitos repetidos es muy importante insistir en una rehidratación adecuada, más en paciente mayores, porque pueden provocar patologías graves prevenibles.

Juicio clínico: Fracaso renal agudo prerenal. Hiperpotasemia. Acidosis láctica 2^a a metformina.

Diagnóstico diferencial: SCACEST. Accidente Cerebro Vascular.

Tratamiento, planes de actuación: Hidratación. Diuréticos. Bicarbonato 1/6 M. Gluconato cálcico. Hemodiálisis.

Evolución: Con hidratación y diuréticos mejora TA pero sigue en anuria. Se pide consentimiento a los familiares para realizar hemodiálisis, mejorando cifras tensionales y saturación.

Conclusiones

Ante pacientes con bajo nivel de conciencia debemos realizar una anamnesis lo más profunda posible que oriente hacia la etiología del cuadro, evitando retrasos en inicio del tratamiento correcto por mala elección del hospital útil. En este caso el bajo nivel de conciencia junto a un ECG compatible con una hiperpotasemia nos hace decantarnos por una etiología no trombotica o hemorrágica.

Palabras clave

Renal Insufficiency, Consciousness Disorders, Bundle-Branch Block

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Carcinoma vesicular en urgencias: a propósito de un casoAdrada Bautista AJ¹, De Francisco Montero MC², Aguado de Montes MC³¹ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Las Palmeritas. Sevilla² MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Las Palmeritas. Sevilla³ Médico de Familia. CS Las Palmeritas. Sevilla**Ámbito del caso**

Atención hospitalaria (urgencias).

Motivo de la consulta

Dolor costal derecho, vómitos.

Historia Clínica

Antecedentes personales: Mujer, 77 años, no alergias a medicamentos conocidas, fumadora (2-3 cigarrillos/semana), no bebedora, episodio de neumonía adquirida en la comunidad (NAC) en 2011.

Anamnesis: Dolor en hipocondrio derecho de semanas de evolución, ocasionalmente irradiado a espalda, asociado a vómitos biliosos postprandiales y astenia inespecífica. No fiebre, coluria ni acolia. En estudio CS, con analítica que demostró leucocitosis leve e hipertransaminasemia, pendiente de ecografía. Acudió a urgencias hospitalarias por ausencia de mejoría clínica tras analgesia y medidas higiénicas instauradas en su CS

Exploración: Aceptable estado general, normocoloreada y normohidratada, eupneica, hemodinámicamente estable, afebril. ACP anodina. Abdomen blando, depresible, doloroso en hipocondrio derecho, sin masas ni megalias, sin peritonismo ni ascitis, Blumberg y Murphy negativos, ruidos hidroaéreos audibles. Extremidades sin edemas ni signos de TVP.

Pruebas complementarias: *Analítica:* Bioquímica: glucosa 135, GPT 88, función renal, bilirrubina, amilasa y resto normal. Hemograma: no leucocitosis, hemoglobina 135, plaquetas 261000. Coagulación anodina. Ecografía abdominal: masa hepática en segmentos V-VI, bordes mal definidos, que engloba vesícula biliar y genera efecto masa sobre vía biliar proximal y vena porta; como posibilidad diagnóstica masa tumoral tipo colangiocarcinoma intrahepático/hepatocarcinoma.

Enfoque familiar y comunitario: Casada, buen soporte familiar, independiente para actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, nivel socio-económico medio.

Juicio clínico: Carcinoma vesicular con extensión loco-regional.

Diagnóstico diferencial: La forma de presentación (dolor en HD, astenia, hipertransaminasemia) sugería obstrucción de vía biliar. Descartamos pancreatitis (amilasa normal), colecistitis (afebril, no leucocitosis), colangitis (afebril, no ictericia) o hepatitis (reactantes, bilirrubina y marcadores hepáticos normales).

Identificación de problemas: Aceptación de la enfermedad.

Tratamiento, planes de actuación: Se decidió manejo conservador mediante equipo multidisciplinar, con control sintomático y terapia esteroidea. Ante obstrucción, se plantearía stent de vía biliar.

Evolución: Se decidió ingreso hospitalario con realización de RM y TC abdominal, describiéndose una masa hipodensa infiltrante dependiente de vesícula, que impresionaba de neoplasia vesicular, con afectación ganglionar local y órganos vecinos. La biopsia informó de carcinoma de vía biliar/vesícula biliar.

Conclusiones

Dada la clínica inespecífica y rápidamente progresiva, debemos pensar en tumor de vía biliar/vesicular para poder diagnosticarlo precozmente y tener opciones de tratamiento potencialmente curativo.

Palabras clave

Dolor Abdominal, Carcinoma Vesicular, Cuidados Paliativos

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Síndrome de la CimitarraGonzález Márquez E¹, Buller Viqueira E², Delgado García JA²¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Loreto Puntales. Cádiz² Médico de Familia. CS Virgen de la Oliva. Vejer De La Frontera (Cádiz)**Ámbito del caso**

Atención Primaria (AP) y Hospitalaria.

Motivo de la consulta

Mujer de 36 años sin antecedentes de interés ni hábitos tóxicos que acude a consulta por clínica catarral.

Historia Clínica

Durante la exploración de forma casual se le detecta un soplo sistólico y algún tono extra cardíaco por lo que se solicita un electrocardiograma en el que se objetivan extrasístoles ventriculares aisladas y una radiografía de tórax en la que se observa dextrocardias sin otro signo destacable. Ante estos hallazgos se remite a cardiología para completar el estudio.

Enfoque individual: Asintomática desde el punto de vista cardiológico y sin otra focalidad hasta el momento, completan el estudio solicitando ecocardiografía transtorácica que amplían con transesofágica, Holter y RMN cardíaca diagnosticando un drenaje venoso pulmonar anómalo parcial con persistencia de la vena cava superior izquierda, comunicación interauricular y disfunción sistólica leve de ventrículo izquierdo.

Enfoque familiar y comunitario: No antecedentes de interés.

Juicio clínico: Síndrome Cimitarra o de drenaje venoso anómalo del pulmón derecho.

Tratamiento, planes de actuación: El tratamiento debe ser adecuado a cada paciente.

Hay pacientes en los que los síntomas son muy leves o no existen, y no hay evidencias de hiperaflujo pulmonar. En estos casos, suelen realizarse controles periódicos. Cuando el flujo de sangre hacia el lado derecho del corazón y los pulmones es excesivo, suele ser necesario tomar alguna conducta como la oclusión de colaterales mediante cateterismo o, si no fuese suficiente, plantear cirugía. En este caso el planteamiento es quirúrgico.

Evolución: Pendiente de cirugía actualmente.

Conclusiones

Puede acompañarse de hipoplasia y malformaciones de la arteria pulmonar, hipertensión pulmonar, insuficiencia cardíaca, dextrocardia y un suministro anómalo desde la aorta al pulmón derecho. La malformación cardíaca más frecuente es la comunicación interauricular (CIA). Dado que suele ser asintomática, no se conoce la incidencia, no obstante su diagnóstico es más frecuente en edad infantil que en adulta. Se da más frecuentemente en mujeres. Probablemente por la baja incidencia no es una patología muy bien conocida, no obstante el aprender a ver una radiografía de tórax, prueba complementaria útil y muy empleada en atención Primaria es imprescindible para saber reconocer este hallazgo y más, sabiendo que este síndrome suele ser asintomático.

Palabras clave

Scimitar Syndrome, Dextrocardia, Heart Defects, Congenital,

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Sospecha de amiloidosis senil en atención PrimariaLuque Barberán T¹, Narváez Gómez L¹, Bello León S²¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Algeciras Norte. Cádiz² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Monterozas. Madrid**Ámbito del caso**

Atención Primaria y urgencias.

Motivo de la consulta

Dolor en cadera derecha y palpitaciones.

Historia Clínica

Paciente 73 años que acude a consulta de atención Primaria refiriendo dolor en pelvis y cadera derecha tras caída accidental e imposibilidad para mantenerse en pie. Refiere palpitaciones y dolor centrotorácico que no irradia.

Enfoque individual. Antecedentes personales: No RAMs. No hipertensión, no diabetes ni dislipemia. Síndrome del túnel carpiano.

Exploración física: Buen estado general. TA: 140/60, FC 61lpm. Afebril. ACP: rítmico, no soplos y murmullo vesicular conservado. Abdomen: blando, depresible no doloroso a la palpación sin masas ni megalias. MMII: Dolor a la palpación de cadera derecha, acortada y en rotación externa. No edemas no signos de trombosis y pulsos pedios conservados.

Pruebas complementarias CS: ECG: Ritmo sinusal a 65 lpm, PR aumentado: bloqueo AV 1º grado. Voltajes en el límite superior. Analítica sanguínea: sin hallazgos patológicos. Tras los resultados derivamos a urgencias hospitalarias para realizar radiografía de cadera. *Pruebas complementarias en urgencias:* Rx pelvis, cadera derecha: fractura subcapital impactada.

Enfoque familiar y comunitario: Es difícil diagnosticar la amiloidosis en atención Primaria dado los pocos recursos disponibles. Debemos estar atentos ante signos de alarma y derivar a otras especialidades.

Juicio clínico: Fractura subcapital impactada. Bloqueo AV 1º grado en estudio.

Diagnóstico diferencial: Bloqueo secundario a: fármacos, enfermedades autoinmunes o de depósito, cardiopatías o causa infecciosa.

Tratamiento, planes de actuación: Tras los diagnósticos obtenidos se deriva al servicio de Traumatología para intervención quirúrgica de prótesis. Por otra parte desde su CS se deriva a Cardiología: Ecocardiograma: HVI concéntrica severa, FEVI conservada. Llenado restrictivo. VD normal. RM: hallazgos de miocardiopatía infiltrativa. Gammagrafía: depósito miocárdico compatible con amiloidosis senil. Proteinograma: normal, sin bandas monoclonales. Se llega al diagnóstico de amiloidosis senil, se pone tratamiento con bisoprolol 5mg 1/2 al día y torasemida 5mg en desayuno.

Evolución: El paciente responde al tratamiento prescrito sin nuevas modificaciones en su ECG y sin progresión de la amiloidosis. Buena evolución de su cirugía.

Conclusiones

Dado sus antecedentes de síndrome del túnel carpiano y alteraciones electrocardiográficas se deriva para confirmación diagnóstica, llegando a la conclusión de amiloidosis senil. Seguirá control por su Médico de Familia y por las distintas especialidades.

Palabras clave

Amyloidosis, Cardiology, Left Ventricular Hypertrophy

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Cuerpo extraño endobronquial, importancia del reconocimiento precozSánchez Tovar A¹, Navarro Gallardo P², Gallego Gutiérrez S³¹ Radiólogo. Hospital Regional Universitario. Málaga² Médico de Familia. CS Antequera. Málaga³ Pediatra de Atención Primaria. CS Antequera. Málaga**Ámbito del caso**

Urgencias hospitalarias.

Motivo de la consulta

Atragantamiento con cuerpo extraño.

Historia Clínica

Niño de 3 años y 8 meses que es traído al Servicio de Urgencias debido a que hace aproximadamente 12 horas, mientras jugaba con una trompeta de plástico, los padres han escuchado ruidos respiratorios no pudiendo el niño hablar, y comenzando con cuadro de tos, llanto y salivación profusa. El padre al presenciar este cuadro presiona el abdomen con el fin de aliviar la presión. Tras esto el niño vomita en varias ocasiones.

Enfoque individual: Embarazo controlado, parto eutócico, lactancia materna exclusiva hasta los 5 meses y actualmente alimentación variada. No presenta enfermedades previas de interés. Estado general conservado, con buena hidratación, nutrición y perfusión. Saturación de oxígeno 100% a aire ambiente. Taquipnea leve. A la auscultación llama la atención una disminución en la ventilación de campo medio derecho. Ante el cuadro referido por los padres y los hallazgos a la auscultación se decide realizar una radiografía de tórax, donde se observa una imagen lineal de alta densidad en el interior del bronquio principal derecho, con signos de atrapamiento aéreo en el hemitórax derecho. Hallazgos compatibles con cuerpo extraño endobronquial.

Enfoque familiar y comunitario: El niño convive con padre de 36 años y madre de 38 años, ambos sanos. Hermana de 6 meses sana. No distocia social.

Juicio clínico: Cuerpo extraño en vía aérea. Hacer diagnóstico diferencial con infecciones respiratorias de vías bajas y broncoespasmo.

Tratamiento, planes de actuación: Monitorización respiratoria. Con el diagnóstico de sospecha se realiza el traslado al hospital de referencia para ingreso y tratamiento.

Evolución: Se realiza broncoscopia urgente con extracción de cuerpo extraño (pito de una trompeta) presentando el niño una buena evolución con recuperación ad integrum siendo dado de alta.

Conclusiones

La aspiración de un cuerpo extraño sigue siendo un problema pediátrico frecuente con graves consecuencias que afecta fundamentalmente a menores de 5 años. El papel del Médico de Familia es muy importante en la adecuada educación de la población para prevenir la aspiración de cuerpo extraño concienciando a los padres del riesgo vital que ello supone y haciéndoles conocer las medidas mínimas para evitarlo.

Palabras clave

Broncoaspiración, Pediatría

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Conocer las enfermedades raras es el primer paso para vencerlasRamos Contreras A¹, Anillo Gallardo RM²¹ *Pediatra. CS Joaquín Pece. San Fernando (Cádiz)*² *MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Doctor Joaquín Pece. San Fernando (Cádiz)***Ámbito del caso**

Atención Primaria.

Motivo de la consulta

Niño con conductas opositoras y rituales.

Historia Clínica

Paciente de 6 años que acude a consulta de pediatría de Primaria por trastornos del sueño, la alimentación y múltiples manías como dormir envuelto en la sabana incluyendo la cabeza y no poder ver zumos a su alrededor. Es derivado a la USMI, sin que en principio obtuviera mejoría con el tratamiento farmacológico. Comienza posteriormente a tener conductas negativistas, autoagresiones, rituales, tricotilomanías, al año siguiente comienza con TiCS motóricos y fónicos, ideas autolíticas.

Antecedentes personales: Embarazo y parto sin problemas. Desarrollo psicomotor normal. Temperamento difícil desde la primera infancia. Ya diagnosticado de diagnóstica de Déficit de Atención con Hiperactividad (DAHA) y Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC)

Exploración: Física general, por aparatos y sistemas normal. CI normal.

Enfoque individual: Precisa diagnóstico y detección precoz como condición pronóstica.

Enfoque familiar y comunitario: Afortunadamente nos encontramos ante una familia bien estructurada e integrada socialmente. El niño convive con sus padres y hermano menor. Sus abuelos tanto paternos como maternos están muy involucrados en su cuidado. Aun así precisa de un abordaje

integral familiar por el estresor tan importante que resulta educar a un niño de dichas características.

Juicio clínico: síndrome de Gilles de la Tourette. *Diagnóstico diferencial:* con tics motores, sd depresivo del menor, trastorno de la personalidad, trastorno puro de la conducta.

Tratamiento, planes de actuación: Terapia cognitiva conductual individual y familiar. Seguimiento protocolizado por psicólogo clínico infantil.

Evolución: Tórpida, con altibajos y necesidad constante de reajustes de la medicación. Con apoyo conductual psicológico y apoyo de sus padres según las pautas indicadas ha conseguido aprobar todos los cursos y con buenos resultados. Le han reconocido una discapacidad del 33%.

Conclusiones

La poca difusión y el desconocimiento de algunas enfermedades, llamadas raras por su escasa frecuencia, genera retraso en el diagnóstico lo que conlleva un mayor sufrimiento de pacientes y familiares y un retraso en el inicio de tratamiento. Nuestro papel no es sólo diagnosticar patologías sino dar a conocer todos los recursos que existen en Atención Primaria, médicos, legales, psicológicos y escolares. Nuestro objetivo es mejorar la vida social, familiar y emocional del paciente. La desinformación da origen a burlas y rechazo.

Palabras clave

Rare Disease, Motor Tics, Tourette Syndrome

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Más allá del dolor abdominal. Hay que fijarse en los demás síntomasRodas Díaz M¹, Trillo Díaz EM², Sánchez Fernández EM¹¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Torrox. Málaga² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Vélez-norte. Málaga**Ámbito del caso**

Atención Primaria, Urgencias hospitalarias Medicina Interna, Digestivo.

Motivo de la consulta

Dolor en hipocondrio derecho, sensación distérmica.

Historia Clínica

Varón de 80 años con dolor en hipocondrio derecho, sensación distérmica, estreñimiento crónico (laxantes ocasionalmente). Rx abdomen normal. *Analítica*: Hb5.3, Hto18, VCM70. Se transfunden 3 concentrados de hematíes, se inicia ferroterapia y se realiza derivación preferente a digestivo. A la semana avisa a su médico por astenia, quien tras valorarlo decide traslado al hospital para acelerar el proceso diagnóstico. Presenta malestar general, astenia, dolor en hipocondrio derecho, sensación nauseosa, 2-3 vómitos/día en las últimas 48 horas (de color oscuro ¿posos de café?), sensación distérmica, heces negras (actualmente ferroterapia). Estreñimiento crónico (laxantes cada 4-5 días). Hiporexia. Pérdida de peso desde hace 2-3 meses (no cuantificada, se ha abierto agujeros en cinturón).

Exploración: Palidez cutáneo-mucosa, tinte subictérico. TA: 89/55mmHg, SaturaciónO₂: 93%. Abdomen: dolor en hipocondrio derecho. *Analítica*: Hb9.3, Leucocitos18990 (FL: 92.10%N), Plaquetas 214000, Glucosa96, Creatinina1.26, FG55, Bb1.30, Alfa-Amilasa 203, PCR104.7. Ecografía abdominal: hígado sin dilatación significativa intrahepática, vesícula con engrosamiento pared <4 mm, no claramente globulosa, litiasis múltiple, Murphy ecográfico poco susceptible de colecistitis. Tras SNG: escaso contenido gástrico de color verdoso, no sangre actualmente.

Enfoque individual: No alergias medicamentosas. Dislipemia. EPOC severo. Colecistitis aguda

alitiásica. Tratamiento habitual: Simvastatina, spiriva, Mometasona, Omeprazol.

Enfoque familiar y comunitario: Núcleo familiar normofuncionante, buen apoyo. Casado. Agricultor jubilado. 1 hijo. 1 hija. No antecedentes familiares de interés.

Juicio clínico: Anemia microcítica a filiar, Síndrome constitucional. Sepsis origen biliar.

Tratamiento, planes de actuación: Ingreso en Medicina Interna.

Evolución: TAC abdomen/tórax: engrosamiento mural antro pilórico 2 imágenes adyacentes sugestivas de adenopatías sospechosas. Tromboembolismo pulmonar probablemente crónico. Quistes simples hepáticos y en riñón izquierdo. Colelitiasis. *Gastroscoopia*: esófago normal, estómago lleno de alimentos sólidos (trastorno de evacuación gástrica), neoplasia estenosante y ulcerada en antro pilórico. Se propone *Intervención*: gastroenteroanastomosis en Y de Roux por irreseccabilidad. En post-operatorio: caída accidental con evisceración contenida con piel, neumoperitoneo (sin precisar cirugía) y fractura marginal de cúbito distal (tratamiento conservador). En TAC abdominal al mes del diagnóstico: aumento engrosamiento antro gástrico y de grasa mesentérica adyacente, aumento tamaño adenopatías. Valorado por oncología: inclusión en proceso paliativo.

Conclusiones

Ante una clínica inespecífica, incluido el síndrome constitucional, se debe realizar un completo estudio incidiendo en los síntomas de alarma para alcanzar un diagnóstico y actuar de la mejor manera posible en pos de la curación del paciente.

Palabras clave

Asthenia, Weight Loss, Neoplasia

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Doctora, mi pieGranados Gutiérrez S¹, Yañez Bermejo V², Bejarano Jurado C³¹ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Tiro Pichón. Málaga² MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Portada Alta. Málaga³ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Delicias. Málaga**Ámbito del caso**

Urgencias hospitalarias.

Motivo de la consulta

Dolor dedo pie atraumático.

Historia Clínica

Varón 72 años consulta por dolor e inflamación del primer dedo de pie izquierdo desde hace 3 días que cede parcialmente con metamizol, atraumático, sin fiebre ni otra sintomatología.

Enfoque individual: HTA, DM2 mal control, DL, IMC 32. En tratamiento con enalapril/hidroclorotiazida, metformina/sitagliptina, simvastatina y alopurinol. Bebedor habitual, exfumador. En atención Primaria: 1º dedo eritematoso con aumento de temperatura y doloroso a la palpación y movilización. Se solicita analítica de sangre y se prescribe Indometacina/8h por sospecha de artritis gotosa. El paciente acude a la semana por empeoramiento: malestar general, afectación de 1º y 2º dedo pie izq y supuración purulenta además de fiebre de hasta 39°C. Ante la sospecha de osteomielitis se decide derivar a urgencias. En urgencias: Regular estado general, 38.5°C, 135/84 mmHg, 95 lpm. Saturación de oxígeno 97% basal. Auscultación Cardiopulmonar: rítmico sin soplos, murmullo vesicular conservado. Extremidades inferiores: pulsos conservados y simétricos. Fuerza y sensibilidad presentes. Primer y segundo dedos de pie izquierdo eritematosos con aumento de volumen y temperatura. Orificio de supuración entre ambos dedos, drenaje de material purulento. Solicitan analítica sanguínea y radiografía confirmándose sospecha de osteomielitis.

Analítica sanguínea: Hemoglobina 14.30, leucocitosis con neutrofilia, PCR 425, PCT 4, glucosa 281, creatinina 1.65. Radiografía pie izquierdo: lesiones líticas falanges proximales y metatarsos 1º y 2º. No líneas de fractura. Resonancia pie izquierdo: desestructuración de la base de falange proximal del primer y segundo metatarsiano izquierdo. Lesiones líticas, más amplias base de falange proximal del primer dedo. Reacción perióstica en ambos metatarsianos, sospechoso de osteomielitis aguda. Exudado positivo para Streptococcus pyogenes.

Enfoque familiar y comunitario: Hijo único. Padre fallecido por IAM a los 63 años, madre fallecida por ACV a los 85 años. Divorciado, dos hijos (30 y 32 años). Escaso apoyo familiar.

Juicio clínico: Osteomielitis aguda. Crisis gotosa e Infecciones del tejido blando.

Tratamiento, planes de actuación: Ingresa a cargo de cirugía vascular donde tratan con antibioterapia de amplio espectro (vancomicina y piperaciclina-tazobactam), desbridamiento y amputación de 1º y 2º dedos.

Evolución: Tras amputación buena evolución clínica.

Conclusiones

El control de los pacientes diabéticos debe ser multidisciplinar. La educación sanitaria y la intervención precoz permiten disminuir la morbimortalidad.

Palabras clave

Gout, Osteomyelitis, Diabetes Mellitus.

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Mastopatía diabética: la gran desconocidaTorres Guerrero EA¹, Villarán Martínez MR²¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Montequinto. Sevilla² Médico de Familia. CS Montequinto. Sevilla**Ámbito del caso**

Atención Primaria. Atención especializada.

Motivo de la consulta

Mastitis recurrente.

Historia Clínica

Antecedentes personales: No alergias medicamentosas. Fumadora de 10 cigarrillos/día. Diabetes mellitus tipo 1 desde 1990, en tratamiento con bomba de insulina. Sin complicaciones vasculares aparentes.

Anamnesis: Paciente de 42 años, que acude a la consulta por presentar dolor mamario derecho, de semanas de evolución, que mejora discretamente tras 1 semana de antiinflamatorios. Los síntomas reaparecen a los pocos días, presentando tumoración local. No fiebre. No otros síntomas.

Exploración física: Aceptable estado general. Consciente. Orientada y colaboradora. Normocoloreada. Estable hemodinámicamente. Afebril. Auscultación cardiorrespiratoria normal. A nivel retroareolar de mama derecha se palpa zona de induración, no dolorosa no signos de flogosis. No telorrea, no adenopatías axilares.

Pruebas complementarias: Analítica con reactantes de fase aguda: sin alteraciones. Ecografía de mama bilateral: Nodulación con abundante vascularización periférica y refuerzo acústico posterior en zona retroareolar derecha. Adenopatías axilares derechas engrosadas.

Enfoque familiar y comunitario: Vive con su pareja y dos hijas. Trabaja en limpieza.

Juicio clínico: Tumoración en mama derecha, origen a filiar.

Diagnóstico diferencial. Mastitis. Carcinoma invasor. Fibromatosis mamaria. Necrosis grasa. Galactocele. Mastopatía diabética.

Identificación de problemas: Mastitis recurrente. Absceso mamario.

Tratamiento, planes de actuación: Planes de actuación y tratamiento: Derivación a unidad de patología mamaria: Biopsia con aguja gruesa ecodirigida. Colocación de marca radiopaca en mama derecha. Estudio anatomopatológico.

Evolución: Se derivó a la paciente a la unidad de patología mamaria, donde se solicitan marcadores tumorales siendo negativos. Se decide realizar biopsia percutánea ecoguiada de mama y axila derecha. En estudio anatomopatológico: hallazgos compatibles con mastopatía diabética. Al mes de la intervención ingresa nuevamente por absceso de mama en zona de biopsia, precisando drenaje y desbridamiento, sin aislamiento de microorganismos patológicos. Recuperación lenta con persistencia de supuración durante varios meses. Se llevó a cabo tratamiento sintomático. Sigue revisiones periódicas.

Conclusiones

La mastopatía diabética es una entidad poco conocida, benigna, característica en mujeres con diabetes mellitus tipo 1 de larga evolución, la cual como médicos de familia debemos tener en cuenta para establecer un correcto diagnóstico diferencial con las enfermedades malignas de la mama.

Palabras clave

Diabetes Mellitus Type 1, Mastitis

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Dolor abdominal de etiología inesperada: a propósito de un caso

Núñez Azofra MC, García Sardón P, Romero Herraiz F

*Médico de Familia. CS El Torrejón. Huelva***Ámbito del caso**

Atención Primaria (AP) y Atención Hospitalaria.

Motivo de la consulta

Dolor abdominal localizado en hipogastrio de 6 meses de evolución.

Historia Clínica

Paciente que consulta de manera reiterada a su Médico de Familia (MF) por dolor abdominal de larga evolución, intermitente, punzante, no radiado. No presenta relación con la ingesta, alteraciones del hábito deposicional, vómitos, ni fiebre termometrada. No síndrome constitucional. Niega clínica genitourinaria asociada.

Enfoque individual: Varón de 44 años, fumador (24 paquetes/año) ex Alcohólico, ex-consumidor de drogas por vía parenteral. Hipertensión arterial en tratamiento con enalapril, diabetes mellitus tipo 2 en tratamiento con antidiabéticos orales con buenos controles. Hepatitis C+. Refiere dolor abdominal descrito por el que consulta en repetidas ocasiones.

Exploración: Buen estado general, exploración por aparatos normal. Dolor abdominal a la palpación profunda en hipogastrio. No signos de peritonismo. Puño percusión bilateral negativa. Se solicita analítica objetivando hiponatremia hipoosmolar la cual ya estaba presente en anteriores analíticas. Se pautan analgésicos de primer nivel con mala respuesta. Ante la persistencia del cuadro se solicita Ecografía abdominal reglada: vejiga urinaria replecionada, con engrosamiento difuso de sus paredes en probable relación con vejiga hiperactiva. El resto del estudio fue normal.

Tras los hallazgos analíticos y ecográficos, se realiza nueva anamnesis dirigida al paciente, quien reconoce que tras abandono de hábito enólico, consume de 16-18 litros de agua diarios diagnosticándose al paciente de potomanía.

Enfoque familiar y comunitario: Soltero. Desempleado con prestación social. Convive con hermano con el que mantiene buena relación. Viven en zona de transformación social.

Juicio clínico: Dolor abdominal secundario a una vejiga hiperactiva, causada por una polidipsia de tipo psicógena.

Diagnóstico diferencial: Cistitis intersticial, enfermedad litiásica, Carcinoma vesical.

Tratamiento, planes de actuación: Intervenciones dietéticas, terapia conductual, diarios miccionales, ejercicios pélvicos y entrenamiento vesical, reservando los fármacos antimuscarínicos para un segundo escalón terapéutico según evolución, dada su alta probabilidad de efectos indeseados. Se cita periódicamente para control por su MF.

Evolución: Progresiva y favorable.

Conclusiones

Destacar la importancia de la historia clínica dirigida, herramienta fundamental para el MF, así como la visión global del paciente, teniendo en cuanta todas sus características para tener un buen enfoque clínico que ayude al diagnóstico definitivo.

Palabras clave

Abdominal Pain, Polidipsia, Medical Records

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Total. Si de algo hay que morirse

Fernández Muñoz MJ

*Médico de Familia. CS Puerta Blanca. Málaga***Ámbito del caso**

Consulta de Atención Primaria de Medicina Familiar y Comunitaria.

Motivo de la consulta

Epigastralgia.

Historia Clínica

EA: Hombre de 70 años que acude a nuestra consulta por dolor en epigastrio desde hace varios días, más intenso de noche. También presenta náuseas y vómitos, sin diarrea. Refiere que lleva cinco días sin defecar. No presenta fiebre, ni dolor torácico, ni palpitations. El paciente niega tomar AINES de manera habitual. La exploración nos resulta anodina. Recordamos que está diagnosticado de una úlcera duodenal. Nos parece una clínica de dispepsia, aumentamos la dosis de IBP, y esperamos evolución. Dos días después APT vuelve a consulta porque el dolor ha empeorado, sobre todo por la noche, y no le deja dormir, ni se calma con nada. Continúa el estreñimiento.

La exploración es inespecífica. ECG: ritmo sinusal, a 80 lat/min, eje normal. No alteración de la repolarización. Decidimos realizar una ecografía en consulta, aprovechando la ventaja de disponer de ecógrafo, ante la sospecha de que el paciente pueda tener litiasis biliar, aunque no sea un cuadro de cólico biliar típico. *Ecografía:* aumento de tamaño de la aorta abdominal, con sospecha de hematoma intramural. Hacemos las medidas y sospechamos un aneurisma de 7 cm de diámetro. Ante el hallazgo, llamamos al 061 y lo derivamos al hospital. Angio TAC.

Enfoque individual: NAMC. Enfermedades actuales: EPOC. DM II. Hipertensión arterial.

Hipertrigliceridemia. Sobrepeso. Úlcera duodenal. Infarto lacunar de los ganglios de la base en 2013. Tto que toma: Omeprazol 20 mg, simvastatina 20 mg, Triflusal 600 mg, Anoro, lisinopril 20 mg, metformina 850 mg.

Enfoque familiar y comunitario: AF: Cáncer de mama, tuberculosis, hipertensión arterial. Vive en un barrio de clase media-Alta de Málaga Buena calidad de vida

Juicio clínico: Aneurisma de aorta abdominal infrarrenal de 7 cm de diámetro.

Diagnóstico diferencial: hay que hacerlo con otras causas de dolor abdominal. Dispepsia. Visceras perforadas (diverticulitis, úlcera péptica, vesícula, apéndice.). Pancreatitis. Cálculos. Isquemia intestinal. Obstrucción intestinal.

Tratamiento, planes de actuación: El paciente es intervenido de bypass aórtico-bife-Moral con implantación de prótesis de dacron.

Evolución: Dos semanas tras la operación, presenta buen estado general.

Conclusiones

Mi intención es realzar la importancia que tiene la prevención de los factores de riesgo cardiovascular, pero a la sociedad le cuesta llevar a cabo estas medidas. En Atención Primaria puede ser de gran importancia el uso de la ecografía.

Palabras clave

Cardiovascular Risk Factor, Aortic Aneurysm, Ultrasound

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Tratamos pacientes y no solo síntomas

Santos Calonge A

*MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Candelaria. Sevilla***Ámbito del caso**

Urgencias hospitalarias.

Motivo de la consulta

Dorsalgia de 1 mes de evolución.

Historia Clínica

Varón de 49 años que consulta por dolor en región dorsal de más de 1 mes de evolución que no mejora a pesar de tratamiento con tramadol. Niega antecedente traumático. Ha consultado en varias ocasiones por este mismo motivo, descartándose fractura y modificando analgesia.

A la exploración física el paciente presenta regular estado general con delgadez importante, disneico al habla y con disfonía. A la auscultación, tonos rítmicos, sin soplos. Murmullo vesicular disminuido sin ruidos patológicos. Dolor a la palpación de apófisis espinosas dorsales y de la musculatura paravertebral dorsal mayor en lado derecho. Limitación para los movimientos por dolor. Realizamos radiografía (rx) de columna dorsal y lumbar sin objetivar fractura, y rx de tórax con infiltrado bilateral e imágenes redondeadas parahiliares. Llama la atención la delgadez importante que presenta el paciente, quien refiere importante pérdida de peso no cuantificada en los dos últimos meses con pérdida de apetito, asociada a sudoración nocturna y sensación febril no termometrada, además de tos con expectoración blanquecina. También tiene disnea y disfonía.

Enfoque individual: Como antecedentes personales de interés: Fumador de 40 cigarrillos/día desde los 10 años de edad.

Enfoque familiar y comunitario: El paciente se encuentra muy afectado por el dolor y desesperado por no poder darle una explicación. No tiene hijos y vive solo, pero cuenta con el apoyo de un hermano que va a su casa a ayudarle por la impotencia funcional que le provoca el dolor.

Juicio clínico: Dorsalgia de 2 meses de evolución asociada a síndrome constitucional y disfonía.

Tratamiento, planes de actuación: Ante los hallazgos se decide ingreso en Medicina Interna para estudio. Se detecta en tomografía axial computerizada, lesión pulmonar de aspecto neoplásico maligno en lóbulo superior izquierdo (LSI) con extensión a pleura, adenopatías de aspecto metastásico y probables metástasis adrenales bilaterales. Carcinoma no microcítico de pulmón en LSI estadio IV.

Evolución: Durante el ingreso, mal control del dolor requiriendo radioterapia antiálgica y bomba de infusión intratecal. Fue dado de alta con tratamiento quimioterápico, pero ha requerido nuevo ingreso por fractura patológica de fémur. En este momento permanece ingresado con empeoramiento clínico por progresión de la enfermedad en Unidad de Cuidados Paliativos y en situación de últimos días.

Conclusiones

no debemos olvidar que tratamos pacientes y no síntomas, ya que las manifestaciones de una enfermedad pueden ser muy variables y hay que hacer una valoración general del paciente.

Palabras clave

Exploración Física, Cáncer de Pulmón, Dolor

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

¿Activamos código Ictus?

Cerezo Molina R¹, Pérez Ortiz EJ², Sánchez Aranda CJ³¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Almuñécar. Motril (Granada)² Médico de Familia. CS Almuñécar. Motril (Granada)³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Antonio. Motril (Granada)**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

Motivo de la consulta

Cefalea, Disartria.

Historia Clínica

Mujer de 51 años que acude a consulta de Atención Primaria por referir cefalea y disartria. Se realiza anamnesis donde la paciente señala que desde el día anterior presenta dolor de cabeza localizado a nivel occipital, y que además, tanto ella como sus familiares, le notan el habla rara. Concluida la anamnesis procedemos a la exploración, momento en el que la paciente inicia un cuadro de desviación de comisura bucal junto con hemiparesia izquierda, por lo que avisamos a dispositivo de urgencias y se traslada a Hospital.

Enfoque individual. Antecedentes personales: Alergia a Penicilina. Hipertensión arterial, personalidad histriónica y síndrome depresivo. *Anamnesis:* cefalea occipital, de carácter opresivo, sin clara foto-sonofobia, sin cortejo vegetativo acompañante.

Exploración: Aceptable estado general, no soplos carotídeos, auscultación cardíacopulmonar sin hallazgos. Exploración pares craneales: normales. Exploración lenguaje articulado: trastorno disártrico. Exploración fuerza: miembro superior e inferior izquierdo 3/5, miembros superior e inferior derecho 5/5. Pruebas complementarias Urgencias: Analítica anodina. Electrocardiograma: ritmo sinusal, sin alteraciones de la repolarización. Tomografía Axial Computarizada (TAC): lesión redondeada frontal anteriorinferior izquierda con realce en fases tardías, de unos 10x12 mm de diámetro, que sugiere carvenoma. Angio-TAC: normal. Pruebas complementarias Neurología: Electroencefalograma y Resonancia Magnética sin hallazgos patológicos.

Enfoque familiar y comunitario: Nuestra paciente está casada y es madre de 3 hijas, de edades comprendidas entre los 20-35 años (familia en etapa de contracción ya que la hija de 20 años aún vive en el domicilio familiar). Tiene estudios básicos y siempre ha sido ama de casa. La red familiar, fuera de su marido y sus hijos es escasa, ya que sólo tiene una hermana con la que se relaciona poco. Del mismo modo su red social también es limitada, con muy pocas amistades. Dado los antecedentes personales de nuestra paciente y al comportamiento familiar observado en nuestra consulta (exaltada preocupación), cabría la posibilidad de pensar que estos episodios de migraña acompañada tuvieran como trasfondo cierta actitud rentista o de llamada de atención hacia las hijas.

Juicio clínico: Migraña acompañada.

Diagnóstico diferencial: Migraña, Cefalea cervicogénica, Accidente Cerebrovascular, Epilepsia, Migraña Hemipléjica Familiar, Migraña Hemipléjica Esporádica.

Tratamiento, planes de actuación: En el momento actual no precisa.

Evolución: Desde el pasado episodio han transcurrido 6 meses, en los que nuestra paciente no ha vuelto a presentar ningún nuevo episodio.

Conclusiones

La migraña constituye una enfermedad de gran impacto médico y social, suponiendo un problema que requiere de múltiples niveles asistenciales, y que en ocasiones obliga a hacer el diagnóstico diferencial con enfermedades graves que requieren atención urgente, generando por la tanto una gran demanda de recursos Sanitarios

Palabras clave

Migraine Disorders, Dysarthria

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

¿Brote psicótico de origen autoinmune?

Morales García JM¹, Campos Domínguez JM²

¹ Médico de Familia. CS Almadén de la Plata. Sevilla

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Tomares. Sevilla

Ámbito del caso

Atención Primaria y unidad de neuropsiquiatría hospitalaria.

Motivo de la consulta

Disestesias y torpeza motora en MSD y MII.

Historia Clínica

Mujer de 22 años, sin alergias conocidas. Hipotiroidismo. Niega consumo de tóxicos. Salpingitis en Junio de 2016. Acude a consulta en varias ocasiones por disestesias en MSD y MII acompañada de ligera torpeza motora según refiere, además de nerviosismo importante.

La exploración física fue rigurosamente normal. Se pautan ansiolíticos y se aconseja valoración psicológica. Regresa a consulta tras ser valorada por psiquiatría quien la diagnostica de trastorno disociativo. Una semana más tarde mientras paseaba con su familia sufre un episodio psicótico con alucinaciones auditivas y visuales, que requiere ingreso urgente en salud mental, siendo valorada conjuntamente por neurología ante la falta de respuesta al tratamiento psiquiátrico. Se realizan TAC y RMN craneales, EEG, TAC tóraco-Abdominal, ecografía de tiroides y ginecológica que son totalmente normales. Analítica donde descartan consumo de tóxicos y hallan hipovitaminosis D. Estudio de anticuerpos neuronales de superficie siendo positivamente débil para anticuerpos anti-receptores de glutamato (NMDA) tanto en suero como en LCR.

Enfoque individual: Mujer joven sin antecedentes de interés.

Enfoque familiar y comunitario: "La paciente acude a consulta de atención Primaria regularmente, acompañada por alguno de sus padres por norma general. Su núcleo familiar se compone de una madre de 45 años trabajadora por cuenta ajena en una empresa, un padre de 47 años con estudios universitarios superiores y por una hermana menor de edad que actualmente está estudiando. En cada visita sobre todo su madre muestra especial interés en los problemas de salud que pudiera presentar su hija, ya que parecen estar muy unidas entre ellas."

Diagnóstico diferencial: episodio psicótico, consumo de tóxicos, encefalitis.

Juicio clínico: encefalitis autoinmune anti-receptores anti-NMDA

Tratamiento, planes de actuación: Administración de ciclos semanales de Rituximab 600 mg (un total de 4 ciclos). Revisión en neurología a los 3 meses.

Evolución: favorable tras Rituximab. Actualmente asintomática.

Conclusiones

A veces ante un cuadro de psicosis se tiende a pensar en un problema de origen psiquiátrico sin descartar un origen orgánico. Por tanto, debemos estar siempre alerta y pensar en otras posibles causas del cuadro antes de catalogarlo como una enfermedad puramente psiquiátrica.

Palabras clave

Encephalitis, Autoinmune, Psychosis

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Una causa poco frecuente de dolor muscular

Quinta Fernández S¹, Gómez de la Mata Galiana RE², Campos Domínguez JM³

¹ Médico de Familia. CS Ciudad Expo. Mairena del Aljarafe (Sevilla)

² Médico de Familia. CS Umbrete. Umbrete (Sevilla)

³ Médico de Familia. CS Tomares. Tomares (Sevilla)

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivo de la consulta

Dolor en MII.

Historia Clínica

Paciente de 20 años que refiere dolor en cara lateral de MII, de características mecánicas, aunque en alguna ocasión presenta ritmo inflamatorio.

Enfoque individual. Antecedentes personales: HIC en MII a los 5 años, con afectación muscular.

Anamnesis: Refiere dolor en cara lateral de MII, que aumenta al subir y bajar escaleras y al andar de puntillas.

Exploración: Dolor a la palpación en región media y distal del sóleo izquierdo.

Pruebas complementarias: Rx pierna izquierda: lesión de partes blandas con reacción perióstica. RNM: Hallazgo compatible con lesión de estirpe vascular, probablemente hemangioma muscular heterogéneo, que afecta a sóleo y extensor largo de los dedos, con interrupción de la cortical peronea y afectación de su cavidad endomedular.

Enfoque familiar y comunitario: Vive en un barrio de nivel socio-económico bajo, junto a sus tres hermanos y a sus padres. Fue al colegio hasta finalizar E. S. O. En la actualidad, trabaja como peón de albañil de manera puntual.

Juicio clínico: Hemangioma intramuscular.

Diagnóstico diferencial: otros tumores vasculares y con otros tumores como el glómico, leiomioma vascular, leiomiosarcoma vascular, schwannoma maligno, mesotelioma y liposarcoma, así como

con tumores malignos como el liposarcoma y especialmente, el angiosarcoma.

Tratamiento, planes de actuación: Excisión completa del tumor junto a las fibras musculares sanas que lo rodean.

Evolución: Favorable.

Conclusiones

Los hemangiomas son neoplasias vasculares benignas de partes blandas relativamente frecuentes (7% de tumores benignos), especialmente en la infancia. Los hemangiomas intramusculares en las extremidades son infrecuentes (0,8% de los hemangiomas), ocasionalmente referidos tras un traumatismo. Muchos evolucionan de manera asintomática, realizándose el diagnóstico de manera casual, con una tumoración de partes blandas, móvil en el eje transversal de las fibras musculares. Se pueden presentar con dolor o tumefacción crónicos en partes blandas. El dolor puede ser agudo o sordo, moderado o severo, constante o intermitente, localizado o irradiado y puede aparecer sólo con la contracción muscular o con la presión externa. En la radiología, en algunos casos, aparecen densificación de las partes blandas o calcificaciones; ocasionalmente pueden producir reacción perióstica. La RMN es la mejor prueba complementaria para el diagnóstico y el estudio de extensión. El tratamiento, a pesar de no malignizar, es preferentemente quirúrgico, debido al riesgo de complicaciones, requiriendo resección con amplio margen por alta posibilidad de recidiva (18%) en caso de resección incompleta. No existen evidencias concluyentes de transformación maligna hacia angiosarcomas ni de capacidad metastásica.

Palabras clave

Vascular Neoplasms, Hemangioma, Hemangioma Intramuscular

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

“A propósito de un caso de lumbalgia de un mes y medio de evolución”Ochoa Pascual M¹, Velázquez Mata M¹, Olave Rubio A²¹ MIR 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Molino de la Vega. Huelva² Médico de Familia. CS Molino de la Vega. Huelva**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

Motivo de la consulta

Lumbalgia invalidante y febrícula vespertina.

Historia Clínica

Varón de 31 años que acude por lumbalgia de 1 mes y medio de evolución que correlaciona con su trabajo (carnicero). Tras inefectividad del tratamiento antiinflamatorio y aparición de febrícula vespertina, reacude evidenciándose limitación progresiva para la deambulación con irradiación del algia hacia cara anterior de muslo izquierdo. Se deriva a urgencias hospitalarias ante la sospecha de etiología infecciosa.

Enfoque individual. Antecedentes personales: Pancreatitis aguda no litiásica en Marzo de 2016.

Exploración física: Regular estado general. Afectado por lumbalgia persistente con limitación de la deambulación. Temperatura: 38,6°. Dolor a la palpación de apófisis espinosas lumbares bajas y contractura muscular paravertebral refleja. Lasègue y Bragard no valorables. Adenopatías laterocervicales móviles.

Pruebas complementarias: Estudio analítico con hallazgos de PCR de 153 y ferritina de 673 sin leucocitosis ni otras alteraciones. Hemocultivos con Brucella y Rosa de Bengala positivo. Radiografía lumbar con disminución del espacio L4-L5 y esclerosis del borde inferior de L4 con pérdida de masa ósea. RMN lumbosacra: Probable espondilodiscitis L4-L5, dónde se visualiza hernia discal tipo protusión

posterior y central, de tamaño moderado.* Se aportarán imágenes radiológicas.

Enfoque familiar y comunitario: Natural de Marruecos, residente en España desde hace 10 años. Convive con su hermano, sano.

Juicio clínico: Espondilodiscitis por Brucella L4-L5 con hernia discal asociada. Deshidratación parcial del disco L5-S1.

Diagnóstico diferencial: Dolor lumbar inespecífico; infección vertebral; neoplasia; síndrome de la cola de caballo; fractura vertebral; espondilitis anquilosante; déficit neurológico; hernia discal; estenosis del canal.

Tratamiento: Perfusión continua de meperidina y, posteriormente, parches de fentanilo y desketoprofeno. Doxiciclina y rifampicina oral y gentamicina I. M.

Plan de actuación: Interconsulta con Rehabilitación para corsé lumbar y revisiones.

Evolución: Durante su estancia en planta se controla progresivamente el dolor, pasando de terapia I. V. a oral junto con un único pico febril. Al alta, deambulación sin alteraciones.

Conclusiones

El dolor lumbar es un motivo de consulta muy frecuente en Atención Primaria por lo que se debe saber diferenciar la pequeña proporción de pacientes con problemas específicos graves o neurológicos a través de una buena historia clínica y exploración física.

Palabras clave

Low Back Pain, Discitis, Brucellosis

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Una causa poco frecuente de sudoración nocturna y pérdida de peso

Quinta Fernández S¹, Gómez de la Mata Galiana RE², Campos Domínguez JM³

¹ Médico de Familia. CS Ciudad Expo. Mairena del Aljarafe (Sevilla)

² Médico de Familia. CS Umbrete. Umbrete (Sevilla)

³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Tomares. Tomares (Sevilla)

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivo de la consulta

Pérdida de peso.

Historia Clínica

Varón de 42 años que consulta por pérdida de 12Kg de peso, tos seca y sudoración nocturna desde hace 6 meses.

Anamnesis: Paciente sin antecedentes reseñables salvo uveítis anterior hace dos semanas, que presenta pérdida de peso, tos y sudoración nocturna desde hace 6 meses.

Exploración: adenopatías inguinales bilaterales y otra adenopatía axilar derecha.

Pruebas complementarias: Hemoglobina 12,4mg/dl, eosinófilos 0,6x 10⁹/l, VSG 58 mm/h, GGT 183 U/L, FA 142 U/L, hipergammaglobulinemia (gamma-globulinas 24,8%), complemento C 205,5 mg/dL, creatinina 1.78 mg/dL. TSH, factor reumatoide, ANA, ANCA, pANCA y Mantoux negativos. ECA elevada. Rx Tórax: adenopatías hiliares bilaterales. TAC de tórax, abdomen y pelvis: múltiples adenopatías axilares, mediastínicas, retrocrual bilateral, retroperitoneal, en hilios hepático y esplénico, adyacente a tronco celiaco, iliacas e inguinales. Esplenomegalia. Biopsia de adenopatía inguinal derecha (anatomía patológica): linfadenitis granulomatosa no necrotizante. Ausencia de malignidad. No se objetivan microorganismos.

Enfoque familiar y comunitario: Es el menor de cinco hermanos. Casado, con un hijo de 8 años. Es ingeniero aeronáutico.

Juicio clínico: sarcoidosis con afectación poliadenopática extrapulmonar.

Diagnóstico diferencial: tuberculosis e infecciones pulmonares atípicas, y procesos neoplásicos: linfoma y neoplasia pulmonar.

Tratamiento, planes de actuación: se administró una dosis de 40 mg de prednisona al día durante 6 semanas, posteriormente, según evolución, reducción de 5 mg cada 4-6 semanas; manteniendo 10-20 mg de prednisona durante 9-12 meses

Evolución: con el tratamiento el paciente mejora, gana peso y desaparecen la tos y la sudoración.

Conclusiones

Presentamos un caso típico de sarcoidosis, con pérdida de peso, tos y fiebre. Aunque poco frecuente es una patología que no debemos olvidar ante un paciente con estos síntomas. En este caso, el retraso diagnóstico es principalmente debido al retraso del paciente en consultar. La presencia de adenopatías accesibles para la biopsia facilitó la confirmación del diagnóstico.

Palabras clave

Sarcoidosis, Lymphadenopathy, Fever

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

No siempre es lo que pareceQuinta Fernández S¹, Yanes Martín J², Campos Domínguez JM³¹ Médico de Familia. CS Ciudad Expo. Mairena del Aljarafe (Sevilla)² Médico de Familia. CS Cazalla de la Sierra. Sevilla³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Tomares. Sevilla**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

Motivo de la consulta

Astenia, odinofagia y fiebre.

Historia Clínica

Paciente de 36 años que refiere fiebre de más de 38°C y de más de 5 días de evolución, acompañado de odinofagia, con dolor irradiado hacia oídos. Días antes había estado acatarrada. Se encuentra muy nerviosa e irascible, con sensación de malestar general y astenia.

Enfoque individual. Antecedentes personales: sin interés.

Anamnesis: Refiere odinofagia, con dolor irradiado a ambos oídos, acompañado de fiebre.

Exploración: Exploración otorrinolaringológica sin hallazgos. Cabeza y cuello: arterias carótidas con latido normal y simétrico glándula tiroidea discretamente aumentada de tamaño de forma difusa, con molestias a la palpación, con alguna adenopatía puntual aislada. ACP: corazón rítmico, sin soplos ni rones, a 90lpm, buen murmullo vesicular bilateral, sin ruidos patológicos.

Pruebas complementarias: VSG: 47 mm/h; TSH: 0,01 µU/ml, T4: 2,86 ng/dL, Ac antiperoxidasa tiroideo: 36 U/ml. Gammagrafía tiroidea: ausencia de captación tiroidea.

Enfoque familiar y comunitario: Casada, sin hijos. Vive con su marido. Trabaja como dependienta en una tienda de ropa.

Juicio clínico: Tiroiditis subaguda (o De Quervain, Granulomatosa o de células gigantes).

Diagnóstico diferencial: procesos infecciosos u otras tiroiditis dolorosas.

Tratamiento, planes de actuación: ibuprofeno 600 mg/8h, omeprazol 20 mg/24h y propranolol 10 mg/8h.

Evolución: En el siguiente control, TSH: 2,86 µU/ml, T4: 0,010 ng/dL, desapareciendo la fiebre, el malestar general y la astenia. En un tercer control, TSH 12 µU/ml, T4 0,62 ng/dL y VSG 6 mm/h, iniciándose levotiroxina 75 µg/24h.

Conclusiones

La tiroiditis subaguda es la causa más común de dolor tiroideo. Se le supone una etiología viral ya que frecuentemente le precede una infección respiratoria, tras lo cual los pacientes refieren dolor en el cuello, irradiado a mandíbula y oídos. El tiroides está algo aumentado, y la palpación es dolorosa con fiebre moderada. Un 50% presenta síntomas de hiperfunción tiroidea, desarrollándose luego una fase hipotiroidea que desaparece en el 95%. VSG >50 mm/h, TSH, T3 y T4 alteradas, según el momento, anticuerpos antitiroideos suelen ser negativos. Las pruebas de imagen en la fase inicial muestran escasa captación. Ecográficamente el tiroides es normal o ligeramente aumentado. Tratamiento sintomático, con AINES. No se utilizan fármacos antitiroideos y rara vez hormona tiroidea ya que la fase hipotiroidea suele ser transitoria. Se trata de una patología que, frecuentemente se confunde con faringitis, odontalgia u otitis.

Palabras clave

Hyperthyroidism, Thyroiditis Subacute, De Quervain Thyroiditis

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Bloqueo auriculoventricular completo reversible tras toma crónica de timolol colirioMontilla Santana JM¹, Barberán Morales C¹, Bernal Guerrero MJ²¹ Médico de Familia. DDCU Bahía Cádiz -la Janda. Cádiz² Enfermera. Urgencias Hospital Santa María del Puerto. Cádiz**Ámbito del caso**

Urgencias extrahospitalarias atención hospitalaria.

Motivo de la consulta

Mujer 82 años, acude a CS por 2 episodios presincoales el mismo día de la atención.

Historia clínica

Mujer que tras sufrir dos episodios presincoales, precedidos de mareos acude a su MAP para valoración. Comenta un episodio sincopal 3 días antes con recuperación completa sin otra clínica acompañante, salvo cansancio desde entonces. Tras estudio básico protocolario para síncope con toma de constantes y electrocardiograma se objetiva bloqueo auriculoventricular completo, con buena tolerancia, tras lo cual se avisa a uvi móvil para traslado hospitalario. Durante traslado se objetiva nuevamente cambios ecg con reversión del bloqueo completo inicial a un bloque de segundo grado av con conducción variable 2:1/3:1, todo ello con buena tolerancia y hemodinámicamente estable.

Enfoque individual. Antecedentes personales: hipertensión arterial larga data; artrosis; hipertensión ocular crónica. Tratamiento: vasalrtan/hidroclotiazida; paracetamol/tramadol; timolol gotas. No hábitos tóxicos, muy buena calidad de vida.

Exploración: auscultación cardiaca: tonos apagados rítmicos. Pulsos periféricos conservados, bien perfundida. TA165/85: frecuencia cardiaca 35 lpm; ECG inicial: bloque AV completo a 35 lpm, sin signos isquémicos agudos; ecg posterior: BAV segundo grado con conducción variable con FC 45-50 lpm.

Enfoque familiar y comunitario: Ama de casa con 1hija conviviendo en domicilio paterno.

Juicio clínico: HTA de larga evolución y edad avanzada podríamos pensar en una cardiopatía estructural como causa del bloqueo av completo, pero la reversibilidad del cuadro nos debería hacernos replantear otras causas, como el origen farmacológico.

Tratamiento, planes de actuación: En observación se plantea colocación de marcapasos, retirando el betabloqueante oftálmico. Revierte de manera espontánea a ritmo sinusal y pasa cardiología para completar estudio.

Evolución: Se realiza ecocardio y holter siendo normales. Alta con cambio de tratamiento para hipertensión ocular y retirada timolol colirio.

Conclusiones

Las bradiarritmias sintomáticas aparecen frecuentemente en nuestra clínica diaria. Suelen comprender diversos trastornos como la disfunción del seno o las alteraciones AV. Llegar meticulosamente a dar con las causas que las producen es fundamental para un correcto enfoque y tratamiento. En este caso la reversibilidad del cuadro y la toma de fármacos b-bloqueantes ocular nos debe poner en alerta, a pesar de la poca significancia que solemos dar tanto pacientes como médicos a este tipo de vía de administración (ocular), de ahí la importancia de una detallada anamnesis dirigida para un óptimo enfoque.

Palabras clave

Bloqueo Auriculoventricular, Betabloqueantes Oculares

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

"Doctor, orina Coca-Cola"

Hurtado Soriano R, Andrés Vera J, Jara Abril M

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria De Familia. CS El Olivillo. Cádiz

Ámbito del caso

Urgencias Hospitalarias.

Motivo de la consulta

Coluria.

Historia Clínica

Paciente varón de 18 años, que acude hace un día a urgencias por presentar coluria (orinas color Coca-Cola) y mialgias ("agujetas muy intensas"). Niega convulsión, traumatismo, consumo de drogas, fiebre, cirugía reciente o recorte de la diuresis. Afirma que ha comenzado a hacer ejercicio importante en el gimnasio en el último mes. Además reconoce que los últimos días ha aumentado la intensidad de los ejercicios. Tras realización de control analítico sanguíneo y de orina se objetiva elevación de enzimas musculares en el control analítico sanguíneo con valores de CPK 1886. Se descarta alteración de la función renal y se decide optar por tratamiento conservador. Se indica abundante hidratación y control analítico en 24 horas. Cuando reacude, el paciente persiste con coluria y mialgias y no se ha añadido más sintomatología en las últimas 24 horas. Verifica haber realizado reposo y adecuada hidratación. Al nuevo control analítico sanguíneo y de orina han aumentado considerablemente las cifras de CPK a valores de 13949. Deteriora la función renal con aumento del valor de Creatinina 0.2 puntos.

No RAMc Fumador 2 cigarros al día, bebedor de fin de semana. Niega otros hábitos tóxicos. No intervenciones quirúrgicas. No tratamiento habitual.

Enfoque individual: BEG, COC, NHNCNP, eupneico al reposo, afebril. Constantes en rango. EF por aparatos sin alteraciones. Bioquímica: urea 20, Cr 1, GPT 64, GOT23 (43), LDH 623, CPK 13949, PCR 0.8. Iones en rango

de normalidad. Cociente albúmina/creatinina normal. TSH y albúmina sin alteraciones Sistemático de orina con valores en rango y sin mioglobinuria. Hemograma y coagulación, normales.

Enfoque familiar y comunitario: El paciente es hijo único y convive con su padre y su madre. Se concienza al paciente y familiares de la causa de la patología sufrida y de las consecuencias que podría haber llegado a tener. Se recomiendan una práctica deportiva progresiva y medidas higienodietéticas de cara al futuro para poder prevenir una Rabdomiolisis.

Juicio clínico: DD de coluria: fármacos, tóxicos, traumatismo, pigmentos endógenos o exógenos, ejercicio intento, coagulopatías, neoplasias, patología renal y urológica, causas metabólicas, HTA.

Tratamiento, planes de actuación: El paciente queda ingresa para hidratación IV con SSF 4000cc/24h.

Evolución: Durante el ingreso evoluciona satisfactoriamente desapareciendo la coluria y las mialgias y normalizando los valores CPK y Creatinina. De cara al alta se indica: Hidratación oral (2500 ml al día) Reposo relativo. No debe comenzar ejercicio hasta dentro de 15 días. Ejercicio aeróbico progresivo. Paracetamol 1g:1 comp cada 8h si dolor. Control por su MAP.

Conclusiones

Una adecuada anamnesis y DD de coluria nos lleva al diagnóstico y decisión terapéutica correcta.

Palabras clave

Coluria, Rabdomiolisis, Ejercicio Intenso

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Ojo con la pirosis crónica. Diagnóstico diferencial y manejo

Hurtado Soriano R, Jara Abril M, Andrés Vera J

*MIR de Medicina Familiar y Comunitaria De Familia. CS El Olivillo. Cádiz***Ámbito del caso**

Atención Primaria.

Motivo de la consulta

Pirosis crónica.

Historia Clínica

Paciente varón de 38 años que acude a consulta de Atención Primaria por pirosis de larga evolución que no ha mejorado tras tratamiento con Ranitidina ni Rabeprazol. No se acompaña de más sintomatología. No RAM FRCV: HTA, DM de 38 años de evolución, diagnosticado a los 19 años, DLP.

Antecedentes personales: AOC grado IV distal MID, Protusiones discales lumbares, Dupuytren bilateral, Retinopatía, Nefropatía y Cardiopatía isquémica, portador de un Stent en femoral derecha. Niega hábitos tóxicos. Niega relaciones sexuales de riesgo. Tto habitual: Pentoxifilina 600 mg, Simvastatina. Insulina 22 u al día, añadiendo rápida según reflolux, 3-5-3. Clopidogrel, Nifedipino, Losartan/HCTZ, Amitriptilina, Pregabalina 175/24h por neuropatía.

Enfoque individual: BEG, COC, NHNCNP, Afebril, Eupneico al reposo. Constantes en rango. EKG: ritmo sinusal sin alteraciones agudas de la repolarización. RX Tórax: senos costodiafragmáticos libres. Sin masas. Leve cardiomegalia. No hernia de hiato evidenciable. Stent. EF por aparatos sin hallazgos a destacar. Control analítico básico con valores en rango.

Enfoque familiar y comunitario: Destacar que se trata de un soltero que ha mantenido relaciones sexuales de riesgo esporádicas.

Convive solo y desconoce que alguien cercano posea enfermedades digestivas o infecciosas. Se explican las repercusiones a nivel personal y familiar que puede tener su patología (concienciación, seguimiento por un equipo multidisciplinar) y las medidas de prevención que deberá tener el mismo y con el resto de la comunidad que se relaciona.

Juicio clínico: SIDA.

Diagnóstico diferencial: de pirosis crónica y candidiasis esofágica.

Tratamiento, planes de actuación: Se decide derivar a Aparato Digestivo para realización de EDA.

Evolución: endoscopia oral: Se explora esófago, estómago y duodeno destacando solo la presencia de acúmulos blanquecinos de candidiasis a nivel esofágico. Se pauta Fluconazol 200 MGS 1 comp diario 10 días y se solicita control analítico con marcadores de VIH y Hepatitis: VIH +. Se deriva a M. Interna.

Conclusiones

Una pirosis crónica no controlable es criterio de realización de EDA. Entre los DD se encuentra la posibilidad de Candidiasis Esofágica. Sobre ella se ha de indagar tanto en la anamnesis como en la exploración física, sin dejar de lado aquellas PC que nos permitan descartar entre otros, el diagnóstico de enfermedades infecciosas como el SIDA.

Palabras clave

Candidiasis Esofágica, Pirosis crónica, SIDA

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Suelta de globos a propósito de un incidentaloma

Hurtado Soriano R, Andrés Vera J, Jara Abril M

*MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Olivillo. Cádiz***Ámbito del caso**

Urgencias Hospitalarias.

Motivo de la consulta

Anemia.

Historia Clínica

Paciente de 95 años con poca actividad física, con síndrome anémico desde hace unos 2 meses, sin objetivación de pérdidas hemáticas o heces melénicas, sin la existencia de compromiso hemodinámico. Se le conoce anemia ferropénica por la que está en tratamiento con Fe oral y la última transfusión data de hace 4 años. NO RAMc. No FRCV. FA. ACVA sin secuelas en 2005, cardiopatía isquémica (tipo angor inestable) a los 50 años, en seguimiento por Cardiología, anemia de trastornos crónicos en seguimiento por Hematología, hipotiroidismo, hiperuricemia. Neoplasia de colon izquierdo con cuadro de obstrucción intestinal el 2013 que fue intervenida y quedo con colostomía de descarga (Sin seguimiento por decisión propia y de familiares). IQ: hemorroides, apendicetomía (intervenida a los 60 años), quiste ovárico hace 50 años.

Enfoque individual: BEG, COC, BHYP, Eupneica en reposo. ACR: rítmica sin soplos. MVC sin ruidos sobreañadidos. Abdomen: blando/depresible, RHA presentes, no doloroso a la palpación, no masas ni megalias, no signos de irritación peritoneal. MMII: sin edemas.

Enfoque familiar y comunitario: La paciente vive sola pues su marido falleció. Tiene dos hijas que viven en la misma ciudad. Es independiente para las ABVD. Su cuidadora principal sería su hija mayor, viuda y que se irá a vivir con ella próximamente. Se habla con naturalidad de la evolución rápida de la enfermedad y se decide no abordar ni estudiar, sino que siga su ciclo natural. Se les explica la naturaleza y consecuencias de su padecimiento.

También se les indica la posibilidad de ser seguidas a la vez que por el MAP, por el equipo de paliativos domiciliarios. Declinan esta última oferta por el momento. Por último se explican aquellos signos y síntomas y abordajes terapéuticos que se disponen para poder paliar y prevenir un mayor padecimiento.

Juicio clínico: Metástasis Pulmonares.

Tratamiento, planes de actuación: Se solicita: RXTX, AS, EKG. Se pauta 2 CH fraccionados con 0.5 ampolla seguril previa a cada CH (se firma consentimiento informado). A la Radiografía: varias imágenes nodulares bilaterales en aspecto de suelta de globos (previa de julio normal). A la analítica: HB 6.6, VCM 79.1, urea 51, Cr1.5, LDH 248, PCR 134.8, plaquetas 432, INR y leucos en rango. EKG: normal.

Evolución: Hemodinámicamente estable tras segundo CH, se procede al alta acordando con los familiares tratamiento sintomático con MAP y enfermería de enlace de CS.

Conclusiones

El hallazgo de metástasis pulmonares con primario de Colon es un hallazgo incidental por la realización de una Rxtx previa a la transfusión en una paciente que las requiere por anemia conocida. La paciente presenta según observación de Rx previas, una evolución más o menos rápida de su patología (hace 7 meses la RxTórax era normal). Probablemente, dicha patología evolucionará sintomáticamente a lo largo de este tiempo por lo que se ruega a su MAP lleve un control de dicha paciente y de patología que empiece a aparecer en fechas próximas. En caso necesario se derivará a Paliativos Domiciliarios para gestión del caso a través de la enfermera de enlace del CS

Palabras clave

Suelta de Globos, Incidentaloma, Anemia

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Manejo de una hemoptisis

Hurtado Soriano R, Andrés Vera J, Jara Abril M

*MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Olivillo. Cádiz***Ámbito del caso**

Urgencias Hospitalarias.

Motivo de la consulta

Hemoptisis.

Historia Clínica

Paciente 62 años con antecedentes de Esclerodermia en tratamiento inmunosupresor, FP y HTP2º a su esclerodermia en tratamiento con bosentan. Comenta disnea progresiva asociada a tos con expectoración clara que en la noche de ayer se ha convertido en hemóptica no amenazante. Niega dolor torácico o más clínica añadida.

Enfoque individual: AEG, afebril, normotensa, eupneica AP: crepitantes en bases AC: rítmica con soplo sistólicoII/VI Abdomen: anodino Extremidades: normal No se observa exteriorización hemática en cavidad oral.

Enfoque familiar y comunitario: Paciente independiente.

Enfoque familiar y comunitario: Paciente independiente para ABVD que convive con marido dependiente para las mismas. Sin hijos o familiares en ciudad en la viven actualmente (se plantea el cuidador principal futuro). Se explica naturaleza y etiología de su patología y que deberá ser seguida por un equipo multidisciplinar con el que podrá contar en todo momento. Se explican aquellos tratamientos, signos y síntomas de alarma a los que estar atentos y medidas higienodietéticas a llevar a cabo para poder prevenir consecuencias de la misma patología.

Juicio clínico: Hemorragia Alveolar.

Tratamiento, planes de actuación: Dadas las constantes triadas y destauración de oxígeno se pauta O2 a alto flujo que permite obtener una SatO2 aceptable. Se realizan pruebas complementarias que incluyen: control analítico y radiografía de tórax. Destaca una analítica con Hb8.8 sin RFA elevados.

En principio se sospecha HDA pero se realiza radiografía de tórax con imagen de condensación en LID asociado a infiltrados bilaterales parcheados sugestivos de HA.

Evolución: Tras nuevo episodio de hemoptisis esta vez objetivada y verdaderamente franca se solicita valoración por Neumología y se plantea realizar FB urgente. Se desatura y se consigue estabilizar a: FC115, SpO292% con alto flujo con ligero trabajo respiratorio. Se realiza una GSA para ver si hay discordancia con la POX y si la hay. Con alto flujo la GSA tiene un pH7.38, PadeCO234, PadeO258, HCO319.9 y satO291%. Ante esta situación se habla con familiares decidiéndose desestimar FB urgente por muy alto riesgo de complicación y manejo inicialmente conservador con antibioterapia, antitusígenos y fibrinolíticos. Dejar en observación para vigilancia estrecha hasta nueva valoración por la mañana. Se recomienda realización de Angio TAC tórax para aproximación de zona de sangrado de cara a valorar Embolización (se comenta con Radiología y al tratarse de hemorragia alveolar no está indicado el Angio TAC). En caso de empeoramiento con inestabilidad clínica se recomienda valoración por UCI. La paciente continúa estable, sin nuevo episodio de hemoptisis y sin necesidad de VMNI. TA145/75. Añado al tratamiento la Azatioprina que tomaba previamente y aumento dosis de corticoides a 1g/día durante 3 días (la primera dosis fue a las 23:30h de anoche). Neumología ha solicitado autoinmunidad con ANA, ANCA y Ac antiMBG. Una vez estabilizada, sube a planta a cargo de Neumología.

Conclusiones

Ante una hemoptisis en Atención Primaria no filiada nos vemos obligados a derivar a Urgencias Hospitalarias. Se trata de un signo que aunque no presencial se ha de estudiar de urgencias, pues puede traer detrás un diagnóstico diferencial con patologías gravemente mortales.

Palabras clave

Hemoptisis, Hemorragia Alveolar, Disnea Progresiva

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Bajo nivel de conciencia

Sánchez Pina B, Cruz Vela MC, Liñán Cáceres AM

*Médico de Familia. CS El Juncal. Sevilla***Ámbito del caso**

Atención hospitalaria.

Motivo de la consulta

Paciente que es traída a urgencias por síndrome febril y bajo nivel de conciencia.

Historia Clínica

Mujer de 51 años con los siguientes.

Antecedentes personales: fumadora, exbebadora, cirrosis hepática, LSIL en seguimiento por ginecología. Paciente que acude por bajo nivel de conciencia, síndrome febril de hasta 39°C de pocas horas de evolución, malestar general, síncope vasovagal. Niega otra sintomatología.

Exploración: alteración del estado general con tendencia al sueño. Orientada en espacio, pero no en tiempo. Glasgow de 14/15, PINLA, MOEC, limitación en el resto de la exploración neurológica por somnolencia. ACP: normal. Abdomen normal. No otros hallazgos.

Analítica: en la bioquímica destaca tnt 138,1, CPK 259. En el hemograma neutrofilia sin leucocitosis. Posterior mala evolución con tendencia a la hipotensión (70/50) por lo que pasó a observación para tratamiento con amins. Se le realizó punción lumbar (que fue negativa). Al día siguiente comenzó con celulitis en miembro inferior derecho de rápida progresión. Refirió que convivía con gatos y que los días previos tenía en esa pierna una lesión que le pareció una picadura y que tras rascado se produjo una úlcera. Los hemocultivos fueron positivos para *S. Dysgalactiae*. Inicialmente la serología para *Bartonella* fue negativa. Tras

ingreso en UCI presentó buena evolución, normalizándose las enzimas cardíacas y presentando PCR de 203. Pasa a planta. Tras tratamiento antibiótico (clindamicina y penicilina) se resolvió el cuadro de celulitis.

Enfoque individual: Tras 4 semanas se repitió serología para *Bartonella* siendo positiva.

Enfoque familiar y comunitario: Mal apoyo familiar, no tiene contacto por conflictos por temas de herencia. Tiene una pareja que es el que avisó a urgencias.

Juicio clínico: Sepsis de foco de piel y partes blandas. Bacteremia por *S. Dysgalactiae*. Enfermeras por arañazo de gato. SCASEST secundario a shock distributivo.

Tratamiento, planes de actuación: Tratamiento antibiótico (clindamicina y penicilina) para la celulitis. Seguimiento por parte de S. Infeccioso. Curas locales de úlcera.

Evolución: Presento buena evolución, salvo por permanecer úlcera en cara anterior de pierna derecha.

Conclusiones

Una exploración completa y pormenorizada puede llevarnos al diagnóstico del foco de la infección. Aunque inicialmente la serología de la *Bartonella* pueda ser negativa en 3-4 semanas puede positivizarse.

Palabras claveCelulitis, Infección por *Bartonella*

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Dra. No veo bien

Sánchez Pina B, Liñán Cáceres AM, Cruz Vela MC

*Médico de Familia. CS El Juncal. Sevilla***Ámbito del caso**

Atención hospitalaria (Urgencias).

Motivo de la consulta

Paciente que acude a urgencias porque al despertarse ha notado que veía borroso.

Historia Clínica

Varón de 59 años con los siguientes *Antecedentes personales*: HTA, DM2, DL. Retinopatía diabética. Amputación infracondilea de pierna izquierda. Refiere que estaba durmiendo y que al levantarse a beber agua ha notado diopía y visión borrosa. Además dificultad en la marcha por inestabilidad y lateropulsión.

Exploración física: buen nivel de conciencia, orientado, comprende órdenes superiores. Limitación de la superversión de la mirada conjugada con el ojo derecho y en la infraversión. Pupilas mióticas no reactivas. Eleva velo, protuye lengua. Disertaría leve. No déficit sensitivo. *Analítica*: glucemia 154, resto sin alteraciones. ECG: ritmo sinusal a buena frecuencia. PR normal, QRS estrecho. Se activa código ICTUS. Angio TAC: arteria vertebral derecha hipoplásica con estenosis suboclusiva

en su origen por placa de ateromatosis calcificada y que acaba en PICA.

Enfoque familiar y comunitario: Vive solo, no tiene hijos ni pareja. Viene acompañado de su hermana que es su única familiar viva.

Juicio clínico: ICTUS isquémico en territorio vertebrobasilar en localización paramediano derecho.

Tratamiento, planes de actuación: Tratamiento agudo con rtpa IV. TAC craneal de control tras tratamiento.

Evolución: Favorable con limitación en la mirada vertical ascendente y descendente, muy leve disimetría con miembro superior derecho al alta.

Conclusiones

Un control más estricto de las patologías de base del paciente puede evitar eventos como este en pacientes tan jóvenes.

Palabras clave

Diabetes Mellitus, Accidente Cerebrovascular

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Varón joven sano con bloqueo auriculoventricular completo

González Álvarez MT¹, Mareante Lemus, F²

¹ Médico de Familia. UCCU Extramuros. CS La Paz. Cádiz

² Enfermera. UCCU Extramuros. CS La Paz. Cádiz

Ámbito del caso

Urgencias extrahospitalaria. Hospitalaria.

Motivo de la consulta

Vómitos.

Historia Clínica

Varón de 18 años de edad acude por cuadro de vómitos sin productos patológicos, acompañado de escalofríos e hipotermia, con decaimiento notando pulsaciones bajas. La noche previa consumió marihuana con bebidas estimulantes, niega otros tóxicos.

Exploración: Regular estado general, sudoroso TA 140/80AR: MVC sin ruidos sobreañadidos AC: Tonos puros y bradiaritmicos sin soplos. ECG bloqueo auriculoventricular (bloqueo AV) de 3º grado motivo por el que se deriva a hospital.

Enfoque individual: No alergias a medicamentos. No diabetes, no Hipertensión arterial, no dislipemias. Consumidor habitual de marihuana.

Enfoque familiar y comunitario: Abuelo materno con cardiopatía isquemia. Vive con una tía materna, por mala relación con sus padres a raíz de separación matrimonial hace 1 año.

Juicio clínico: Bloqueo AV de 2º grado por aumento del tono vagal por vómitos.

Diagnóstico diferencial: intoxicación por fármacos vs tóxicos. Cardiopatía estructural. Trastorno de conducción cardíaca.

Tratamiento, planes de actuación: Colocación de marcapasos externo. PLAN Control y seguimiento por cardiología.

Evolución: En hospital se coloca marcapasos externo y se traslada a UCI, por bloqueo AV completo. Exploraciones complementarias: Analítica: normal incluida enzimas cardíacas y hormonas tiroideas, destaca tóxicos en orina positivo para cannabis. Radiografía tórax. normal. Ecocardiograma: normal. Permanece en UCI, 2 días con bloqueo AV completo alternante al permanecer estable se traslada. A planta de cardiología, manteniéndose con telemetría ECG continúa en bradicardia sinusal (en torno a 50-55 lpm),

Conclusiones

Se trata de chico joven de 18 años con predominio de tono vagal, como consecuencia de los vómitos presentó de forma transitoria bloqueo AV completo que posteriormente desapareció. Este caso nos permite valorar lo importante de descartar las causas ante patologías graves.

Palabras clave

Vómitos, Bloqueo, Tóxicos

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Un diagnóstico muy movido

Hurtado Soriano R, Jara Abril M, Andrés Vera J

*MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Olivillo. Cádiz***Ámbito del caso**

Urgencias Hospitalarias.

Motivo de la consulta

Convulsión y parestesias.

Historia Clínica

Paciente varón de 60 años que hace 2 horas y en reposo refiere sensación de parestesia en MII asociado a molestia en HD que se continúa con episodio de movimientos tónico-clónicos de unos minutos de duración sin fase postcrítica. Aún refiere parestesias en MII que él asocia a la AOC. Niega más clínica añadida. Sin fiebre ni astenia. Comenta pérdida de unos 4kg en el último mes que relaciona con la menor ingesta por problemas dentales que padece.

Enfoque individual: BEG, COC, NHNP. Afebril. Sin adenopatías en cadenas ganglionares. Pulsos conservados a todos los niveles. neurológico: Pupilas IC/NR. PC normales. Pérdida de fuerza a nivel de MSI y MMII izquierdo. Sensibilidad conservada. No signos meníngeos.

Antecedentes personales: MVC. Crepitantes dispersos leves bilaterales. Leve hipoventilación LSI. ABD y AC: normal. Extremidades: No edemas. No signos TVP. No otras alteraciones. Constantes: normales. EKG: sin alteraciones. Analítica: normal. RX Tórax: Senos costofrénicos libres. Aumento de la trama broncopulmonar. Masa pulmonar izquierda. Tac con contraste iv de cráneo: Se aprecian 4LOES cerebrales en frontal derecho, parietal derecho y occipital izquierdo, muestran realce con el medio de contraste y las de mayor tamaño tienen edema vasogénico en relación con metástasis. La de mayor tamaño tiene un diámetro de 2.8cm, con áreas quísticas y calcificación. TAC abd: 3LOES hepáticas compatibles con metástasis. TAC de tórax: masa en el lóbulo superior izquierdo sugestiva de neoplasia pulmonar Primaria cuya estadificación radiológica sería T4N1M1c. Estadio4B.

Enfoque familiar y comunitario: Paciente casado independiente para ABVA convive con mujer y su único hijo soltero ambos independientes para ABVD. En caso de empeoramiento el cuidador principal (mujer) podría hacerse cargo del paciente. Familiares no fumadores sin enfermedades de interés. Se explica que aún se debe confirmar la naturaleza de su lesión, las repercusiones y formas de afrontar que puede tener según la misma y que será seguido por un equipo multidisciplinar en el que siempre se podrá ver apoyado.

Juicio clínico: convulsión por metástasis cerebral secundaria a una neoplasia pulmonar.

Diagnóstico diferencial. de convulsión: Síncope, crisis psicógena, masa cerebral, síndrome extrapiramidal, discinesia Aguda, AIT, aura migrañosa, amnesia global transitoria, trastornos de movimiento paroxísticos, trastornos del sueño, vértigo, déja vu fisiológico.

Tratamiento, planes de actuación: Se decide ingreso a cargo de Neumología.

Evolución: Durante el mismo, el paciente ha mejorado, habiendo recibido tratamiento con IBP como protección gástrica, HPPM profiláctica de TVP, corticosteroides (dexametasona), antiepilépticos (levetiracetam), estatinas e insulina. No tuvo ningún episodio de convulsión. Se hace IC a Oncología RT y se procede al alta añadiendo a su tratamiento de base omeprazol, dexametasona y levetiracetam.

Conclusiones

Una adecuada anamnesis y DD del caso nos permite solicitar una serie de PC para llegar al diagnóstico adecuado.

Palabras clave

Neoplasia pulmonar, Metastasis Cerebrales, Convulsión

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

“Me pica esto que me sale”

Gómez de la Mata Galiana RE¹, Yanes Martín J², Ortiz Romero J³¹ Médico de Familia. CS Umbrete. Sevilla² Médico de Familia. CS Cazalla de la Sierra. Sevilla³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Tomares. Sevilla**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

Motivo de la consulta

Lesiones dermatológicas pruriginosas de un mes de evolución.

Historia Clínica

Varón de 77 años que consulta por lesión pruriginosa en región esternal. Realizamos tele dermatología con respuesta de queratosis seborreica versus actínica. Posteriormente se extienden a barba, abdomen y brazos, con la aparición de alguna más ampollosa se decide enviar al paciente a Consulta de Urgencias de Dermatología de Hospital, pautan antibióticos y citan de revisión. Ante persistencia de las lesiones y aparición de otras en mucosas, toman biopsias y se instaura tratamiento con corticoides orales.

Enfoque individual. Antecedentes personales: diabetes mellitus, dislipemia, EPOC.

Anamnesis: Varón de 77 años con lesión pruriginosa en región esternal, posteriormente se extienden a barba, abdomen y brazos. No otra sintomatología.

Exploración: Buen estado general, por aparatos anodina. Lesiones erosivas redondeadas, unas costrosas micélicas y otras ampollas tensas, distribuidas por región facial, abdominal, tronco y brazos, otra en cara lateral de la lengua. Nikolsky negativo.

Pruebas complementarias: Hemograma y bioquímica (perfil renal y hepático) normal. Anticuerpo antisustancia intercelular negativo, anticuerpo antimembrana basal + (1/160). Iconografía y biopsia con resultado de

dermatitis ampollosa subepidérmica con eosinófilos: penfigoide ampolloso.

Enfoque familiar y comunitario: casado, vive con su esposa y un hijo en un pueblo cercano a una provincia Independiente para sus actividades, activo. Nivel socio-económico medio.

Juicio clínico: Penfigoide ampolloso (PA).

Diagnóstico diferencial: con pénfigo, dermatitis herpetiforme, penfigoide cicatricial, herpes, epidermolisis ampollosa, porfiria cutánea tarda, eritema multiforme, dermatosis medicamentosas.

Tratamiento, planes de actuación: Corticoides sistémicos y tópicos, antihistamínico. Seguimiento por parte de Dermatología y Atención Primaria.

Evolución: favorable.

Conclusiones

Enfermedad cutánea autoinmune. Enfermedad ampollosa más frecuente en población adulta, principalmente ancianos. Se caracteriza clínicamente por aparición inicial de lesiones urticariformes o eccematosas muy pruriginosas, pueden aparecer en tiempo variable ampollas, localizadas en tronco y superficies flexoras de extremidades y pueden afectar también a mucosas. En ocasiones cursa exclusivamente con prurito intenso y las únicas lesiones apreciables son excoriaciones, por lo que el penfigoide debe tenerse en cuenta ante cualquier cuadro de prurito crónico en ancianos.

Palabras clave

Bullous Pemphigoid, blister, pruritus

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Causas de hipertransaminasemia: ¿batidos proteicos?Moral Cañas MP¹, Jiménez Herrera MD², Martínez del Valle Martínez C³¹ Médico Urgencias. CS Huétor Tájar. Granada² Médico Urgencias. Complejo Hospitalario Jaen³ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Salvador Caballero - Doctores. Granada**Ámbito del caso**

Urgencias Atención Primaria y Hospitalaria. Aparato Digestivo.

Motivo de la consulta

Astenia.

Historia Clínica

Paciente de 32 años de edad. No antecedentes personales de interés. Acude por cuadro de astenia y anorexia de una semana de evolución, náuseas. Orina oscura, no clínica miccional. No dolor abdominal. No fiebre termometrada. No otra clínica referida. Niega hábitos tóxicos. No fármacos. No viajes reciente. Realiza ejercicio habitualmente.

A la exploración buen estado general, estable hemodinámicamente, afebril. No hallazgos indicativos de patología, abdomen no doloroso, no megalias ni ascitis. No datos de encefalopatía. Destacar como único hallazgo discreta ictericia conjuntival.

Enfoque individual: Ante la sospecha de patología hepato-biliar, encontrándonos en Urgencias de Primaria, solicitamos tira reactiva de orina con positividad para bilirrubina, urobilinógeno y proteínas. Se deriva a Urgencias hospitalarias. Analítica con hipertransaminasemia (GOT 2798, GPT 1910), bilirrubina total 4,7 a expensas de directa, creatin-quintasa 396. Función renal, albúmina, coagulación y hemograma normales. Ecografía abdominal: discreta hepatomegalia regular sin masas, no otros hallazgos. Se completa estudio con autoinmunidad (ANA, ASMA, IgG, Ac anti-LKM), ceruloplasmina, alfa 1 antitripsina, metabolismo hierro y TSH negativos. Serología virus hepatotropos negativa.

Enfoque familiar y comunitario: Soltero. Independizado recientemente. Buen desarrollo profesional y social. Funcionario.

Juicio clínico: Hepatitis Aguda secundaria al consumo de suplementos proteicos. Ante la negatividad del estudio realizado, se realiza una exhaustiva anamnesis sobre posibles causas de hipertransaminasemia/ hepatitis aguda.

Diagnóstico diferencial: Consumo de alcohol, drogas, fármacos. Etiología viral. Transfusión hemoderivados, procesos quirúrgicos. Autoinmune: Enfermedad Wilson. Déficit alfa 1 antitripsina. Hemocromatosis. Enfermedades musculares. Patología tiroidea. Obstrucción colédoco: litiasis o neoplasia.

Tratamiento, planes de actuación: Suspensión consumo suplementos proteicos. Evitar fármacos antiinflamatorios.

Evolución: Favorable.

Conclusiones

Importante labor la del Médico de Familia para promover una alimentación saludable, una dieta equilibrada individualizada a las necesidades de cada persona que incluya cada uno de los nutrientes en su justa medida. Es imprescindible una mínima educación alimentaria: conocer los grupos de alimentos, como distribuirlos en el día, preparar menús equilibrados. Con ello podemos prevenir no solo la patología abordada en este caso, sino otras muchas actuales de tipo oncológico o cardiovascular.

Palabras clave

Hepatitis, Hipertransaminasemia, Suplementos Proteicos

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Neuralgia de ArnoldAlcaide Zafra MA¹, Valenzuela Cortés M¹, Valencia Jiménez I²¹ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Loreto Puntales. Cádiz² MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Loreto Puntales. Cádiz**Ámbito del caso**

Atención hospitalaria (urgencias).

Motivo de la consulta

Hipoestesia y dolor hemicraneal izquierdo.

Historia Clínica

Mujer de 76 años que acude por hipoestesia hemicraneal izquierda asociada a episodios autolimitados de dolor occipital izquierdo que se irradia a zona preauricular y región malar izquierda de dos meses de evolución que no cede con antiinflamatorios no esteroideos. Discreta mejoría tras tratamiento esteroideo pautado ante la sospecha inicial de parálisis facial.

Enfoque individual: Alérgica a beta lactámicos. Lupus en seguimiento por Reumatología sin tratamiento. Hipercolesterolemia. Migraña. Osteoporosis. Hernia de hiato. En tratamiento con Simvastatina 20 mg, Calcio/Colecalciferol 1500 mg/400 UI y Metamizol 575 mg a demanda. A la exploración pupilas isocóricas normorreactivas, movimientos oculomotores conservados, sin alteración del resto de pares craneales. No alteración de la fuerza ni de la sensibilidad. Presenta dolor a la compresión del punto de salida del nervio occipital izquierdo. No inflamación del cuero cabelludo ni de la arteria temporal. No dolor en articulación temporomandibular (ATM) Se pauta tratamiento y se deriva a Neurología que realiza Resonancia Magnética cráneo cervical donde se aprecia discreta atrofia cortical y lesiones inespecíficas de la sustancia blanca probablemente de naturaleza vascular degenerativa crónica. Discopatías generalizadas más significativas a nivel C5- C6 y C6-C7.

Enfoque familiar y comunitario: Casada. Madre de un hijo de 45 años. Buen entorno familiar. Nivel socio cultural bajo.

Juicio clínico: Neuralgia de Arnold izquierda. Se realiza diagnóstico diferencial con parálisis facial, arteritis de la temporal, migraña, cefalea en racimos, cefalea tensional, malformaciones arteriovenosas, alteraciones degenerativas e inflamatorias de ATM e infección cerebral.

Tratamiento, planes de actuación: Carbamazepina 200 mg y Pregabalina 75 mg si no mejoría.

Evolución: La paciente no consiguió mejorar la clínica con el tratamiento, por lo que se derivó a la Clínica del Dolor para infiltración anestésica.

Conclusiones

La neuralgia de Arnold es más frecuente en mujeres en la quinta década de la vida y su síntoma principal, aunque no exclusivo, es el dolor occipital, generalmente unilateral y que puede irradiarse a zona retroauricular, temporal, parietal, frontal y retroocular. Tanto el dolor cervical como la cefalea son síntomas muy frecuentes en Atención Primaria y Urgencias hospitalarias por ello es muy importante, además de una correcta anamnesis y exploración, conocer las distintas causas que lo produce y realizar el diagnóstico diferencial teniendo en cuenta otras patologías menos frecuentes.

Palabras clave

Neuralgia, Occipital, Headache

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Historia de una plexopatía, convivir con las secuelas

De Francisco Montero MC, Adrada Bautista AJ, González Hernández FJ

*MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Las Palmeritas. Sevilla***Ámbito del caso**

Atención Primaria.

Nefroureterectomía. Ausencia diagnóstico claro. Trastorno adaptativo.

Motivo de la consulta

Dolor lumbar.

Tratamiento: Tratamiento: Prednisona, Gabapentina, Tapentadol**Historia Clínica**

Consulta CS: dolor fosa renal derecha irradiado a genitales. Diagnóstico: cólico renal, mejoría con analgesia. Los síntomas reaparecen durante la semana modificándose progresivamente localización y características del dolor. Finalmente acude a Urgencias Hospitalarias presentado dolor punzante en zona glútea de MID con acorchamiento anterolateral de muslo y pie derechos y dificultad para movilización de dicho miembro: Ingreso Neurología.

Planes de actuación: Seguimiento Rehabilitación. Apoyo psicológico Médico de Familia.

Evolución: Durante el ingreso evolucionó bien presentando tras tratamiento para el dolor neuropático y corticoides disminución del infiltrado en TAC de control y mejoría clínica. Dada la buena evolución se decidió no tomar muestra del infiltrado. La paciente presentó lesiones cutáneas compatibles con vasculitis. Tras valoración por Dermatología se realizó biopsia con diagnóstico de cutis laxa adquirido, motivo por el que fue derivada a Reumatología para descartar artropatía inflamatoria. Tras alta TVP. Tras rehabilitación recupera deambulación aunque con dificultad y dolor permanente. RM control: descarta fibrosis retroperitoneal, se aprecia Hidronefrosis grado III secundaria a lesión excrecente vesical. Nefroureterectomía derecha por urología. AP: Ureteritis crónica inespecífica obstructiva. Última consulta en médico de familia: Anhedonia, tristeza y ansiedad. Derivación Salud Mental.

Explr. Física: MID flexión dorsal y ventral pie 0/5, eversión 2/5 e inversión 1/5. Hipoestesia y analgesia cara anterolateral de muslo, tercio inferior de pierna y pie. Abolición reflejo aquileo. PPCC RM(Urgencias): sin hallazgos. RM(a la semana): extenso proceso inflamatorio, infiltración difusa por edema de grasa retroperitoneal y planos musculares rodeando estructuras vasculares (no trombosis), nerviosas del plexo lumbosacro y uréter.

Enfoque individual: NAMC. Fumadora 4-5 cig/día. Asma. IQ: Apendicitis.

Enfoque familiar y comunitario: Importante papel de las hijas como cuidadoras y de la atención en domicilio del Médico de Familia y enfermería para que la paciente se adaptara a su nueva situación.

Diagnóstico diferencial: Enfermedad inflamatoria, proceso tumoral fibrosis retroperitoneal.

Juicio clínico: Plexopatía MID. Identificación problemas: Secuelas motoras.

Conclusiones

Se trata de una paciente joven, sin patología previa que ha visto mermada su calidad de vida de forma radical y permanente. Considero fundamental el papel del Médico de Familia en el seguimiento clínico y psicológico para que la paciente pueda rehacer su vida progresivamente de la mejor manera posible.

Palabras clave

Lumbalgia, Plexopatía, Ureteritis

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Dolor torácico en Atención Primaria. Importancia de la Historia ClínicaJara Abril M¹, Hurtado Soriano R², Vera Andrés J²¹ CS El Olivillo. Cádiz² Médico de Familia. CS El Olivillo. Cádiz**Ámbito del caso**

Atención Primaria. Urgencias hospitalarias.

Motivo de la consulta

Dolor torácico.

Historia Clínica

Paciente varón de 59 años de edad que acude a urgencias extrahospitalarias por dolor torácico opresivo irradiado a cuello y espalda en reposo que se modifica con los cambios posturales sin cortejo vegetativo asociado. El paciente no presenta alergias medicamentosas conocidas. Entre sus antecedentes personales de interés destacan: fumador de 20 cigarrillos al día y bebedor habitual. Reconoce la ausencia de actividad física desde hace años. Sin otros factores de riesgo cardiovascular en la actualidad. No presenta intervenciones quirúrgicas de interés.

Enfoque individual: El paciente se encuentra consciente, orientado y colaborativo con buen estado general. A la auscultación cardiopulmonar presenta tonos rítmicos sin soplos y un murmullo vesicular conservado sin ruidos patológicos. Se le realiza un electrocardiograma que presenta un ritmo sinusal a 104 latidos por minuto sin alteraciones agudas de la repolarización. Pese a la estabilidad hemodinámica del paciente y la normalidad en las pruebas realizadas se decide derivación hospitalaria para descartar causas potencialmente graves de dolor torácico.

Enfoque familiar y comunitario: El paciente es independiente para ABVD y convive con su mujer, independiente para las mismas. Sin hijos en ciudad en la que viven actualmente, aunque presentan buen soporte social debido a la presencia de familiares (hermanos, sobrinos) y amigos cercanos. Se explica la necesidad de derivación hospitalaria para estudiar la naturaleza y etiología de su patología. Se recomiendan una práctica deportiva progresiva y medidas higienodietéticas de cara al futuro para poder

prevenir eventos cardiacos independientemente de los resultados de las pruebas que le serán realizadas en el hospital.

Juicio clínico: A su llegada a las urgencias hospitalarias se detecta una elevación del ST en cara inferior por lo que administra Ticagrelor y AAS y se avisa a Unidad de Cuidados Intensivos que, tras valorar al paciente, decide conjuntamente con la Unidad de Hemodinámica la realización de una Angioplastia Coronaria Transluminal Percutánea (ACTP) de forma urgente objetivando ausencia de lesiones coronarias significativas. A su llegada a la sala de hemodinámica se detecta febrícula de 37.5°C.

Tratamiento, planes de actuación: Con el diagnóstico de pericarditis aguda se recomienda tratamiento antiinflamatorio e ingreso en planta de Cardiología para monitorización de enzimas cardíacas además de la realización de un ecocardiograma para descartar la presencia de derrame pericárdico como posible complicación del cuadro que padece.

Evolución: Dado los antecedentes de cuadro catarral previo, la febrícula actual y la ausencia de lesiones coronarias en la ACTP el paciente recibe el alta hospitalaria indicando reposo y tratamiento antiinflamatorio, perteneciendo el seguimiento a su médico de Atención Primaria.

Conclusiones

La valoración del paciente con dolor torácico agudo debe ir encaminada al despistaje de procesos que pongan en riesgo la vida del paciente sin olvidar el resto de patologías descritas que pueden manifestarse con un dolor de semejantes características lo que se puede realizar en la mayoría de los casos con la realización de una exhaustiva historia clínica y exploración física.

Palabras clave

Dolor Torácico, Pericarditis

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Mononucleosis infecciosa y sus implicaciones sistémicasRueda Rodríguez P¹, Romero Romero AM², Pugnaire Sáez MA²*Médico de Familia. CS Gran Capitán. Granada***Ámbito del caso**

Urgencias hospitalarias y extrahospitalarias.

Motivo de la consulta

Dolor abdominal y lesiones purpúricas asociados a proceso ORL.

Historia Clínica

Antecedentes personales de rinoconjuntivitis alérgica. No hábitos tóxicos. No alergias medicamentosas conocidas.

Enfoque individual: Varón de 16 años que acude a Urgencias Hospitalarias por presentar catarro de vías altas y febrícula de una semana de evolución asociados a la aparición, en los últimos 4 días, de lesiones purpúricas en EEII junto con astenia, artralgias y dolor abdominal. A la exploración se observan amígdalas hipertróficas con pseudoexudados y se palpan adenopatías laterocervicales bilaterales rodaderas. Destaca abdomen doloroso a la palpación en epigastrio y mesogastrio. Impresiona de hepatoesplenomegalia. En EEII se observan lesiones purpurinas en tercio inferior. Resto anodino. Se solicita analítica sanguínea donde destaca leucocitosis con linfocitosis, aumento de PCR, hipertransaminasemia, leve plaquetopenia, así como valores alterados de los parámetros de coagulación; sistemático de orina con proteinuria en rango nefrótico; ecografía abdominal y TAC abdominal con el hallazgo de hepato-Esplenomegalia; así como serologías de VEB y CMV.

Enfoque familiar y comunitario: Familia amplia con agregados, buen apoyo familiar.

Juicio clínico: Mononucleosis infecciosa con coagulopatía leve sin datos de sangrado y posible vasculitis y síndrome nefrótico secundarios a proceso ORL por VEB.

Tratamiento, planes de actuación: Se pauta inicialmente IBP, analgesia, corticoterapia y se realiza interconsulta con Servicio de Infecciosas siendo el paciente ingresado a su cargo.

Evolución: El paciente permanece ingresado en el Servicio de Infecciosas donde se observa mejoría clínica y analítica progresiva con tratamiento médico y reposo. resultados de serologías: VEB positivo, CMV negativo. Se realiza biopsia de lesiones purpúricas resultando compatible con dermatitis perivascular superficial no específica secundaria a infección viral. Se realiza, asimismo, biopsia renal con el diagnóstico de síndrome nefrótico secundario. A los 10 días desde el ingreso se procede al alta hospitalaria con tratamiento médico y recomendaciones.

Conclusiones

Realizar un buen diagnóstico diferencial de los cuadros ORL mediante una anamnesis y exploración completas. No olvidar aquellos cuadros inicialmente ORL con implicaciones sistémicas para poder realizar un diagnóstico y tratamiento precoces así como concienciar del carácter infeccioso de los mismos y realizar una correcta prevención Primaria y secundaria.

Palabras clave

Infectious Mononucleosis, Epstein-Barr Virus, Purpura

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

¿Otro con visión doble? ¿Y sin cita? ¡Con el retraso que llevo esta mañana!García Castillo L¹, Virlobo Cebrián RM², Jodar Reyes M³¹ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Zubia. Granada² MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Zubia. Granada³ Médico de Familia. CS La Zubia. Granada**Ámbito del caso**

Atención Primaria (AP).

Motivo de la consulta

Diplopía.

Historia Clínica

Varón, 46 años, que acude a la consulta de AP por diplopía de inicio súbito.

Enfoque individual. Antecedentes personales: Fumador de 30 cigarrillos diarios. Hipercolesterolemia en tratamiento dietético.*Anamnesis:* Tinnitus con malestar general y visión borrosa de diez minutos de duración de inicio súbito, continuando con diplopía horizontal desde hace cinco días. No dolor ocular ni hiperemia. No ptosis. No otros síntomas ni episodios previos.*Exploración:* Limitación discreta para la abducción del ojo derecho con diplopía binocular en plano horizontal en la mirada a la derecha a una distancia de dos metros. Resto de exploración neurológica y por órganos y aparatos normal.*Enfoque familiar y comunitario:* Ciclo vital familiar en etapa III (fin de extensión). Alta funcionalidad según APGAR Familiar. Adecuada red de apoyo social.*Juicio clínico:* Diplopía binocular.*Diagnóstico diferencial:* Lesión de nervios oculomotores: Lesiones vasculares. Enfermedades inflamatorias (Desmielinizantes, Lupus Eritematoso Sistémico, Sarcoidosis). Neoplasias. Lesiones microvasculares secundarias a aterosclerosis, enfermedades del colágeno, arteritis de células gigantes.*Problemas identificados:* Diplopía. Limitación para la abducción del ojo derecho.*Tratamiento, planes de actuación:* Tras valoración en consulta de AP se derivó a Urgencias hospitalarias para estudio.*Evolución:* En el Servicio de Urgencias del Hospital se realizaron pruebas complementarias sin hallazgos. Ingresó en el Servicio de Neurología donde se realizó Resonancia Magnética Nuclear cerebral, del polígono de Willis y de troncos supraaórticos sin hallazgos patológicos. Estudios de autoinmunidad y serologías negativas. Se identificó dislipemia, en grado mayor a determinaciones analíticas previas, como único hallazgo. Fue dado de alta con el diagnóstico de parálisis del nervio craneal VI derecha de probable origen microangiopático, con tratamiento hipolipemiante y antiagregante. Actualmente, se encuentra asintomático.**Conclusiones**

El paciente acudió sin cita previa a la consulta de AP. Además, ese mismo día, a la misma hora, también atendimos a otro paciente sin cita, que igualmente requirió ingreso en Neurología. El Médico de Familia constituye el eslabón esencial en la identificación, prevención y tratamiento de factores de riesgo cardiovascular, debiendo permanecer alerta ante cualquier indicio de alarma. La anamnesis, exploración física y el seguimiento estrecho del paciente son nuestras herramientas fundamentales para garantizar la salud.

Palabras clave

Diplopía, Dislipemia, Parálisis del Nervio Craneal VI

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Dolor abdominal ¿importante o banal?Trillo Díaz EM¹, Sánchez Fernández EM², Rodas Díaz M³¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Vélez Norte. Málaga² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Torrox. Málaga³ Médico de Familia. UGC Torrox. Málaga**Ámbito del caso**

Urgencias.

Motivo de la consulta

Dolor abdominal.

Historia Clínica

Varón de 78 años, alérgico a penicilina, hipertenso, dislipémico, ictus sin secuelas en 2013, EPOC. Tratamiento habitual: atorvastatina, irbesartán, omeprazol, adiro, rilast, spiriva. Acude por epigastralgia de 7 horas de evolución, progresiva. El dolor es constante, a veces presenta punzadas más intensas; y se irradia al resto de abdomen. Asocia náuseas. No alteración del hábito intestinal ni fiebre ni otra clínica. Ha tomado metamizol y buscapina sin mejoría.

Exploración: Aceptable estado general. Afectado por el dolor. Tensión arterial 205/98mmHg, Temperatura 36°C. Abdomen blando, depresible, doloroso difusamente, más en epigastrio, dudoso rebote a dicho nivel. Resto de exploración anodina.

Pruebas complementarias:
Electrocardiograma: Ritmo sinusal a 65 lpm. No alteraciones de repolarización. *Analítica:* leucocitos 10860 (neutrófilos 84.40%). Amilasa y PCR normales. Radiografía tórax y abdomen normales.

Enfoque familiar y comunitario: Vive con su esposa. Familia normofuncionante.

Juicio clínico: Dolor abdominal.

Diagnóstico diferencial: Pancreatitis. Apendicitis. Cólico biliar. Estreñimiento.

Tratamiento, planes de actuación: Dieta blanda, paracetamol, metamizol, observación domiciliaria.

Evolución: Acude 6 días después por persistir náuseas y dolor abdominal, ahora más focalizado en fosa iliaca derecha (FID). Asocia estreñimiento en la última semana; el día previo presentó un vómito oscuro. Exploración regular estado general, Temperatura 38°C, abdomen doloroso difusamente aunque más intenso en FID, timpánico, con dudosos signos de peritonismo en hemiabdomen inferior. Analítica leucocitos 10990. Radiografía abdomen con dilatación de asas de intestino delgado por lo que se solicita TC abdominal, donde además de dilatación de asas se visualiza imagen tubular de 16 mm de diámetro con gas extraluminal perilesional compatible con apendicitis aguda perforada. Valorado por cirujano de guardia, que ingresa y realiza apendicectomía laparoscópica.

Conclusiones

Este caso nos hace reflexionar sobre la importancia del seguimiento de las patologías y reconocer síntomas/signos que nos orienten a alguna enfermedad para priorizar una actuación urgente o iniciar estudio ambulatorio, según el caso. Por ello es muy importante realizar un correcto diagnóstico diferencial. En este caso, el empeoramiento junto con fiebre, epigastralgia que focaliza en FID, +/-Peritonismo nos orientaría a apendicitis. Por tanto, ante un síntoma impreciso como el dolor abdominal, hay que estar alerta y ver su evolución, ya que puede ser nada o puede corresponder a un amplio abanico de patologías.

Palabras clave

Abdominal Pain, Sickness

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Enfermedad de Lyme: a propósito de un casoMoreno Fontiveros MA¹, Torres Martín LP², García Resa Oscar¹¹ Médico de Familia. CS Estepa. Sevilla² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Estepa. Sevilla**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

Motivo de la consulta

Malestar general, artralgias y cefaleas.

Historia Clínica

Varón de 53 años, sin antecedentes personales de interés. Acude por cefalea frontoparietal de varios días de evolución, artralgias en miembros inferiores y malestar generalizado. Además, febrícula los días previos. Ninguna otra persona en el núcleo familiar con esta sintomatología.

Exploración: Aceptable estado general. Tensión arterial: 110/70. Frecuencia cardíaca: 72 lpm. Temperatura: 37.5°C. Auscultación cardio-respiratoria normal. No lesiones cutáneas. Exploración neurológica normal.

Pruebas complementarias: Hemograma: Hemoglobina: 12.1 g/dL, Hematocrito 32%, Leucocitos 9.21mil/mm³, Neutrófilos 82.8%, Plaquetas: 67mil/mm³. Bioquímica: Glucosa 127 mg/dl, Urea 48mg/dl, Creatinina e iones normales. PCR 342.51mg/L. Orina normal. Gota gruesa: Se aíslan Borrelias.

Enfoque familiar y comunitario: Buen soporte familiar. Se informa a la familia de la evolución de la enfermedad y forma de transmisión.

Juicio clínico: Borreliosis. Enfermedad de Lyme.

Diagnóstico diferencial: Fiebre recurrente, Malaria. Síndrome gripal.

Tratamiento, planes de actuación: Se comienza tratamiento con Doxiciclina 100 mg cada 12 horas 10 días. *Diagnóstico diferencial:* con fiebre recurrente, Malaria y Síndrome gripal.

Evolución: Mejoría clínica completa y normalización de los niveles analíticos observados a los pocos días de instaurar tratamiento antibiótico.

Conclusiones

La enfermedad de Lyme o Borreliosis es una enfermedad infecciosa emergente causada por *Borrelia* y transmitida por la garrapata del género *Ixodes*. Enfermedad multisistémica con manifestaciones dermatológicas, reumáticas, neurológicas y cardíacas. Su característica principal es una lesión cutánea (eritema migratorio), no objetivado en el paciente. El diagnóstico se basa en la sintomatología, apoyada en la serología y en la visualización de borrelias en sangre periférica. La leucopenia, trombocitopenia y elevación de las enzimas hepáticas sugieren analíticamente el diagnóstico. El tratamiento suele ser tetraciclinas. El pronóstico, con tratamiento adecuado, es favorable.

Palabras clave

Lyme Disease, Borreliosis

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Las constantes no engañanSánchez Torres E¹, Ureña Arjonilla ME², Ortega García G³¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS José Barneo. Torredonjimeno (Jaén)² MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Mancha Real. Jaén³ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Felipe. Jaén**Ámbito del caso**

En Atención Primaria y en urgencias hospitalarias.

Motivo de la consulta

Dolor en flanco izquierdo desde hace tres días.

Historia Clínica

Mujer de 40 años, sin antecedentes. Refiere dolor abdominal de días de evolución y sensación de inflamación sin otros síntomas. Al preguntarle por su trabajo refiere que es reponedora de supermercado y que hace sobreesfuerzos diarios. Algo de sangrado vaginal asociado autolimitado.

Exploración física: buen estado general, palidez leve mucocutánea. Tensión arterial 80/40, frecuencia cardiaca 100 latidos por minuto. Cardiológico y respiratorio normal. Abdomen blando y depresible con dolor a la palpación de fosa iliaca izquierda y sensación de inflamación a ese nivel.

Exploraciones complementarias: electrocardiograma: taquicardia sinusal. Se pauta diclofenaco intramuscular y se deriva a urgencias hospitalarias por hipotensión y palidez. Analítica de sangre: proteína c reactiva 364, creatinquinasa 641, hemoglobina 11. Ecografía abdominal: normal. Dado el dolor de la paciente se solicita TAC tóraco-abdominal: leve derrame pleural izquierdo, colección en cuadrantes mamarios izquierdos inferiores. Colección líquida entre planos musculares dorsales laterales y posteriores; hallazgos compatibles con desgarro muscular en progresión.

Enfoque individual: Paciente poco demandante en consulta.

Enfoque familiar y comunitario: Divorciada. Vive con su hijo actualmente. Acontecimientos vitales estresantes: sufrió violencia de género por su exmarido.

Juicio clínico: derrame pleural izquierdo, desgarro muscular y colecciones líquidas entre planos musculares compatibles con sangrado. Shock séptico secundario a infección grave de tejidos blandos.

Diagnóstico diferencial: diverticulitis, mioma complicado, embarazo ectópico, dolor abdominal inespecífico.

Tratamiento, planes de actuación: Se avisa a cirugía y se decidió intervención quirúrgica urgente.

Evolución: Dado la no mejoría inicial se decidió reintervención quirúrgica de la paciente, y posterior traslado a UCI para ventilación mecánica no invasiva y antibioterapia intravenosa por presentar exudados de lesiones subcutáneas compatibles con *Stafilococos aureus* meticilin sensible.

Conclusiones

Como conclusión destaco nuestro papel ya que somos el primer filtro de atención a la población y con el simple hecho de una hipotensión y una leve taquicardia en mujer joven con dolor abdominal aunque el resto de exploración esté normal nos debe hacer sospechar con la clínica que algo está pasando Tanto los antecedentes como la clínica y las constantes son lo que prima ante un paciente

Palabras clave

Hipotensión, Musculo, Shock

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Toxicodermia grave: Angioedema e Insuficiencia cutánea agudaMoreno Fontiveros MA¹, Torres Martin LP², Tejada Garcia EJ³¹ Médico de Familia. CS Estepa. Sevilla² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Estepa. Sevilla³ Enfermero. CS Estepa. Sevilla**Ámbito del caso**

Urgencias.

Motivo de la consulta

Angioedema y exantema intenso.

Historia Clínica

Mujer 83 años pluripatológica. Desde hace 10 días exantema generalizados y habones pruriginosos. Hace 15 días comenzó tratamiento con amoxicilina clavulánico por infección de orina, que retiró su médico de Atención Primaria al comenzar los síntomas cutáneos. A pesar de ello la clínica en las últimas 24 horas se ha intensificado: angioedema intenso, especialmente en tronco y miembros inferiores, sin afectación facial. Dolor intenso a la palpación cutánea. TA 100/50. Eupneica. Auscultación cardiorrespiratoria sin hallazgos patológicos. Muñeca derecha y tobillos con signos de inflamación, dolor a la movilización.

Enfoque individual: Se decide derivación a Servicio de Urgencias hospitalario. En dicho centro se realiza analítica donde destaca: Hemograma (hemoglobina 11,4 g/dL, hematocrito: 33,7%, leucocitos 11,83 mil/mm³ (92,9% neutrófilos), plaquetas 189 mil/mm³). Bioquímica (glucosa 366 mg/dL, urea 113 mg/dL, creatinina 1,44 mg/dl, Na 126 mEq/L, K 6,33 mEq/L, PCR 56).

Enfoque familiar y comunitario: Institucionalizada, sin apoyo familiar.

Juicio clínico: Toxicodermia grave. Insuficiencia cutánea aguda.

Tratamiento, planes de actuación: Retirada del fármaco sospechoso. Las formas leves suelen

precisar tratamiento sintomático: antihistamínicos orales y corticoides. Las formas graves como la descrita, requiere ingreso en unidad especializada de cuidados intensivos y corticoides sistémicos y/o adrenalina.

Evolución: Se decide ingreso en Medicina Interna durante el cual se produce un empeoramiento general del cuadro, pérdida de continuidad de la barrera cutánea y sobreinfección. Finalmente ingresa en Unidad de Cuidados Críticos donde falleció.

Conclusiones

Las toxicodermias suelen tener un curso benigno, con tendencia a la resolución espontánea en 1-3 semanas tras la suspensión del fármaco causal. Toda toxicodermia, por inocua que inicialmente pudiera parecer puede evolucionar hacia una forma grave. Los principales marcadores de gravedad son: eritema confluyente de rápida aparición, signo de Nikolsky positivo, ampollas, púrpura palpable, necrosis cutánea, dolor cutáneo, urticaria generalizada con edema facial, mucositis, fiebre, taquipnea, hipotensión, adenopatías, artralgias o artritis, eosinofilia, linfocitosis atípica y alteraciones de la función hepática. Las principales toxicodermias con potencial vital son angioedema, enfermedad del suero, vasculitis, eritrodermia, síndrome de hipersensibilidad, síndrome de Stevens-Johnson y la necrosis epidérmica tóxica. Éstas pueden evolucionar hacia una insuficiencia cutánea aguda (ICA) potencialmente grave y con evolución fatal.

Palabras clave

Angioedema, Drug, Toxicodermia

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Doctor, me encuentro mal

González Márquez E, Valencia Jiménez I, Alcaide Zafra MA

*MIR de Medicina Familiar y Comunitaria De Familia. CS Loreto Puntales. Cádiz***Ámbito del caso**

Hospitalaria (Urgencias).

Motivo de la consulta

Varón de 18 que consulta por fiebre de hasta 38.5°, astenia con algún episodio de palpitaciones autolimitadas desde esta mañana, sin asociar otros síntomas. No dolor torácico, no disnea. No cortejo vegetativo. Hace 3 días presentó clínica catarral.

Historia Clínica

Antecedentes personales de miopericarditis aguda en 2015 con función sistólica conservada y cardio RNM compatible con miopericarditis, sin otros antecedentes de interés. No hábitos tóxicos.

Enfoque individual: A la exploración presenta buen estado general, eupneico en reposo y febrícula de hasta 37.5°. TA de 122/65 y frecuencia cardíaca de 90 latidos por minuto y saturación basal 100%. Auscultación cardiorrespiratoria rítmico, sin soplos, murmullo vesicular conservado, sin ruidos sobreañadido. No focalidad neurológica con exploración anodina. Abdomen y miembros inferiores normales. Se solicita radiografía de tórax que resulta sin alteraciones patológicas; analítica de sangre con hemograma, bioquímica y coagulación sin alteraciones salvo PCR levemente elevada; elevación de las enzimas cardíacas y cambios eléctricos en el control electrocardiográfico. Se ingresa a cargo de Cardiología que completa estudio con ecocardiografía con resultado normal sin definir compromiso de la función sistólica

ventricular. Durante su ingreso se realiza RNM cardíaca que concluye hallazgos compatibles con miocarditis sin alteraciones en la contractilidad segmentaria ni en la morfología de las cámaras cardíacas.

Enfoque familiar y comunitario: Estudiante. Buen entorno familiar.

Juicio clínico: miopericarditis. Habría que hacer diagnóstico diferencial con síndrome coronario agudo, arritmias, pericarditis.

Tratamiento, planes de actuación: Se administra colchicina e ibuprofeno que mantiene durante su ingreso. Se asocia amoxicilina por amigdalitis pultácea. Durante su ingreso normaliza enzimas cardíacas y mejora sintomatología. Al alta se mantiene tratamiento oral 3 meses con revisiones posteriores por cardiólogo de zona.

Evolución: Dado los cambios eléctricos y enzimáticos se ingresa para continuar tratamiento.

Conclusiones

Al tener como antecedente una miopericarditis pasada nos orienta a que el cuadro puede coincidir de nuevo con el mismo. No obstante, dicha clínica en el caso de no presentar antecedentes habrían de tenerse en cuenta más si refiere clínica catarral pues no es un hallazgo tan infrecuente como se cree.

Palabras clave

Myocarditis, Chest Pain, Fever

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

42 años, Parkinson, ¿Qué anticonceptivo uso?Franzón González Manuel¹, Serrano Baena C², Martín Pérez M¹¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Virgen de la Capilla. Jaén² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Bulevar. Jaén**Ámbito del caso**

Atención Primaria

Motivo de la consulta

Deseo de Planificación Familiar.

Historia Clínica

Mujer de 42 años de edad con Enfermedad de Parkinson de 20 años de evolución.

Enfoque individual:

No alergias medicamentosas, ni Hipertensión Arterial, ni diabetes mellitus, ni dislipemias ni intervenciones quirúrgicas. Acontecimiento estresante hace un año (fallecimiento de pareja). No fumadora. Traumatismo craneoencefálico en 1996 sin pérdida de consciencia. Un parto y dos abortos. Discinesias generalizadas con marcha bien conservada. Bradicinesia y rigidez de predominio izquierdo. Marcha conservada con disminución de braceo. Requiere de cama articulada para dormir (recurso gestionado por la trabajadora social del centro), no tiene alucinaciones ni alteraciones cognitivas. Predominio de periodos "On". Cabeza Caída. Su pareja solicitó la Tarjeta +Cuidado pero la paciente no reunía los requisitos para ello en ese momento. Escala Barthel: 100 (Independiente). Escala de Hamilton: 48 (Depresión Severa) valorada en 2015, actualmente mejor de ánimo sin tratamiento antidepressivo. La paciente ya consumió anticonceptivos hormonales orales en 2015, con olvido de algunas tomas.

Enfoque familiar y comunitario:

Vive con su hijo sano de 11 años.

Juicio clínico:

deseo anticonceptivo, presentando como mayores problemas la presencia de la Enfermedad de Parkinson y la edad de la paciente. Debemos buscar un método anticonceptivo de la mayor efectividad posible pues en la mayoría de los casos existe un empeoramiento de la clínica de la Enfermedad de Parkinson durante el embarazo o el postparto. De igual modo se debe asegurar la no interferencia del tratamiento de la paciente con el metabolismo del citocromo p450.

Tratamiento, planes de actuación:

Actualmente en tratamiento con rasagilina, dobesilato cálcico, rotigotina en parche transdérmico y levodopa/carvidopa. Como plan de actuación, se contemplaría como opción anticonceptiva más viable el uso del dispositivo intrauterino de cobre, teniendo los distintos métodos de barrera como segunda opción, y relegando al último lugar aquellos métodos anticonceptivos que tengan un componente hormonal.

Evolución:

Tras años de seguimiento tiene buen control de los síntomas de la Enfermedad de Parkinson, actualmente en espera de inicio del tratamiento anticonceptivo.

Conclusiones

La Enfermedad de Parkinson no supone una contraindicación para la anticoncepción siendo lo principal de cara a la misma, los antecedentes de trombosis venosa profunda, el tabaquismo, la edad y el riesgo cardiovascular.

Palabras clave

Parkinson Disease, Pregnancy

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Artritis Reumatoide y Hemocromatosis. Extraña parejaSerrano Baena C¹, Franzón González M², Fernández Herrera D¹¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Bulevar. Complejo Hospitalario. Jaén² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Virgen de la Capilla. Complejo Hospitalario. Jaén**Ámbito del caso**

Atención Primaria y hospitalaria.

Motivo de la consulta

Derivado desde hematología para realización de flebotomías.

Historia Clínica

Hombre de 58 años con Artritis Reumatoide diagnosticada aproximadamente en 1994, con Síndrome de Sjögren secundario a la misma y Hemocromatosis Heterocigota, Mutaciones C282Y y H63D.

Enfoque individual: No alergias medicamentosas, ni Hipertensión Arterial, ni diabetes mellitus. Prótesis bilateral de rodilla. No presenta sinovitis. Buen control inflamatorio de su patología con escaso uso de medicación analgésica. Derivado desde el Servicio de Reumatología al Servicio de Hematología en 2017 por la elevación del hierro sérico. No presenta color bronceado.

Enfoque familiar y comunitario: Paciente multidisciplinar en seguimiento por Atención Primaria de sus parámetros analíticos y sus flebotomías, que son realizadas por su enfermera de familia.

Juicio clínico: Hemocromatosis heterocigótica, artritis reumatoide y Síndrome de Sjögren secundario a la artritis reumatoide. Posible asociación entre la artritis reumatoide y la hemocromatosis.

Tratamiento, planes de actuación:

Actualmente en tratamiento con Inyecciones subcutáneas de adalimumab cada 14 días, metotrexate inyectable 12,5 mg cada semana, deflazacort 6 mg al día, flebotomías periódicas de 350cc al mes y paracetamol, ibuprofeno o metamizol como medicación analgésica de rescate.

El plan de actuación es continuar con el tratamiento pautado, realizando flebotomías mensuales en el CS con un control de los niveles hierro sérico ferritina y el índice de saturación de transferrina, hasta la normalización de los mismos.

Evolución: Desde control registrado por el Servicio de Reumatología desde 2011, ha habido un ligero aumento progresivo del factor reumatoide, así como del hierro sérico hasta llegar a la situación actual.

Conclusiones

En cuanto a las manifestaciones hematológicas extraarticulares de la artritis reumatoide, la más frecuente es la anemia por trastorno crónico, hallándose en este paciente la paradójica situación contraria, ya que vemos artritis reumatoide asociada a hemocromatosis heterocigótica.

Palabras clave

Hemochromatosis, Arthritis, Rheumatoid, Sjogren's Syndrome

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

¿Tic Tac?

Irigoyen Martínez C¹, Pallarés Berbel O¹, González Uceda MC²¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Alameda Perchel. Málaga² Médico de Familia. CS Alameda Perchel. Málaga**Ámbito del caso**

Atención Primaria y hospitalaria.

Motivo de la consulta

Tos persistente.

Historia Clínica

Varón de 72 años anticoagulado que consultó por cuadro de tos seca con autoescucha de sibilancias y sensación disneica esporádica desde hace 4 días sin fiebre ni rinorrea. A la exploración faringe algo hiperémica sin adenopatías y sibilancias en hemitórax derecho. Se diagnosticó bronquitis aguda, pautándose atrovent 2 inhalaciones cada 8 horas. A las dos semanas persistencia de la tos y las sibilancias con auscultación similar a previa. Se solicitó radiografía de tórax, analítica con neumoalergenos, mantoux y espirometría. Se prescribió serevent accuhaler 1 inhalación cada 12 horas. Los **Resultados** fueron normales, salvo la radiografía que mostró atelectasia hemitórax derecho y aumento cardiaco. El paciente mejoró con aerosoles. Sin embargo, a los dos meses comenzó con accesos de tos nocturnos y un episodio de hemoptisis. Siendo la exploración anodina, solicitamos radiografía urgente que mostró mismos hallazgos a previos. Se derivó a neumología. Dos meses más tarde, informó sobre neumología. Solicitaron TAC (tomografía computarizada) y pruebas funcionales. Le pautaron formodual 2 inhalaciones cada 12 horas y lo derivaron a otorrinolaringología. Tres meses después, acudió a la consulta con las pruebas aún pendientes siendo la exploración anodina. A los 6 meses realizaron la tomografía visualizando en bronquio intermedio derecho masa tumoral y adenopatía paraesofágica, habiendo

presentado nuevamente hemoptisis además de deterioro físico.

Enfoque individual: Diarreas con diclofenaco. Ex fumador hace 19 años, tabaco acumulado 42 paquetes año. Hipertensión arterial, fibrilación auricular, asma, hemorroides, hiperplasia benigna prostática.

Enfoque familiar y comunitario: Vivía con su mujer sin hijos. Buen soporte social. Nivel socioeducativo alto. Padre muerto por carcinoma laríngeo. Madre muerta por carcinoma mamario.

Juicio clínico: Carcinoma escamoso pulmonar estadio IIIA.

Tratamiento, planes de actuación: Se realizó neumonectomía con quimioterapia posterior.

Evolución: La quimioterapia provocó toxicidad hematológica y digestiva y una polineuropatía. Desarrolló diabetes esteroidea. Se derivó a cuidados paliativos. El estado del paciente fue deteriorándose rápidamente muriendo a los 6 meses del diagnóstico.

Conclusiones

La hemoptisis puede ser un indicador de neoplasia pulmonar en pacientes anticoagulados aunque sean exfumadores de largo tiempo. La limitación del acceso a pruebas diagnósticas desde Atención Primaria y las demoras en su realización causa daño y ensombrece el pronóstico de innumerables personas.

Palabras clave

Carcinoma, Squamous Cell, Cough, Hemoptysis

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

A propósito de un caso: Discrepancia entre hemoglobina glicosilada (HbA1c) y glucemias capilaresFranquelo Hidalgo B¹, Franco Larrondo Y², Justicia Gómez L²¹ Médico de Familia. CS Palma-Palmilla. Málaga² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Palma-Palmilla. Málaga**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

Motivo de la consulta

resultados de analítica de control.

Historia Clínica

Paciente de 21 años. NAMC. Estudia enfermería. Abuelo materno DM1 y abuela materna DM2.

Antecedentes personales: DM1, Tiroiditis autoinmune. Taquicardia sinusal. Diagnosticada a los 9 años de DM1. Mal control metabólico crónico, con ingresos de repetición por descompensaciones hiperglucemia/Cetoacidosis. Tratamiento: Lantus 38 UI y Humalog 5-6-6 con reajustes. Bisoprolol 5mg.

Enfoque individual: En los últimos años, según historias previas por Endocrinología, ha presentado HbA1c 10-14%; con cifras glucémicas prácticamente en rango con algún pico postprandial. No retinopatía ni complicaciones crónicas. Actualmente prefiere seguimiento en Atención Primaria por accesibilidad. Deporte activo. Hipoglucemias 1-2/semanales, leves. TA: 104/69 FC: 110lpm. Peso: 58 kg.

Pruebas complementarias: Hemograma normal. Función hepática y renal normal. Tiroides normofuncionante. No proteinuria. HbA1c 8,5%. No retinopatía actual. Aporta autocontroles glucémicos (110-140 mg/dl). Sin hipoglucemias. No trae glucómetro.

Enfoque familiar y comunitario: Vive con su madre. Come normalmente en domicilio. Vida social activa.

Juicio clínico: Falseo de datos glucémicos/Mal control metabólico crónico/Discrepancia entre HbA1c y glucemias capilares.

Tratamiento, planes de actuación: Reajuste de insulino terapia. Acudir a consulta de enfermería aportando glucómetro y autocontroles.

Evolución: Durante el año de seguimiento en atención Primaria, la paciente ha acudido a sus citas habituales con enfermería/médico; aportando autocontroles "buenos" comprobado en el registro (día/hora) del glucómetro. Buen calibrado. Ante sospecha de falseo de datos se realiza glucemia en consulta de 96 mg/dl. Se deriva a Endocrinología para mejorar control metabólico.

Conclusiones

Observamos una discrepancia entre HbA1c y glucemias capilares. Las cifras de glucosa presentan una elevada variabilidad según la precisión del instrumento de medida, la habilidad técnica del paciente y su deseo o no, de agradar al médico. A pesar de esto, en algunos casos, no existe correlación y una cifra de HbA1c puede equivaler a una glucemia media más baja, justificándose aún más ante la ausencia de complicaciones secundarias en una diabetes de largo tiempo de evolución. No obstante, la monitorización de la HbA1c es de gran utilidad en el seguimiento en Atención Primaria, donde disponemos de la posibilidad de una estrecha vigilancia, y nos informa si la paciente está mejorando o no desde el punto de vista metabólico.

Palabras clave

Diabetes Mellitus, Insulindependent, Hba1c Protein

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Un paraguas y un sombrero

Frutos Hidalgo E

CS Olivillo. Cádiz

Ámbito del caso

Servicio de Urgencias.

Motivo de la consulta

Malestar general.

Historia Clínica

Paciente, mujer de 91 años, institucionalizada y dependiente para todas las actividades de la vida diaria, acude al Servicio de Urgencias por malestar general de una semana de evolución. Su cuidadora refiere cuadro catarral días previos y pico febril de 38°C hace 72h, acompañado de decaimiento y somnolencia. No comenta otra clínica digestiva ni genitourinaria. Alérgica a AAS. Diabética insulino dependiente. HTA con buen control. Artropatía psoriásica actualmente silente. Intervenida en 2012 de fractura subcapital de cadera izquierda.

A su llegada presenta: Intensa palidez mucocutánea, signo del priegue. Arreactiva. TA 105/48 mmHg, FC 106lpm, Temperatura 35.8°C. AC: tonos rítmicos con soplo sistólico panfocal. AP: Disminución del murmullo sin otros ruidos. Abdomen: globo vesical, resto normal. MMII: no edemas ni signos de TVP. Tacto rectal: heces normocoloreadas. *Analítica*: Urea 148mg/dl, Cr 2.5 mg/dl, LDH 309, PCR 263.3 mg/L, Lactato 57.4 mg/dl, Procalcitonina 1.54 ng/mL. Hemograma: HB 2.6 g/dl (VCM 116.04, HCM 38.8), leucocitos 10360, plaquetas 117000. Coagulación: INR 1.57, fibrinógeno 611. GV: PH 7.29, PCO₂ 30.0, HCO₃ 13.8 mmol/L. Sistemático de Orina: Cuerpos cetónicos 5mg/dl, 250 hematíes, 500 leucocitos. Piuria intensa. Radiografía de Tórax: aumento de la trama broncoalveolar sin condensaciones. Discreta cardiomegalia. Signos

osteodegenerativos. Hernia hiatal. PCR Gripe A: Positiva.

Enfoque individual: Institucionalizada en una residencia de ancianos. Barthel: dependiente total. Nivel socio-económico alto.

Enfoque familiar y comunitario: Una hija que la visita semanalmente.

Juicio clínico: Gripe A. Anemia de perfil macrocítico. Sepsis de probable origen urinario. Acidosis metabólica.

Tratamiento, planes de actuación: Sueroterapia y oxigenoterapia. Resto de cuidados básicos. Ertapenem 500 mg/24h i. v. Se transfunden 2 oncentrados de hematíes. Oseltamivir 75 mg/24 h v. o.

Evolución: La paciente permanece estable hemodinámicamente aunque poco reactiva durante su estancia en urgencias. Se realiza control postranfusal con HB 7.1gr/dl. Ingres a cargo del Servicio de Medicina Interna para control y evolución.

Conclusiones

La vacunación frente a la gripe estacional y la ausencia de signos cardinales no exime de la posibilidad de padecer un cuadro de Gripe A, más aún en un anciano frágil. En los procesos de sepsis graves la rápida actuación e instauración del tratamiento es fundamental. El síndrome anémico y los déficit carenciales de vitaminas, así como la confluencia de patología en un solo paciente es el "caballo de batalla" para los médicos de atención Primaria.

Palabras clave

Gripe, Vacuna, Anemia

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Dolor centrotorácico irradiado: no todo es un IAM

Olivares Loro AG, Carabot Ramírez A, Delgado Rodríguez MA

*Médico de Familia. CS Dr Joaquín Pece. San Fernando (Cádiz)***Ámbito del caso**

Urgencias hospital.

Motivo de la consulta

Varón, 26 años. Acude a urgencias del hospital tras haber presentado horas antes episodio de dolor centrotorácico de carácter punzante irradiado a ambos miembros superiores estando en reposo. No cortejo vegetativo acompañante ni otra sintomatología.

Historia Clínica

El episodio de dolor fue de una hora de duración, cediendo espontáneamente. Dos semanas antes presentó cuadro catarral de vías altas.

Enfoque individual: No RAMc. No DM, No HTA, Dislipemia en tratamiento dietético. Fumador de 6-7 cigarrillos/día. No intervenciones quirúrgicas previas. No realiza tratamiento habitualmente. Consciente y orientado. Buen estado general. Normohidratado y normoperfundido. Eupneico en reposo. Auscultación cardiopulmonar: tonos puros y rítmicos sin soplos ni roces. Murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. Miembros inferiores: no edemas ni signos de trombosis venosa profunda. Pulsos presentes y simétricos. *Analítica:* Hemograma sin alteraciones; Bioquímica: glucemia 102, funciones renal y hepática normales, iones normales, troponina T 1126, CK 766, CK. MB 60; Segundas enzimas cardíacas: CK 691, Troponina T 1129. Radiografía de tórax: sin hallazgos de interés en el estudio actual. ECG: ritmo sinusal a 78 lpm, eje normal, PR normal, T negativa en III y AVF, mínimo ascenso en colgadura en cara lateral e inferior. Ecocardiografía transtorácica: estudio dentro de la normalidad. RNM cardíaca: hallazgos

compatibles con miocarditis aguda no complicada, siendo dudosa la existencia de daño miocárdico reversible en el momento actual. Función biventricular preservada.

Enfoque familiar y comunitario: No antecedentes familiares de interés. Buen nivel socio-económico. Buena relación con su entorno.

Juicio clínico: Perimiocarditis aguda no complicada.

Diagnóstico diferencial: IAM, miopericarditis aguda, dolor torácico osteomuscular.

Tratamiento, planes de actuación: Ibuprofeno 600 mg cada 12 horas durante 1 mes. Omeprazol 40 mg 1 comprimido en desayuno, Colchicina 0.5 mg cada 12 horas durante 3 meses. Reposo absoluto durante 7 días y posteriormente reposo relativo otros 7 días. Dieta cardiosaludable, ejercicio y abandono del hábito tabáquico. Control de los FRCV.

Evolución: Favorable, mejoría clínica tras inicio de tratamiento. Se mantiene en reposo absoluto con Ibuprofeno y Colchicina con buena respuesta.

Conclusiones

Ante un dolor torácico debemos pensar en un amplio diagnóstico diferencial, sobre todo en pacientes jóvenes y con pocos factores de riesgo cardiovascular. Es fundamental indagar en la clínica de los días o semanas previas, así como en los antecedentes personales y familiares.

Palabras clave

Perimiocarditis, Dolor Centrotorácico, IAM

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

A propósito de un caso de infarto agudo de miocardio con presentación atípica

García López MF, Vázquez Alarcón RL, Pérez Gómez S

*Médico de Familia. CS Vera. Almería***Ámbito del caso**

Urgencias extrahospitalarias.

Motivo de la consulta

Resfriado.

Historia Clínica

Varón de 65 años con antecedentes personales de diabetes mellitus tipo 2, Hipercolesterolemia e Hiperuricemia. Exfumador. Acude al Servicio de Urgencias extrahospitalarias por síntomas que él relaciona con un resfriado. Refiere cuadro de tres días de evolución de odinofagia, tos escasa y sensación de “de malestar en el pecho” que describe a veces como abrasión y otras veces como presión que le impide la inspiración profunda sin cortejo vegetativo acompañante. “Pitos” durante la noche. Afebril.

Exploración física: Buen estado general. Eupneico, no signos de trabajo respiratorio. FC: 80 lpm. TA: 180/85 mmHg. Saturación O₂: 97%. Glucemia capilar: 140 mg/dl. Afebril. AC: anodina; AR: MVC, roncus dispersos en hemotórax izquierdo. MMII: no edemas, no signos de TVP, pulsos periféricos presentes y simétricos. ECG: ritmo sinusal a 77 lpm, eje izquierdo, T negativas en III y aVF y T aplanada en II.

Enfoque familiar y comunitario: Se explica al paciente y su acompañante el diagnóstico de sospecha y la necesidad de completar el estudio a nivel hospitalario.

Juicio clínico: Infección respiratoria de vías bajas. Posible SCASEST.

Diagnóstico diferencial: tromboembolismo pulmonar, neumonía, neumotórax, atelectasia, pericarditis aguda.

Tratamiento, planes de actuación: Se indica tratamiento con AAS 300 mg v. o. y nitroglicerina 0.8 mg sublingual. Se traslada en ambulancia medicalizada monitorizado a las Urgencias del Hospital de referencia.

Evolución: Se completa el estudio con: Radiografía de tórax: sin alteraciones de interés; Bioquímica normal; Hemograma: normal; curva enzimática (CK MB y Tpn I) con elevación al inicio y posterior descenso. Juicios clínicos: SCASEST. Infección respiratoria de vías bajas. Ingresa a cargo de Cardiología donde se realiza: Ecocardiograma Doppler-color: sin alteraciones llamativas salvo ventrículo izquierdo con hipertrofia concéntrica ligera y disfunción diastólica grado II; Cateterismo cardiaco y coronariografía: Coronaria derecha dominante con lesión crítica en tercio medio donde se implanta stent directo convencional.

Conclusiones

La presentación atípica del dolor torácico en el IAM aparece más frecuentemente en jóvenes o ancianos, mujeres, diabéticos, insuficiencia renal crónica y demencia. La anamnesis dirigida tiene un papel fundamental en la búsqueda de factores de riesgo cardiovascular, otros síntomas acompañantes o episodios similares previos. Son necesarias pruebas complementarias para confirmar el diagnóstico de sospecha.

Palabras clave

Atypical Chest Pain, Acute Myocardial Infarction

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Absceso paraventricular en paciente con empiema

Sánchez Torres E¹, Ruiz García E², Ortega García G³

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS José Barneo. Torredonjimeno (Jaén)

² MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Valle. Jaén

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

Ámbito del caso

En urgencias y atención Primaria.

Motivo de la consulta

Desorientación temporal y pérdida de fuerza

Historia Clínica

Alergia a metamizol y paracetamol. Alta por servicio de cirugía torácica hace un mes por empiema pleural. Derivado a urgencias por su médico de familia por empeoramiento progresivo, con pérdida de fuerza generalizada, imposibilidad para la marcha y desorientación temporal (ya refería dicha sintomatología estando ingresado por empiema pleural).

Exploración física: desorientación temporal alterada, ataxia no valorable dado que el paciente está en cama, resto normal. Exploraciones complementarias: proteína c reactiva 240, leucocitosis 23000. Ligera neutrofilia. TAC cráneo: lesión hipodensa en el lóbulo frontal derecho que comprime y desplaza línea media y edema vasogénico temporoparietooccipital derecho con efecto de masa en probable relación con lesiones ocupantes de espacio. Se inicia durante tres días tratamiento corticoideo intravenoso sin mejoría. Se ingresa a cargo de Neurocirugía que solicito resonancia magnética nuclear: lesión paraventricular derecha que sugiere ventriculitis-Absceso periventricular.

Enfoque individual: Fumador ocasional. Estrés laboral desde hace un mes debido a su baja laboral.

Enfoque familiar y comunitario: Vive con su mujer y sus tres hijos. Discute a diario con su hijo mayor por falta de interés en los estudios.

Juicio clínico: absceso paraventricular.

Diagnóstico diferencial: tumor cerebral, meningitis, encefalitis, enfermedad degenerativa.

Tratamiento, planes de actuación: Se implanta drenaje ventricular y se inicia antibioterapia empírica.

Evolución: El paciente evoluciona favorablemente en planta pudiendo ser dado de alta en un mes.

Conclusiones

En el contexto de este caso quizás no se haya tenido en cuenta los antecedentes de dicho paciente ya que cuando estuvo ingresado por el empiema pleural, ya se quejaba de dicha sintomatología y se relacionaba con patología neurológica de otra índole sin tener en cuenta (por nuestra parte en consulta de atención Primaria y urgencias, ni por cirujano torácico) y correlacionar todo en conjunto como debemos de hacer en todo paciente que nos llegue a la consulta.

Palabras clave

Empiema, Absceso, Antecedentes

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Doctora, veo dobleLuna Valero MI¹, Cuberos Escobar A¹, Peláez Pérez M²¹ Médico de Familia. CS Coín. Málaga² Médico de Familia. CS Delicias. Málaga**Ámbito del caso**

Atención Primaria y Hospitalaria.

Motivo de la consulta

Visión Doble.

Historia Clínica

Mujer de 27 años que acude por primera vez a consulta de Atención Primaria por visión doble y acorchamiento de la mano izquierda con evolución progresiva en una semana, por lo que la paciente es derivada a Urgencias por cuadro de debilidad y acorchamiento en hemicuerpo izquierdo junto con marcado desequilibrio y diplopía, con dificultad para enfocar objetos. Presenta inestabilidad en la marcha con movimiento cefálico continuo para evitar síntomas oculares.

Enfoque individual: En la exploración neurológica destaca una leve disartria, desviación de ojo izquierdo en abducción con leve nistagmo vertical, fuerza y sensibilidad conservadas, clara ataxia huncal sin aumento de base de sustentación, reflejo cutáneo plantar extensor izquierdo indiferente, derecho conservado. Auscultación cardiopulmonar normal. Análítica de sangre y radiografía de tórax sin hallazgos patológicos. TC de cráneo no se aprecian alteraciones significativas. Resonancia magnética de cráneo donde se aprecia lesión focal en hemiprotuberancia derecha de unos cuatro milímetros, bien definida, hiperintensa en T2 que no capta contraste. En unión bulbo-medular existe otra lesión de similares características con dos focos de captación de contraste que plantea como primera posibilidad, lesión inflamatoria desmielinizante.

Enfoque familiar y comunitario:

Independiente para actividades básicas de la vida diaria. Maestra de educación infantil, pero independizada económicamente desde los 17 años por poco apoyo familiar. Actualmente vive con su novio.

Juicio clínico: Lesiones hiperintensas compatibles con lesión inflamatoria desmielinizante tipo Esclerosis Múltiple.

Tratamiento, planes de actuación: La paciente fue tratada con bolos intravenosos de corticoides. Se ingresó y se continuó estudio para así plantear tratamiento posterior.

Evolución: Tras ingreso en planta durante 10 días la evolución fue favorable. Por el momento continúa siendo una chica independiente sin ningún tipo de limitación.

Conclusiones

La Esclerosis Múltiple afecta más a mujeres que a los hombres y se diagnostica con mayor frecuencia entre los 20 y 40 años de edad. La forma de presentación en una paciente joven, nos llevó a pensar en un diagnóstico erróneo. Por ello, debemos ponderar la importancia de un diagnóstico diferencial en la entrevista clínica para poder considerar enfermedades menos prevalentes.

Palabras clave

Diplopía, Lesiones hiperintensas, Esclerosis Múltiple

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Dificultad y dolor al tragar. Diagnóstico diferencial

Martín Valverde JM, Burgos Ruiz A, Moral Cañas MP

*Médico de Familia. CS Huétor Tájar. Granada***Ámbito del caso**

Atención Primaria, Atención especializada.

Motivo de la consulta

Disfagia progresiva.

Historia Clínica

Paciente de 48 años que acude de manera sucesiva a nuestra consulta por disfagia progresiva tanto para sólidos como para líquidos, desde el primer momento, de meses de evolución. El paciente nos refería que los alimentos se le quedaban “en la mitad de la garganta”, asociada a dolor opresivo supraesternal poco después de la ingesta del alimento. Asocia sensación de pirosis. Sin náuseas ni vómitos. Asocia dolores torácicos erráticos, no relacionados con ingesta, asociado a parestesias en los miembros.

Exploración: BEG, COC, NHYNP, buena coloración. Neurologica: PINR, MOEC, campimetría y resto de pares craneales normales, no alteraciones de sensibilidad ni déficit en fuerza muscular. No atrofas, fasciculaciones u otra semiología de motoneurona. No signos cerebelosos. Marcha normal. Analítica: BQ normal incluidos iones normales, perfil hepático, metabolismo óseo, B12 y fólico, TSH, etabolismo lipídico. Proteinograma normal. IgA: normal. Autoinmunidad sin alteraciones (antigangliosidos y antineuronales). Metales pesados (Zn, Pl) normales. Hemograma normal. Serología: negativas. Fibroscopia orl: normal. *Gastroscopia:* normal. Transito egd: seriada egd: técnica doble contraste. Esófago de morfología, calibre y peristaltismo normales. Patrón mucoso normal. No imagenes de hernia de hiato ni rge. Estomago con motilidad, vaciamiento y patrón de pliegues normales. Bulbo y marco duodenal sin alteraciones

significativas. EMG: normal. RM craneal y cervical: sin lesiones agudas. Ecografía cuello: normal. Manometría esofagica: compatible con espasmo esofágico difuso con tono de cardias actualmente normal y con relajaciones completas de éste al 100%.

Enfoque familiar y comunitario: Casado con 3 hijos.

Juicio clínico: Espasmo esofágico difuso.

Diagnóstico diferencial: neoplasias, síndrome de Plummer-Vinson, compresión extrínseca, enfermedades neurológicas, enfermedades musculares, síndrome paraneoplásico, amiloidosis, hipertiroidismo, enfermedad de Wilson, síndrome de Cushing, alteraciones funcionales: acalasia y disinergia del esfínter esofágico superior.

Tratamiento, planes de actuación: El paciente fue tratado en nuestra consulta de AP con Diltiazem y Domperidona además de unas recomendaciones en cuento a la alimentación, con mejoría ostensible y remitido a la consulta de Digestivo.

Evolución: Presenta respuesta parcial a Diltiazem y no a Nifedipino, está pendiente de manometría para descartar evolución a acalasia

Conclusiones

Este caso nos muestra la importancia de una buena anamnesis y una exploración física para el diagnóstico diferencial difícil de una disfagia y dolor torácico. El Médico de Familia está en una situación privilegiada por la asistencia continuada.

Palabras clave

Disfagia

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

¡Qué dolor de barriga, doctora!González Márquez E¹, Gragera Hidalgo M², Martín Andújar S³¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria De Familia. CS Loreto Puntales. Cádiz² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria De Familia. CS El Olivillo. Cádiz³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria De Familia. CS La Merced. Cádiz**Ámbito del caso**

Urgencias (Hospitalaria).

Motivo de la consulta

Mujer de 81 años que consulta por dolor abdominal súbito a nivel de mesogastrio irradiado a ambos flancos sin desencadenante conocido, asociando náuseas y diarrea de consistencia líquida sin productos patológicos, además de décimas febriculares.

Historia Clínica

Diabetes mellitus en tratamiento con antidiabéticos orales e insulina con buen control, fibrilación auricular no anticoagulada en tratamiento con digoxina y cardiopatía hipertensiva en tratamiento con antihipertensivos y diuréticos, además de ácido acetil salicílico. En seguimiento en neurología por probable demencia tipo Alzheimer.

Enfoque individual: Regular estado general, con leve palidez cutánea y eupneica en el reposo. TA 210/130. Auscultación cardiorrespiratoria y Miembros inferiores: anodina. Abdomen: doloroso a la palpación generalizada, sin palpase masas ni megalias, ni signos de irritación peritoneal. Se solicita analítica de sangre que presenta reactantes de fase aguda (RFA) levemente alterados y con enzimas cardíacas levemente ascendidas que aumentan más notablemente en un segundo control. Electrocardiograma con fibrilación auricular a buena frecuencia sin cambios posteriores. Ecografía abdominal compatible con coledocolitiasis sin signos de colecistitis. Se inicia tratamiento dirigido a probable síndrome coronario agudo sin elevación del ST (SCASEST) y es valorada por cardiología que decide continuar seriación enzimática con control evolutivo en las próximas horas en urgencias.

Enfoque familiar y comunitario: Dependiente parcial para actividades básicas de la vida diaria.

Juicio clínico: Crisis hipertensiva secundaria a isquemia mesentérica de origen embolígeno. Dado la clínica inespecífica debemos realizar un amplio diagnóstico diferencial entre las que destacaríamos enfermedad cardíaca del tipo SCASEST con manifestaciones sintomáticas atípicas; aneurisma de aorta abdominal; eventración intestinal sintomática; coledocolitiasis/colecistitis; cuadro infeccioso intestinal, entre otras.

Tratamiento, planes de actuación: En una primera valoración se administra doble Antiagregación, perfusión de nitroglicerina, estatinas a dosis altas. Antibioterapia y anticoagulación parenteral en una segunda vez.

Evolución: tórpida tras las primeras horas en área de urgencias y tras valoración cardiológica, se repite analítica que presenta empeoramiento de RFA acusado y ampliamos TAC abdominal siendo objetivable una ausencia de replección de la arteria mesentérica secundaria a trombosis de la misma.

Conclusiones

Es importante realizar una evaluación conjunta de la clínica junto con los antecedentes personales patológicos además de realizar un buen diagnóstico diferencial para llegar a un diagnóstico acertado.

Palabras clave

Mesenteric Vascular Occlusion, Abdominal Pain

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Úlceras por decúbito de tórpida evoluciónGarcía Martín P¹, Domínguez Zorrero I², Trujillo Díaz N¹¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Moguer. Huelva² Médico de Familia. CS Moguer. Huelva**Ámbito del caso**

Atención Primaria, cirugía vascular y nefrología.

Motivo de la consulta

Úlceras en miembros inferiores en paciente denunciada.

Historia Clínica

Paciente que presenta úlceras con escara necrótica en miembros inferiores con mala evolución a pesar de curas por parte de enfermería y tratamiento antibiótico. Valoramos su entorno no siendo congruente las lesiones con su ritmo de vida. Esto despertó nuestra atención y se solicitó valoración por cirugía vascular, que hace diagnóstico de úlceras por presión. Pasados unos días la paciente presenta cuadro de hematuria tratada con ciprofloxacino por sospecha de ITU. La paciente comienza con disminución la ingesta de sólidos y líquidos por lo que solicitamos una analítica general objetivándose insuficiencia renal aguda con creatinina 5.5, urea 168, eFG 8ml/min, K 5.6, proteinuria 300 mg/dl, hematuria y leucocituria por lo que es derivada al hospital de referencia donde ingresa en nefrología. Amplían estudio con pANCA y antiMPO + y exudado úlcera con estafilococo aureus meticilinresistente.

Enfoque individual: Mujer de 73 años con antecedentes personales de SCASEST enfermedad bivaso revascularizada en 2013, demencia de cuerpos de Lewy diagnosticada en 2016 y dislipemia. Dependiente para ABVD, necesita ayuda para deambular. En tratamiento con Ivabradina 5 mg/12 h, atorvastatina 40 mg,

omeprazol 20 mg, rotigotina 2 mg, rivastigmina 4.5 mg/24 h, AAS 100 mg.

Enfoque familiar y comunitario: Buen apoyo familiar, correctamente cuidada, no encamada, lo que nos puso en alerta ante la mala evolución de la paciente.

Juicio clínico: poliangeítis microscópica.

Diagnóstico diferencial: úlceras por presión, arteriopatía periférica, granulomatosis de Wegener, pielonefritis aguda.

Tratamiento, planes de actuación: Debido al estado de la paciente se descarta tratamiento depurativo extrarrenal y se trata con rituximab.

Evolución: Empeora la función renal y presenta dos episodios de rectorragia falleciendo finalmente.

Conclusiones

Nuestra labor es fundamental para ver al paciente de forma global y valorar su entorno. Conocemos datos que otros especialistas no pueden obtener, gracias al seguimiento diario en consulta y en domicilio. La poliangeítis microscópica es una vasculitis de pequeños vasos que se suele presentar como glomerulonefritis necrótica, vasculitis cutánea, digestiva y hemorragia alveolar. El pronóstico no suele ser Bueno siendo una enfermedad de difícil diagnóstico

Palabras clave

Pressure Ulcer, Vasculitis, Dementia

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Viene por dolor en el pie...y lo derivamos al dermatólogoRodas Díaz M¹, Natera Martín MA²¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Torrox. Málaga² Médico de Familia. UGC Torrox. Málaga**Ámbito del caso**

Atención Primaria, Dermatología, Cirugía plástica y reparadora.

Motivo de la consulta

Consulta por dolor en pie y observamos lesión cutánea.

Historia Clínica

Varón de 87 años que consulta por dolor en pie izquierdo. Hablando con él observamos lesión en ala nasal izquierda hacia canto interno del ojo. Intervenido de carcinoma espinocelular (2009), hace seis meses se vio nueva lesión en misma zona.

Exploración: lesión 1.5 cm escamosa con costra, compatible con carcinoma espinocelular. Se deriva a dermatología que a su vez deriva a cirugía plástica, con diagnóstico de recidiva carcinoma en cicatriz resección previa. Exploración: distorsión párpado por cirugía previa, cicatrices de colgajo frontal, lesión ulcerada sobre cicatriz en surco nasogeniano con adherencia a plano óseo. MOEs normales. TAC cráneo/cuello: Lesión partes blandas en canto interno ojo izquierdo, 13x15mm, junto con lesión más aplanada hacia ala nasal izquierda, irregular, sugestiva de recidiva. Posible infiltración ósea en etmoides. Globo ocular y resto de estructuras orbitarias no parecen afectos. No adenopatías de tamaño radiológicamente significativo. Tras ser valorado en Comité de Tumores: exenteración o cirugía conservadora con escasas posibilidades de márgenes libres siendo necesaria RT posterior con pérdida de visión. Paciente y familia deciden exenteración orbitaria ampliada.

Enfoque individual: No alergias medicamentosas. HTA. Hernia de hiato. IQ:

Carcinoma espinocelular en párpado de ojo izquierdo, Cataratas bilateral, Apendicectomía.

Enfoque familiar y comunitario: Núcleo familiar normofuncionante. Viudo. Dos hijas. Jubilado. Dedicado a la agricultura.

Juicio clínico: Recidiva carcinoma espinocelular.

Problemas: cirugía conservadora + RT con pérdida de visión secundaria VS cirugía radical "exenteración orbitaria" (aceptación del paciente de falta de globo ocular izquierdo).

Tratamiento, planes de actuación: Intervención quirúrgica.

Evolución: Se realiza exenteración orbitaria izquierda+ampliada a hemipirámide nasal+apófisis ascendente maxilar y pared medial orbitaria hasta agujeros etmoidales anteriores en monobloque. Al alta a las 48 horas indican reposo relativo, no agacharse ni coger peso, amoxicilina 875mg/clavulánico 125mg 1/8 horas 7 días, paracetamol si dolor, omeprazol 20 mg/24 horas, revisión en 48 horas para cura en consulta de cirugía plástica.

Conclusiones

Podemos apreciar el papel clave del Médico de Familia en la valoración integral del paciente. Si estamos atentos nos encontraremos síntomas o signos de alarma que nos permitan diagnosticar tanto patologías banales como graves y que nada tengan que ver con la duda transmitida por el paciente.

Palabras clave

Ulcer, Squamous Cell Carcinoma

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Cefalea como forma de presentación de cáncer de pulmónMartin-Oar María-Tomé I¹, Del Trigo Manuel¹, González Lorenzo D²¹ Médico de Familia. CS Ntra S^a Oliva. Alcalá de Guadaíra (Sevilla)² Médico de Familia. CS San Cecilio. Los Palacios (Sevilla)**Ámbito del caso**

Atención Primaria, Urgencias, Neumología, Oncología.

Motivo de la consulta

Cefalea.

Historia Clínica

Varón de 63 años, fumador y bebedor crónico que consulta en Atención Primaria por cefalea progresiva de 2-3 semanas de evolución, de predominio occipital e intensidad creciente, que interrumpe el descanso nocturno. Se acompaña de ligera inestabilidad de la marcha, astenia y anorexia. Al ser interrogado, refiere tos seca y disnea de esfuerzo progresiva de un mes de evolución.

Enfoque individual: Fumador de 20-30 cigarrillos diarios desde hace 50 años. Enolismo crónico. Hipertensión arterial, dislipemia, claudicación intermitente y síndrome ansioso. Sin antecedentes broncopulmonares. Tratamiento: Simvastatina, Diazepam, Enalapril, AAS.

Exploración: deterioro del estado general, delgadez. Auscultación: aceptable murmullo vesicular bilateral, sin ruidos patológicos. Saturación de hemoglobina al 97%. Exploración neurológica: Consciente y orientado; lenguaje y funciones superiores sin alteraciones; pupilas isocóricas y normorreactivas; movimientos oculares normales; fuerza y sensibilidad conservadas; no diplopía, no nistagmo, no clara disimetría; ligera inestabilidad de la marcha. Radiografía de tórax: Nódulo parahiliar derecho con mediastino engrosado. TC cráneo-tórax Abdomen: Nódulo pulmonar en lóbulo superior derecho con adenopatías mediastínicas; metástasis cerebrales parietal izquierda y en lóbulo cerebeloso izquierdo. Mediante fibrobroncoscopia y anatomía

patológica se confirma un carcinoma pulmonar microcítico.

Enfoque familiar y comunitario: Sin antecedentes familiares de interés. Enolismo crónico.

Juicio clínico: Carcinoma pulmonar microcítico con metástasis cerebrales.

Haremos el diagnóstico diferencial de cefalea con signos de alarma con los síntomas y signos asociados, valorando orígenes neoplásico, infeccioso-inflamatorio, tuberculoso, vascular, traumatológico.

Tratamiento, planes de actuación: Se deriva al paciente a Neumología. Tras el diagnóstico y la estadificación se remite a Oncología para quimioterapia.

Evolución: Mejoría de la cefalea y la inestabilidad tras inicio de corticoides.

Conclusiones

El carcinoma microcítico de pulmón ocurre casi exclusivamente en fumadores y es la variante más letal por su gran capacidad de metastatizar, encontrándose metástasis cerebrales en un 20-30% al diagnóstico. Esto provoca que estos pacientes en ocasiones consulten por síntomas neurológicos como cefalea, crisis epilépticas o focalidad neurológica, pudiendo pasar desapercibidos los síntomas generales o respiratorios. Es labor del Médico de Familia la promoción de la abstinencia tabáquica y el seguimiento de los pacientes fumadores, así como estar alerta ante síntomas neurológicos en estos pacientes para sospechar e indagar síntomas/signos que orienten a un posible origen neoplásico.

Palabras clave

Lung Neoplasms, Headache

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Un caso de varicela en adultos

Benítez Torres G, Pedrosa Arias M, Liu Qiu C

*Médico de Familia. CS La Zubia. Granada***Ámbito del caso**

Atención Primaria y hospitalaria.

Motivo de la consulta

Varicela con malestar general.

Historia Clínica

Paciente de 31 años diagnosticada hace 2 días de varicela. Acude a urgencias por persistencia de fiebre y malestar general. Presenta lesiones dérmicas en diferentes estadios evolutivos por toda la superficie corporal, eritematosas, vesiculosas y pruriginosas. En urgencias presenta deterioro del estado general con episodio presincopeal y bradipsiquia, recuperándose completamente tras unos minutos. Posteriormente comienza con movimientos anormales y erráticos, con posición en opistótonos del cuello y dorso y rigidez intensa de nuca, cediendo parcialmente tras diazepam repitiendo en dos ocasiones más. Paciente consciente intercrisis. No emite sonidos pero comprende órdenes y colabora en ellas. Valorada por Medicina Interna que, previo a la tercera crisis, realiza punción lumbar y TC craneal. Durante la tercera crisis se avisa a UCI. Permanece en estado comatoso sin recuperar nivel de conciencia por lo que se decide IOT.

Enfoque individual: Antecedentes personales: NAC en LID en 2014, Conización con 15 años, SOP. Fumadora (1-2 cigarrillos/día). Bebedora en fin de semana. Consumo ocasional de cocaína.

Exploración: Hemodinamicamente estable. AC: Rítmica AR: Murmullo vesicular conservado. Abdomen blando y depresible, no doloroso.

Pruebas complementarias: Analítica: Sin alteraciones significativas. PCR: 25. Bioquímica LCR: glucosa50; ADA15; proteínas totales60; hematíes65; leucocitos5. TC cráneo: En la fosa

posterior ligero descenso de la amígdala cerebelosa derecha en agujero occipital, en relación con Chiari tipo I. EEG: Sin hallazgos epileptógenos.

Enfoque familiar y comunitario: Italiana, vive en España hace 8 años. Camarera en paro. Vive sola, tiene un hijo de 6 años cuya custodia comparte con su expareja. Pareja actual en institución penitenciaria. Familia en Italia.

Juicio clínico: Encefalitis por Virus Varicela Zoster.

Tratamiento, planes de actuación: Aciclovir 750 mg iv/8h. Levetiracetan. Propofol. Fentanest.

Evolución: Tras 3 días en UCI retira la sedación. Se inició estudio de inmunosupresión. En el momento de enviar esta comunicación, continua en UCI y los estudios pendientes. Posteriormente, dos días después, se procedió a retirar la sedación y la intubación de la paciente con éxito. Tras 4 días ingresada en planta, a cargo del Servicio de Neurología, fue dada de alta con recuperación total de las funciones neurológicas y citada para seguimiento y valoración de la posibles secuelas que pudieran haber ocurrido.

Conclusiones

La varicela es una enfermedad común en niños que no suele cursar con complicaciones, siendo las más frecuentes las sobreinfecciones bacterianas. En adultos aumenta la probabilidad de complicaciones como neumonía, encefalitis o hepatitis, siendo aún más frecuentes en inmunodeprimidos. Por tanto, es necesario vigilar estrechamente estos pacientes.

Palabras clave

Encefalitis, Varicela, Inmunodeprimidos

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Síntomas inespecíficos. ¿Escoden algo detrás?Sánchez Torres E¹, Ruiz García E², Ureña Arjonilla ME³¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS José Barneo. Torredonjimeno (Jaén)² MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Valle. Jaén³ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Mancha Real. Jaén.**Ámbito del caso**

En Atención Primaria.

Motivo de la consulta

Epigastralgia, astenia, sensación de inflamación abdominal y mialgias desde hace dos meses.

Historia Clínica

Mujer de 50 años con antecedentes: migraña, cataratas ojo derecho, pies cavos y mioma uterino. No toma tratamiento habitualmente. Acude a nuestra consulta desde hace dos meses por epigastralgia no continua que en ocasiones se irradia hacia espalda y tórax, mas después de las comidas con nauseas asociadas. Afebril, no vómitos, en ocasiones diarrea de alguna deposición aislada. Iniciamos tratamiento con omeprazol 20 mg/ 24 h y a doble dosis, otilonio bromuro l 1/12 h y analgesia sin mejoría. A los dos meses en una consulta comienza a llorar y nos cuenta el problema que lleva padeciendo su hijo en el instituto desde hace meses.

Exploración física: sensación de inflamación a la palpación generalizada del abdomen, resto normal. Analítica completa con anticuerpos sin alteraciones. Radiografía de tórax y ecografía de abdomen normal.

Enfoque individual: fumadora de un paquete diario, ama de casa.

Enfoque familiar y comunitario: familia binuclear. Divorciada por sufrir violencia de género por su expareja, con el cual tiene un hijo. Casada recientemente, dos hijos de actual

marido. Uno de sus hijos de 13 años es transexual y en el colegio recibe desde hace meses bullying.

Juicio clínico: Síndrome de ansiedad generalizada secundario a problema familiar.

Diagnóstico diferencial: síndrome depresivo, hernia de hiato, pancreatitis crónica, tumor abdominal, patología ginecológica.

Tratamiento, planes de actuación: Se pauta ansiolítico y antidepresivo a la paciente y se reevalúa cada semana en consulta. Se contacta con trabajadora social y pediatra para explicar el caso.

Evolución: La paciente evoluciona favorablemente con respecto a su sintomatología, aunque sigue en trámite de que el problema de su hijo en el instituto tenga una solución pronto.

Conclusiones

Muchas veces nos centramos en patología orgánica general sin tener en cuenta la funcional. Es muy importante siempre preguntar si en el domicilio, en el trabajo o en la familia existe algún problema y si es así como podemos prestarle nuestra ayuda. Es fundamental nuestra aportación como médicos de familia en el aspecto psicosocial.

Palabras clave

Ansiedad, Bullying, Dolor Abdominal

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Somnolencia en paciente pluripatológico y polimedicado

Expósito Montes T, Sánchez Ramos MS, García Ortega C

*Médico de Familia. CS San José. Linares (Jaén)***Ámbito del caso**

Urgencias extrahospitalarias y hospitalarias.

Motivo de la consulta

Somnolencia.

Historia Clínica

Paciente de 87 años, cuya familia solicita los servicios del DDCU (DDCU) por presentar desde hace pocas horas somnolencia; siendo necesaria la sobre estimulación para que responda. Se decide mandarla al Servicio de Urgencias para estudio más exhaustivo y tratamiento. Entre los antecedentes personales destacan hipertensión arterial (HTA), EPOC con oxígeno domiciliario y depresión en tratamiento antidepressivo. No tiene alergias medicamentosas conocidas. La paciente se encuentra en tratamiento habitual con carvedilol, mirtazapina, lecardipino, furosemida, rosuvastatina, losartan, espirolactona, tovanor, anoro, AAS, paroxetina, omeprazol, indapamida y lorazepam. En urgencias se le realiza exploración neurológica y sistémica completa sin hallazgos significativos. No presenta focalidad neurológica y las constantes a su llegada son normales. Se solicita electrocardiograma, hemograma, bioquímica, gasometría y sistemático y tóxicos en orina; todos ellos anodinos. A su llegada se le pauta oxigenoterapia y flumazenilo intravenoso, refiriendo la paciente mejoría clínica significativa tras la administración del flumazenilo.

Enfoque individual: Explicar a la paciente la correcta utilización y posología de los fármacos.

Enfoque familiar y comunitario: Un mayor control de los fármacos que la paciente ingiere,

así como un manejo de la paciente como un todo.

Juicio clínico: intoxicación por benzodiazepinas. Para el diagnóstico diferencial pensamos en orientarlo hacia tres posibilidades principalmente; en primer lugar un posible ICTUS por la HTA que padece la paciente, en segundo lugar la posibilidad de que la paciente este reteniendo dióxido de carbono y en tercer lugar en el efecto secundario o sobredosis farmacológica.

Tratamiento, planes de actuación: Revisión por su médico de Atención Primaria, haciendo hincapié en la conciliación de la medicación y patología que la paciente presenta. Será necesaria también una intervención psicosocial, hablando con los familiares y/o cuidadores de la paciente. Para ello se podrá contar con un equipo integrado por trabajador social, médico y enfermero responsable de la paciente.

Evolución: La paciente evoluciona correctamente.

Conclusiones

Queremos hacer hincapié en la importancia de realizar una anamnesis pormenorizada y sistemática. Conciliar el tratamiento farmacológico del paciente con las patologías activas. Todo ello encuadrado en un uso racional de los medicamentos y estudio completo de la familia y ambiente (cuidadores principales, seguimiento/necesidad de tratamientos/dosis de fármacos).

Palabras clave

Atención al anciano, Polimedicado, Pluripatológico

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Hallazgo casualGarcía Flores AG¹, Palomares Torres N², Rodríguez Blázquez M³¹ Médico de Familia. Ambulatorio La Puerta de Segura. ZBS Orcera. Jaén² Enfermera. Servicio de Traumatología/neurología. Hospital La Mancha Centro. Alcázar de San Juan (Ciudad Real)³ Médico de Familia. Ambulatorio Siles. ZBS Orcera. Jaén**Ámbito del caso**

Atención Primaria y especializada.

Motivo de la consulta

Paciente de 25 años que llega a la consulta con cuadro de dolor en ambas fosas renales de 24 horas de evolución que se irradia hacia hipogástrico.

Historia Clínica

Consulta por cuadro de dolor en ambas fosas renales que se irradia hacia hipogástrico, sin náuseas, ni vómitos, hábito intestinal normal, heces sin productos patológicos, no molestias al orinar, afebril.

Enfoque individual: Sin antecedentes personales y familiares de interés. Menarquia a los 13 años, sin embarazos. Auscultación cardiorrespiratoria normal. Abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación en hipogástrico, no masas ni megalias, puño Percusión renal bilateral negativa, no dolor a la exploración de la columna. Combur normal, se solicita analítica sin alteraciones y radiografía de abdomen donde se aprecia imagen a nivel de ovario derecho de unos 3 cm de diámetro con imágenes en su interior que parecen muelas.

Enfoque familiar y comunitario: Paciente soltera que vive con sus padres, buen apoyo familiar.

Juicio clínico: Se sospecha es de teratoma. Hay que hacer diagnóstico diferencial con otros tumores, tanto benignos como malignos, de múltiples órganos extragenitales, del útero y

otros tipos de tumores ováricos, procesos funcionales e inflamatorios ovario poliquístico, quistes foliculares. Como problemas planteamos que se trata de una paciente sin hijos y con deseo de concepción lo que le origina preocupación por el cuadro que presenta.

Tratamiento, planes de actuación: Se deriva a la paciente a ginecología donde realizan ecografía, TAC y analítica con marcadores tumorales. Se confirma el diagnóstico y se manda al servicio de ginecología del Hospital San Juan de la Cruz.

Evolución: La paciente está en espera de cirugía.

Conclusiones

Los tumores del ovario constituyen el tercer grupo de tumores benignos y malignos de la mujer. La experiencia de la clínica revela la alta incidencia de tumores de ovario en la etapa del climaterio. Su importancia radica en que los tumores benignos del ovario pueden llegar a malignizarse. Además el diagnóstico precoz es casi imposible, son asintomáticos y se descubren como hallazgos casuales. El teratoma maduro se trata de un tumor benigno que contiene diversas clases de tejidos benignos incluyendo los huesos, el pelo y los dientes. Se cura al paciente mediante la extirpación quirúrgica.

Palabras clave

Teratoma, Tumores Ováricos, Dolor Abdominal

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Melanocitosis óculodérmica. A propósito de un casoMatamoros Contreras N¹, Márquez Martínez A², Valenzuela Cortés M³¹ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC La Merced. Cádiz² MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Cayetano Roldán. San Fernando (Cádiz)³ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Loreto Puntales. Cádiz**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

Motivo de la consulta

Mancha en zona malar y periocular.

Historia Clínica

Lactante de 8 meses que consulta para valoración de mácula en zona malar y periocular que presenta desde el nacimiento, pero que ha presentado un oscurecimiento progresivo. No presenta alteraciones en el desarrollo ni otras anomalías. Su estudio de audiometría al nacimiento fue normal. Durante la exploración se aprecian máculas de coloración azul-grisácea moteada de predominio periocular derecho. También observamos en ojo derecho una coloración blanco grisácea conjuntival en zona temporal superior. Ante estos hallazgos derivamos al paciente a Oftalmología para valoración, en cuya exploración se vio también una dudosa endotropía con ojo izquierdo dominante, sin otros hallazgos más que la pigmentación conjuntival grisácea en ojo derecho. Fue derivado a la consulta de estrabismo para valoración y seguimiento, y aunque al diagnóstico impresionaba más de un nevus conjuntival, no se podían descartar otras patologías. Volvemos a ver al paciente en Pediatría en Atención Primaria y decidimos derivar a Dermatología. En esta ocasión, se diagnosticó de Nevus de Ota o Melanocitosis óculo dérmica.

Enfoque individual: Sin enfermedades médico-quirúrgicas de interés ni alergias medicamentosas conocidas.

Enfoque familiar y comunitario: Padres originales de Bolivia, desde hace años viviendo en España.

Juicio clínico: Nevus de Ota o Melanocitosis óculo dérmica. Haremos el diagnóstico diferencial con otros tipos de nevus como el Nevus melanocítico congénito o el Nevus azul. Dado que no presenta otras lesiones cutáneas tipo vascular ni sindrómicas no corresponde al grupo de facomatosis pigmentovasculares.

Tratamiento, planes de actuación: Esta patología requiere seguimiento oftalmológico por su asociación con complicaciones más graves como el glaucoma o el melanoma. En cuanto al tratamiento estético más utilizado es el láser. Es frecuente el oscurecimiento progresivo de la lesión.

Evolución: El paciente permanece asintomático.

Conclusiones

El diagnóstico del nevus de Ota es realizado en la mayoría de los casos por el dermatólogo, dado que la pigmentación hemifacial es el primer signo apreciado por el paciente. Su importancia radica, y por ello es tan importante conocer esta patología, en la asociación a lesiones con potencial maligno, como el melanoma uveal. Es importante que estos pacientes realicen un seguimiento oftalmológico anual que incluya estudio de presión intraocular y fondo de ojo.

Palabras clave

Nevus, Glaucoma, Melanoma

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Más allá de la clínica

Ruiz García E¹, Ortega García G², Sánchez Torres E³¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Valle. Jaén² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Felipe. Jaén³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Torredonjimeno (Jaén)**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

Motivo de la consulta

Cefalea occipital. Rinorrea amarillenta ocasional. Astenia, apatía. Sensación febril no termometrada.

Historia Clínica

Mujer, 28 años de edad, acude por primera vez a consulta con los síntomas anteriormente descritos de 15 días. Presenta una actitud distante, nerviosa y desafiante ante las preguntas que le formulamos. Solicita prescripción antibiótica para alivio de su sintomatología. Exploración física anodina.

Enfoque individual: Vive en pareja desde hace cinco años y tiene una hija de 5. Trabaja de cocinera en un bar, negocio de su suegro, fallecido hace 4 años. También trabaja con su cuñada. Su pareja está pendiente de juicio por la custodia de su hijo de 7 años, fruto de una relación anterior (divorciado hace 6 años). Nuestra paciente mantiene muy buena relación con su madre que vive en la misma ciudad y de la que recibe un gran apoyo.

Enfoque familiar y comunitario: Familia nuclear con parientes próximos. Se encuentra en la fase IIA (extensión) del ciclo vital familiar. APGAR. (moderadamente disfuncional). Tras la muerte del suegro (jefe) hace 4 años, la relación con su cuñada se deteriora produciéndose cambios en el ámbito laboral. La relación entre su hija y su hermanastro es distante, a ambos les cuesta adaptarse a la nueva situación familiar.

Juicio clínico: Sinusitis. Catarro vías altas. Cefalea tensional. Síndrome depresivo. Síndrome ansioso.

Tratamiento, planes de actuación: En primera consulta realizamos prescripción analgésica y dada la desconfianza mostrada, aporta escasa información, citamos en consulta programada (realizar adecuada entrevista clínica y revisión de su patología).

Evolución: En la consulta de revisión refiere persistencia cefalea. Durante el transcurso de la entrevista, cambia de actitud, se muestra frágil, llanto fácil y gran componente emocional. Acordamos en realizar intervención familiar. Tras dos sesiones, la relación entre los miembros evoluciona satisfactoriamente y nuestra paciente mejora claramente su sintomatología sin necesidad de prescripción de psicofármacos.

Conclusiones

Entrevista familiar, actividad compleja que capta creencias, normas y reglas que definen la familia y sus relaciones afectivas. Intervención familiar se plantea cuando los cambios (Ciclo Vital Familiar) no son sistemáticos porque el patrón emocional no promueve el paso al estadio siguiente. Así, el Médico de Familia es el único que puede conocer los datos de una familia, obtener información de sus miembros y sus relaciones a lo largo de varias generaciones.

Palabras clave

Intervención familiar, Ciclo vital, Entrevista clínica

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Doctora, no aguanto el picor y ahora también tengo ampollasRodas Díaz M¹, Zambrano Serrano L¹, Martín Gallardo M²¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Torrox. Málaga² Médico de Familia. FEA Servicio Urgencias Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga**Ámbito del caso**

Atención Primaria, Dermatología, Medicina Interna.

Motivo de la consulta

Prurito.

Historia Clínica

Paciente mujer de 77 años que presenta prurito generalizado, sin lesiones dérmicas evidentes. Diagnosticada de xerostosis se pauta dosis nocturna de antihistamínico e hidratación dérmica. A los 3 meses máculas eritematosas en escote y posteriormente lesiones ampollas de contenido claro.

Enfoque individual: No alergias medicamentosas. DM no insulino dependiente. DLP. HTA. Infección crónica por VHC. Síndrome depresivo. Deterioro cognitivo tipo Alzheimer. Pesario por prolapso uterino. Tratamiento habitual: Vildagliptina 50 mg/12 horas, Gliclazida 30 mg 2 comp/día, Simvastatina 10 mg/24 horas, Hidroxicina 25 mg/día, AAS100 mg/24 horas, Qudix (quetiapina) 25 mg 2 comp/8 horas, Memantina 20 mg/24 horas, Paracetamol a demanda, Diazepam si ansiedad.

Enfoque familiar y comunitario: Núcleo familiar normofuncionante, buen apoyo. Casada. Cuidador principal: marido. 2 hijos.

Juicio clínico: Lesiones ampollas. Penfigoide ampollas. Enfermedad ampollas adquirida.

Problemas: deterioro cognitivo de la paciente que le impiden comprender la situación actual, con mala adaptación al prurito con escasa respuesta a tratamiento.

Tratamiento, planes de actuación: Derivación a dermatología.

Evolución: En dermatología es diagnosticada de penfigoide ampollas pautando deflazacort y posteriormente calamina (loción). Continúa revisiones por Médico de Familia y dermatólogo 1-2 veces/semana, sin respuesta a múltiples tratamientos, incluidos varios ciclos de corticoides (pendiente de estudio enzimático para inicio de inmunosupresores). Presenta descompensación diabética precisando inicio de insulino terapia (bolos insulina "rápida") persistiendo glucemias >500 mg/dl. No asume la patología actual (situación agravada por su deterioro cognitivo previo), con dolor de difícil control e imposibilidad para el descanso. Empeoramiento importante de lesiones ampollas, principalmente en miembros inferiores, más en izquierdo, con rotura de ampollas, asociando úlceras con importante pérdida de continuidad dérmica. Tras contactar telefónicamente con dermatólogo e internista de guardia se deriva para ingreso hospitalario con el fin de estabilizar ambas patologías (penfigoide ampolla y descompensación diabética). Durante el ingreso agravamiento de lesiones ampollas muy dolorosas con afectación del estado general, precisando análogo-sedación (infusión remifentanilo). Finalmente se acuerda con familiares no RCP ni instauración de medidas adicionales. Se produce el éxito de la paciente a los 5 días del ingreso.

Conclusiones

No olvidar la importancia del seguimiento por el Médico de Familia (independientemente de revisiones con otros especialistas) por la posible aparición de otras complicaciones (en nuestro caso la descompensación diabética secundaria a corticoterapia) que pueden empeorar el pronóstico del paciente.

Palabras clave

Pruritus, Blisters, Bullous Pemphigoid

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Doctora huelo a gasUreña Arjonilla ME¹, Sánchez Torres E², Ruiz García E³¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Mancha Real. Jaén² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS José Barneo. Torredonjimeno (Jaén)³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Elvalle. Jaén**Ámbito del caso**

Atención Primaria. Neurocirugía.

Motivo de la consulta

Síncope.

Historia Clínica

Mujer de 56 años que acude por síncope en su domicilio. Nos comenta que justo antes ha sentido un fuerte olor a gas. Ante nosotros presenta otro síncope. Electrocardiograma: Bradicardia sinusal a 35 lpm, se administran 2 bolos de atropina y se traslada a Urgencias Hospitalarias. Allí presenta un episodio de FA mal tolerada y se procede a ingreso en Cardiología. Es dada de alta con medicación a domicilio

Enfoque individual: Después del alta consulta en múltiples ocasiones por diversos síntomas: Reflujo gastroesofágico, vértigo, bajo estado de ánimo. Se encuentra con bajo ánimo por lo que le ha pasado anteriormente y situación económica difícil, nos comenta que tiene miedo, que cree que algo malo le va a ocurrir. Se prescribe tratamiento antidepresivo y se cita en consultas programadas para ver evolución. Se realizan analítica donde Hemograma, Bioquímica, LDH, PCR, VSG, Antígeno carcinoembrionario son anodinos. Un día acude por cefalea y diplopia lateral derecha de minutos de duración la noche anterior. En el momento se encuentra asintomática. Exploración neurológica: Glasgow 15, sin focalidad. Pupilas Isocóricas y normorreactivas. Sin signos meníngeos. Reflejos normales. Romberg negativo, Pares craneales conservados. Fuerza y sensibilidad normales. No alteraciones de la marcha ni del lenguaje. Fondo de ojo normal. Al día siguiente acude a

Urgencias por empeoramiento de la cefalea y vómitos, dados los antecedentes de la paciente se decide derivar a Urgencias Hospitalarias. Tac craneal: Masa ocupante del espacio en hemisferio derecho con borramiento de ventrículo homolateral. Probable glioblastoma multiforme. Se ingresa a cargo de Neurocirugía

Enfoque familiar y comunitario: Familia nuclear. 3 hijas, 2 de ellas viven en domicilio familiar, la mayor vive en la casa de alado con su marido y su hijo.

Juicio clínico: Tumor cerebral.

Diagnóstico diferencial: Depresión, Fibrilación auricular, Síncope, Cefalea.

Tratamiento, planes de actuación: Intervención quirúrgica.

Evolución:

La paciente fallece una semana después de la intervención.

Conclusiones

Es difícil para nosotros el enfrentarnos a la muerte de una paciente que ha acudido tantas veces a nuestra consulta. Tenemos un papel fundamental en el proceso de duelo que va a sufrir la familia. Es esencial tener unas buenas herramientas de comunicación para poder lidiar con estas situaciones. En la consulta diaria vamos a tener pacientes en los que debemos ampliar nuestro diagnóstico diferencial para ir más allá.

Palabras clave

Depresión, Glioblastoma, Comunicación

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

El dolor pleurítico como síntoma de tromboembolismo pulmonar

Delgado Rodríguez MA; Olivares Loro AG, Anillo Gallardo RM

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Dr Joaquín Pece. San Fernando (Cádiz)

Ámbito del caso

Atención Primaria, posterior ingreso en Medicina Interna.

Motivo de la consulta

Dolor costal.

Historia Clínica

Mujer de 65 años que consulta por dolor costal derecho de tres días de evolución, de características pleuríticas que no cede con analgesia. Comenta que aumenta con la inspiración y el movimiento. No cuadro catarral previo ni traumático, no disnea.

Enfoque individual. Antecedentes personales: No RAMc, HTA en tratamiento. Intervenido recientemente de safenectomía con buena evolución.

Exploración: ACP: tonos rítmicos sin soplos, mvc sin ruidos sobreañadidos. MMII sin edemas ni signos de tvp. FC 80 SatO₂ basal 96%

Pruebas complementarias: Rx tórax: se aprecia pequeña opacidad en forma de cuña en seno costofrénico derecho (Joroba de Hampton), compatible con infarto pulmonar. En TC tórax con contraste se confirma el diagnóstico de tromboembolismo pulmonar. La paciente ingresa en Medicina Interna. Analítica con dímero D 4.3 ng/ml. ECG normal.

Enfoque familiar y comunitario: Se trata de una mujer casada sin hijos, de nivel socio-económico alto.

Juicio clínico: Tromboembolismo pulmonar derecho.

Diagnóstico diferencial: neumotórax, contractura muscular, disección aórtica, rotura esofágica.

Tratamiento, planes de actuación: Se pauta anticoagulación y se realiza estudio de coagulación que resulta normal.

Evolución: Favorable tras tratamiento, deberá seguir con anticoagulación oral de por vida.

Conclusiones

El tromboembolismo pulmonar es una enfermedad potencialmente mortal. El diagnóstico no es fácil, pues a menudo existen pocos signos que nos puedan orientar. Se debe sospechar en paciente con clínica de disnea y/o dolor torácico. El signo electrocardiográfico más común, patrón S1Q3T3, es muy específico pero poco sensible. La determinación en sangre del dímero D tiene un alto valor predictivo negativo para descartar el TEP. Más del 70% de los pacientes con TEP presentan trombosis venosa profunda (TVP). Generalmente el TEP es causado por el sinergismo de varios factores tanto de riesgo como predisponentes, que se pueden dividir en genéticos (trombofilias), adquiridos y circunstanciales. Como médicos de familia, ante un dolor pleurítico debemos realizar un buen diagnóstico diferencial y descartar las patologías más importantes como neumotórax o TEP.

Palabras clave

Pulmonary embolism

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Anabolizantes y fibrilación auricular. A propósito de un casoSerrano Baena C¹, Serrano Baena M², Pedrosa del Pino M³¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Bulevar. Complejo Hospitalario. Jaén² Médico de Familia. Hospital Valle del Guadalhorce. Málaga³ Médico de Familia. Hospital Clínico Virgen de la Victoria. Málaga**Ámbito del caso**

Hospitalaria, urgencias.

Motivo de la consulta

Palpitaciones en varón joven.

Historia Clínica

Varón de 27 años que acude al Servicio de Urgencia por presentar sensación de palpitaciones con dolor torácico leve, de unas cuatro horas de evolución. Sin disnea ni cortejo.

Enfoque individual: Sin alergias medicamentosas conocidas. No hábitos tóxicos. No enfermedades de interés ni intervenciones quirúrgicas.

Exploración física: Constantes normales. Afebril, buen estado general. Eupneico en reposo. Auscultación cardíaca y pulmonar: taquiarritmia sin ruidos respiratorios.

Pruebas complementarias: Radiografía de tórax normal. Analítica sanguínea anodina salvo mínima insuficiencia renal (creatinina 1.4). Electrocardiograma: fibrilación auricular con respuesta ventricular rápida a 150 latidos por minuto.

Enfoque familiar y comunitario: vive con sus padres. Familia de clase media.

Juicio clínico: Fibrilación auricular con respuesta ventricular rápida.

Tratamiento, planes de actuación: Ingresa en observación donde se revierte a ritmo sinusal

con flecainida. Chadvasc2 puntuación cero. Alta con cita para Cardiología, tras curva enzimática negativa.

Evolución: El paciente vuelve a la urgencia en otras 2 ocasiones más en los siguientes cinco días por cuadros similares. Siempre revirtiendo a ritmo sinusal sin dificultad con flecainida y persistiendo mínima insuficiencia renal. El paciente lo relaciona a discusiones con su pareja. Se rehistoria haciendo hincapié en hábitos tóxicos. Niega consumo de cocaína. Ante su complejidad atlética se pregunta por suplementos de gimnasio. Termina confesando que consume proteínas y anabolizantes esteroideos habitualmente. Se cursa cita para unidad de arritmias y se insta al paciente a abandonar el consumo de anabolizantes.

Conclusiones

Este caso demuestra la importancia de realizar una historia clínica completa y minuciosa, enfocada a cada caso e individualizada. A veces los pacientes ocultan información por distintos motivos como vergüenza u olvido por no considerar el dato de importancia. Debemos ser capaces de saber acceder a esa información, siendo imprescindible buena habilidad comunicativa para la anamnesis. Hay casos descritos recientemente de fibrilación auricular en relación a consumo de esteroides anabolizantes. Es importante estar al día de las novedades Médicas.

Palabras clave

Atrial Fibrillation, Steroids, Chest Pain

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

No nos confundamos

Fernández Zambrano M, Reviriego Mazaira S, Navarro Robles C

Médico de Familia. CS Las Lagunas, Mijas. Málaga

Ámbito del caso

Urgencias.

Motivo de la consulta

Dolores musculares y dolor costal derecho.

Historia Clínica

Paciente de 49 años que presenta desde hace 10 días dolores musculares, molestias faríngeas y dolor costal derecho.

Enfoque individual. Antecedentes personales: Exfumador. Hipertenso, diabetes mellitus tipo 2, obesidad mórbida, Hiperlipemia, esteatosis hepática.

Anamnesis: Paciente que acude a Urgencias por dolor musculares generalizados, de 10 días de evolución. Refiere que acudió a urgencias del Hospital hace 3 días donde fue valorado y dado de alta con diagnóstico de viriasis. El paciente refiere que se está encontrando cada peor con molestias faríngeas, más asténico y dificultad para caminar. Refiere dolor a nivel costal derecho con electrocardiograma y radiografía tórax normal. Afebril.

Exploración: TA 130/80, Saturación: 94%, Temperatura: 36°C, Frecuencia respiratoria: 18. Regular estado general, obesidad mórbida, eupneico en reposo. Auscultación cardiorrespiratoria: Tonos rítmicos, hipofonosis global. Abdomen: Globuloso, no masas, ni megalias. MMI: Edemas en ambos MMII con fóvea hasta rodillas.

Pruebas complementarias: Radiografía Tórax: Infiltrado basal posterior derecho con derrame pleural asociado. *Análítica:* Hemograma- sin alteraciones, Bioquímica- PCR 139.1, resto sin alteraciones, Gasometría venosa- pH 7.45, pCO₂ 42.2 mmHg, pO₂ 50 mmHg, HCO₃ 29.3 mMol/L. Quantiferon TB gold positivo. VIH negativo. Se realiza toracocentesis: 1355 leucocitos (55% -> 90% polimorfonucleares),

glucosa: 42, proteínas 4.9, LDH 3765, adenosina desaminasa (ADA) 100.132, pH: 7,29.

Enfoque familiar y comunitario: El paciente tiene buen soporte familiar, pues vive actualmente con su madre que es el que le ayuda en todo, dado su obesidad. En cuanto a los familiares y convivientes se les debe de hacer un estudio de contacto con Mantoux y actuar dependiendo del resultado de este.

Juicio clínico: Derrame pleural leve derecho con perfil bioquímico sugerente de tuberculoso (TBC) sin histología.

Diagnóstico diferencial: Neumonía adquirida en la comunidad. Derrame paraneumonico no complicado.

Tratamiento, planes de actuación: Se trata al paciente con quimioprofilaxis para la TBC: Rimstar 5compridos en ayunas 30 minutos antes del desayuno, a diario durante 2 meses, posteriormente Rifinah 2comprimidos durante 4 meses.

Evolución: El paciente con el tratamiento antituberculoso ha evolucionado favorablemente y sin molestias en el momento actual.

Conclusiones

El derrame pleural tuberculoso es la causa más frecuente de TBC extrapulmonar en nuestro país y uno de los motivos más habituales de derrame pleural. Casi las dos terceras partes son hombres. Los diagnósticos de certeza tienen limitaciones, la asociación de la adenosina desaminasa y el porcentaje de linfocitos puede ser útil para el diagnóstico.

Palabras clave

Derrame Pleural, Mycobacterium Tuberculosis

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Sedación paliativa en paciente oncológicaGarcía Flores AG¹, Pérez Rivera RA¹, Luciani Huacac LA²¹ Médico de Familia. Ambulatorio Puerta de Segura. ZBS Orcera. Jaén² Médico de Familia. CS Orcera. Jaén**Ámbito del caso**

Atención Primaria y equipo de cuidados paliativos.

Motivo de la consulta

Acuden a nuestra consulta los familiares de una paciente con cáncer de mama en estadio terminal solicitando ayuda porque la paciente presenta un mal control de síntomas.

Historia Clínica

Paciente de 50 años con cáncer de mama en seguimiento oncológica. Tratamiento con quimioterapia hasta el día de la consulta. Presenta metástasis a nivel pulmonar y óseo extenso.

Enfoque individual. Antecedentes de síndrome ansioso depresivo. Se encuentra con dolor generalizado, dificultad para movilizarse, debilidad. No puede tomar alimentos sólidos, presenta trismus lo que le limita la apertura bucal. A lo largo de estos meses se la ha ido tratando, intentando plantearle alternativas para los problemas que le van surgiendo y realizando apoyo psicológico pero es una paciente que no acepta nuestra ayuda.

Enfoque familiar y comunitario: Familia estructurada, paciente casada, con dos hijos que viven en el núcleo familiar.

Juicio clínico: paciente paliativa con cáncer de mama y metástasis múltiples. Nos plantea múltiples problemas es una familia cansada, con culpabilidad, que a pesar del estado de su

madre no aceptan la realidad de la situación y no desean que se sede. Además la misma paciente rechaza que se le ponga tratamiento. Estamos en una zona donde el servicio de paliativos solo nos proporciona apoyo telefónico.

Tratamiento, planes de actuación: Se realiza apoyo familiar intenso. Se les explica que su madre va a estar sedada que les muestren su apoyo y cariño hasta el último momento y cuáles son los síntomas que van a ir apareciendo y como tratarlos.

Evolución: Ante la disminución de conciencia y las continuas muestras de dolor, la familia finalmente acepta sedación paliativa. Se habla con el servicio de paliativos quién nos proporciona infusor que cargamos con morfina, buscapina y midazolam. La paciente fallece en su domicilio 24 horas después rodeada de sus familiares.

Conclusiones

Los cuidados paliativos son una parte esencial e importante en las consultas de atención Primaria. Cada día en nuestras consultas tenemos más pacientes que necesitan de cuidados no para su curación sino para su control de síntomas, de ahí la importancia de tener una buena preparación y conocimientos sobre este tipo de cuidados.

Palabras clave

Cáncer de Mama, Sedación, Cuidados Paliativos

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

¡Nada es lo que parece!Sánchez Fernández EM¹, Rodas Díaz M¹, Trillo Díaz EM²¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Torrox. Hospital Axarquía. Málaga² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. Vélez Norte. Málaga**Ámbito del caso**

Atención Primaria. Urgencias y atención especializada.

Motivo de la consulta

Dolor abdominal y fiebre.

Historia Clínica*Enfoque individual. Antecedentes personales:* sin alergias, Infecciones urinarias de repetición, adenoidectomía. Vacunación correcta.*Anamnesis:* Paciente de 6 años de edad que acude a su CS por cuadro de dolor abdominal asociado a disuria, tenesmo y polaquiuria, se realiza comburt test con leucocitos, eritrocitos y proteínas positivas, se diagnostica de infección urinaria, se pauta amoxicilina-clavulánico, y control en una semana por su pediatra. Durante todo el día continua con síntomas a pesar de tomar paracetamol y 3 tomas de antibiótico. Al día siguiente, comienza con fiebre de 39°C, acudiendo a urgencias hospitalaria.*Exploración:* Regular estado general, no signos meníngeos, ni lesiones petequiales. Cardiopulmonar, orofaringe y oídos sin hallazgos. Abdomen: Blando, depresible, doloroso a la palpación en hipogastrio con defensa voluntaria, sin masas ni megalias, con Blumberg dudoso y puñopercusión renal bilateral negativas. resto normal.*Pruebas complementarias:* Analítica de sangre: destacan leucocitosis de 29000 con neutrofilia de 25000, proteína C reactiva de 160. Orina con leucocitos 25, proteínas 150, eritrocitos de 250 y nitritos negativos. Durante su estancia hospitalaria se intensifica y focaliza el dolor en fosa iliaca derecha. Ecografía abdominal: a

nivel de fosa iliaca derecha se observa un aumento de la atenuación de la grasa con pequeña colección de 2.8 por 2.7 cm adyacente a la cual, apéndice cecal aumentado de tamaño. Hallazgos ecográficos sugestivos de apendicitis aguda evolucionada.

Enfoque familiar y comunitario: Núcleo familiar normofuncional. 1 hermano. Buen apoyo social.*Juicio clínico:* Apendicitis aguda con absceso localizado.*Diagnóstico diferencial:* Pielonefritis aguda, Adenitis mesentérica.*Tratamiento, planes de actuación:* Se consulta con cirugía de guardia que tras valoración decide apendicectomía laparotómica. Comenzando tratamiento con Tazocel y analgesia.*Evolución:* Tras cirugía, se ingresa en planta con antibioterapia, analgesia y medidas de soporte, siendo su evolución favorable, y alta con seguimiento por su pediatra de atención Primaria.**Conclusiones**

A pesar de que el caso apuntaba a una posible pielonefritis, destacar la importancia de la reevaluación y de la exploración que junto con los hallazgos en las pruebas complementarias fue concluyente con el diagnóstico y el tratamiento final.

Palabras clave

Apendicitis, Pyelonephritis, Adenitis

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Taquicardia Ventricular en el deporteBarberán Morales C¹, Montilla Santana JM², Rodríguez González MJ¹¹ Médico de Familia. DDCU Barbate. Cádiz² Médico de Familia. DCCU Puerto de Santa María. Cádiz**Ámbito del caso**Atención Primaria. Urgencias
extrahospitalarias.**Motivo de la consulta**

Síncope de esfuerzo.

Historia Clínica

Paciente joven 32 años que sufre un desvanecimiento en la calle mientras práctica deporte (running). La rápida actuación del equipo de urgencia fue clave para el posterior éxito terapéutico.

Enfoque individual: Sin AP de interés.

Anamnesis: Tres episodios previos de dolor torácico, palpitaciones, diaforesis y pérdida de conciencia de segundos de duración, dos en relación a práctica deportiva y la última tras episodio de estrés psíquico.

Exploración: Normal. EKG: Basal normal. Ergometría: Durante el máximo esfuerzo episodio de TV polimórfica (bidireccional-puntas arriba-abajo).

Enfoque familiar y comunitario: Hermano fallecido súbitamente a los 37 años por causa desconocida.

Juicio clínico: Taquicardia Ventricular Catecolaminérgica.

Diagnóstico diferencial: Causas de Muerte Súbita del Deportista.

Tratamiento, planes de actuación:

Tratamiento: Betabloqueante, bisoprolol cada 12 h.

Planes de Actuación: Ergometría a los tres, seis meses y al año. Se realizó ergometría y estudio cardiológico a 3 hermanos más, así como estudio genético. Siendo negativo en todos, por lo que hacen seguimiento sin tratamiento.

Evolución: El paciente se controló con 5 mg de Bisoprolol cada 12 h. Siendo negativas las ergometrías posteriores así como los estudios de Holter. Sigue haciendo deporte con menor intensidad.

Conclusiones

La TV catecolaminérgica, es una canalopatía (alteración en los canales del calcio) cardíaca que favorece la aparición de arritmias ventriculares con riesgo de muerte súbita y corazón estructuralmente normal. Los afectados suelen presentar síncope de esfuerzo y la arritmia característica es la TV bidireccional. Recientemente se ha añadido el test genético como prueba diagnóstica. La rápida actuación del equipo de urgencias fue clave para el posterior éxito terapéutico. El interés que suscita en atención Primaria más que el diagnóstico definitivo que es difícil, es el tratamiento. Basado en el entrenamiento de las técnicas de RCP básica y avanzada (manejo del DESA) que son salvadoras en un corazón demasiado joven para morir.

Palabras clave

Ventricular Tachycardia, Syncope, Running

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

¿Pero cuál rodilla le dolía?

Molero del Río MJ¹, Sánchez de León Cabrera M², Amodeo Arahal MC¹

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Porvenir. Sevilla

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Arenas De San Juan. Ciudad Real

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivo de la consulta

Gonalgia mecánica izquierda.

Historia Clínica

Mujer de 68 años.

Antecedentes: No alergias. No HTA, no DM, no DL. Hernia hiato. Ulcus gástrico. Situación basal: independiente para actividades de vida diaria, deambula sin ayuda. Intervenciones quirúrgicas: apendicectomía, colecistectomía, histerectomía + doble anexectomía.

Enfermedad actual: Acude por dolor de características mecánicas en rodilla izquierda de tres semanas de evolución. Niega traumatismo. Afebril, no otros síntomas.

Exploración física: Buen estado general. Rodilla izquierda: no signos inflamatorios ligera limitación funcional, peloteo rotuliano, maniobras meniscales negativas. Rodilla derecha: sin hallazgos.

Enfoque individual: Con los hallazgos anteriores se decide solicitar radiografía de rodillas comparadas para valorar posible gonartrosis. Radiografía rodilla izquierda: disminución del espacio articular. Radiografía rodilla derecha: en metafisis distal de fémur se observan calcificaciones anulares de 4x2cm sin llegar a cortical y disminución del espacio articular. Se comenta el hallazgo radiográfico y

se consulta bibliografía concluyendo que es una imagen compatible con encondroma.

Enfoque familiar y comunitario: Familia nuclear simple en etapa de contracción completa. Medio-Alto nivel sociocultural. Buen apoyo familiar.

Diagnóstico diferencial: Fibrosarcoma, osteosarcoma, sarcoma de Ewing, encondroma, condrosarcoma.

Juicio clínico: encondroma.

Tratamiento, planes de actuación: Dado que ha sido un hallazgo incidental con imagen compatible con tumor benigno, se deriva a consulta de Aparato Locomotor para valoración. Analgesia habitual.

Evolución: Pendiente de valoración en consulta de Aparato Locomotor.

Conclusiones

El Médico de Familia debe ser conocedor de la patología más frecuente sin olvidar la más infrecuente, en este caso los tumores óseos tanto benignos como malignos. En casos como el que nos concierne, no solemos ser expertos, es una buena ocasión para realizar una búsqueda bibliográfica, comentar con compañeros y actualizarse en este tema.

Palabras clave

Enchondroma, Femur, Bone Tumors

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Hipoacusia en la senectud

Rojas García MN

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Balaguer. Lleida

Ámbito del caso

Atención primaria y urgencias.

Motivo de la consulta

Hipoacusia brusca.

Historia Clínica

Anamnesis: Varón de 83 años que acude a urgencias refiriendo hipoacusia izquierda de una semana de evolución. Refiere que ha tenido lugar de forma progresiva en dicho tiempo, con síntomas actualmente de sensación de taponamiento y parestesias periauriculares. Comenta que hace 14 días presentó resfriado común del cual no se ha recuperado totalmente. Continúa con mucosidad nasal. No fiebre ni dolor.

Exploración física: Oído derecho (OD) normal. Oído izquierdo (OI) con membrana timpánica opaca de coloración anaranjada, pérdida de triángulo lumínico. Acumetría con diapason: Rinne OD -/ OI -. Weber indiferente.

Enfoque individual: Antecedentes personales de interés: no alergias medicamentosas, HTA, dislipemia, insuficiencia renal crónica, aneurisma de aorta, insuficiencia aórtica, adenocarcinoma de colon en actual tratamiento con quimioterapia, hiperuricemia y rinitis alérgica. Reciente intervención de cataratas en tratamiento con tobramicina. En tratamiento diario con: alopurinol 100 mg, amlodipino 10 mg, simvastatina 10 mg y atenolol 50 mg.

Enfoque familiar y comunitario: Independiente para las ABVD, vive con su esposa, presenta deterioro cognitivo leve.

Diagnóstico diferencial: ototoxicidad por tobramicina/ ototoxicidad quimioterápica/ hipoacusia mixta/ otitis media.

Juicio clínico: otitis media serosa (OMS).

Identificación de problemas: prueba de audición discordante con el juicio diagnóstico pues debería ser Rinne + OI y weber lateralizado OD.

Tratamiento, planes de actuación: Se pauta azitromicina 500 mg/24 horas, 3 días y fluticasona 27.5 mcg en spray nasal/12 horas, 10 días.

Evolución: El paciente no evoluciona favorablemente. Se realiza interconsulta a Otorrinolaringología (ORL) quien determina en audiometría hipoacusia neurosensorial de oído izquierdo e impedanciometría plana bilateral diagnosticando al paciente de OMS y programándolo para realizar miringotomía con paracentesis, corticoterapia intratimpánica e inserción de tubo de drenaje. Mientras espera a ser intervenido se pauta glucocorticoides a 1mg/kg/día durante 10 días. Tras ser intervenido recupera parcialmente la audición.

Conclusiones

La mayoría de las OMS son precedidas por infecciones virales. El uso de antibioterapia no acelera la curación. Se debe derivar OMS a ORL si no mejoría tras uso de corticoides. No se suele recuperar la audición si no se actúa en el primer mes desde que aparece la OMS. El paciente anciano puede presentar clínica atípica. Depende de la comunicación entre médico/paciente, la audimetría con diapason puede no ser valorable.

Palabras clave

OMS, Hipoacusia Neurosensorial, Adulto

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

El diagnóstico de la Diabetes Mellitus en Atención PrimariaFernández Viñes JA¹, Ginés Ramírez E², Granados Solier MC²¹ Médico de Familia. DA. CS Atarfe. Granada² Médico de Familia. DDCU Chana. Granada**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

Motivo de la consulta

Dolor abdominal, náuseas, vómitos, sequedad bucal, poliuria, polidipsia.

Historia Clínica

Paciente de 22 años sin antecedentes de interés ni alergias medicamentosas conocidas, que tras estar de fiesta con los amigos, presenta dolor abdominal de 3 días de evolución, que ha empeorado hoy, haciéndose más intenso y localizado a nivel de epigastrio. Se acompaña de náuseas con dos episodios de vómitos. No diarrea. Debilidad generalizada. También refiere sequedad bucal intensa, polidipsia y dolor retroesternal, opresivo, no irradiado, sin cortejo vegetativo acompañante.

A la exploración presenta REG con aspecto de enfermedad, intranquilidad, eupneico, respiración bucal con feto cetósico. Sequedad de mucosa bucal y lingual. ACP: sin hallazgos. Abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación profunda en flanco izquierdo y con mayor intensidad en epigastrio. No signos de irritación peritoneal. TA: 84/60 mmHg, FC: 102 lpm, Glucemia al azar: HI + cuerpos cetónicos. ECG con ritmo sinusal sin alteraciones agudas de la repolarización. Reinterrogando al paciente indica poliuria de varias semanas, que lo achacaba a polidipsia, con cierta pérdida ponderal que no le ha llamado la atención por tener menos apetito últimamente. También reconoce haber consumido drogas (cocaína) durante la fiesta. En la analítica realizada en urgencias presenta pH 7.19; pCO₂ 32.8; HCO₃⁻ 15.6; Láctico 1.7. Resto de la analítica sin hallazgos relevantes.

Enfoque individual: Ante un paciente joven es importante hacer una anamnesis dirigida que incluya hábitos tóxicos y en este caso realizar una correcta historia clínica ya que el paciente acudía con una enfermedad grave, la información sobre la enfermedad que se da al paciente también es muy relevante y le puede ayudar a afrontarla mejor.

Enfoque familiar y comunitario: No se realizó.

Juicio clínico: Hiperglucemia. Cetoacidosis diabética.

Diagnóstico diferencial: Dolor abdominal. Gastroenteritis aguda. Angor pectoris.

Tratamiento, planes de actuación: Tratamiento: Hidratación con SSF e insulina IV.

Evolución: Se objetiva mejoría clínica tras tratamiento, cediendo el dolor abdominal y polidipsia y mejorando la sequedad bucal.

Conclusiones

Una correcta historia clínica es relevante para evitar errores diagnósticos, sobre todo en este caso que estábamos ante una urgencia-Emergencia Médica. Indagar sobre consumo de tóxicos es muy importante en este caso, ya que pudo ser el desencadenante de la cetoacidosis diabética.

Palabras clave

Abdominal Pain, Hyperglycemia, Diabetic Ketoacidosis

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

¿No es suficiente con un solo diagnóstico? A propósito de un casoFranquelo Hidalgo B¹, Flores Montañés MM¹, Salazar Bruque I²¹ Médico de Familia. CS Palma-Palmilla. Málaga² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Palma-Palmilla. Málaga**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

Motivo de la consulta

Renovación de receta Médica.

Historia Clínica

Paciente de 14 años. NAMC. No HTA. No DM. No dislipemias. No intervenciones quirúrgicas. Menarquía a los 12 años. No tratamiento habitual.

Antecedentes familiares: Talla materna: 1.54 m. Talla paterna: 1.75m. No antecedentes personales. Acude a consulta para renovación de receta Médica. En tratamiento con anticonceptivos. Valorada por Ginecología por reglas irregulares y aumento de vello facial, con diagnóstico ecográfico de Síndrome de Ovarios Poliquísticos.

Enfoque individual: Refiere aumento de vello facial en “barba”; de inicio en el desarrollo puberal; junto a menstruaciones irregulares sin períodos de amenorrea, estable desde inicio de medicación. Se aprecia desde el últimos registros de peso en historia clínica pediátrica un aumento de unos 10 kg.

Exploración: Peso: 69 kg. Talla: 1.48m. TA 121/60. FC 65 lpm. Vello en línea alba, glúteos y facial, con predominio en barbilla. Estrías rojovinosas abdominales.

Enfoque familiar y comunitario: Estudiante. Vive con sus padres. Vida social activa. Dieta no mediterránea, en la que predomina “fast food”.

Juicio clínico: SOP/Cushing/Iatrógena.

Tratamiento, planes de actuación: Se solicita analítica y determinación hormonal en el 3^o-5^o día de la fase folicular. Se deriva al servicio de Endocrinología para valoración por fenotipo cushingoide.

Evolución: Analítica: FSH 3.9, LH 3.65, prolactina 15.91, estradiol 28.14, Testosterona 0.47ng/ml, DHEAs 3.012 ng/dl, androstendiona 3.68,17-OH progesterona 5.07, cortisol libre urinario 10.47 TSH 1.45. En seguimiento por Endocrinología con Test de Synacthen compatible con Hiperplasia suprarrenal congénita. Test de Nugent normal. Estudio genético positivo a V281L. Diagnóstico de hiperplasia suprarrenal congénita. Se inicia tratamiento con corticoides orales. Se aconseja tratamiento estético/cosmético para hirsutismo.

Conclusiones

En las consultas de Atención Primaria es fundamental el abordaje integral del paciente, y ante un diagnóstico clínico es imprescindible barajar otros diagnósticos diferenciales, ya que en ocasiones, la sintomatología se suele solapar y pasar desapercibida otras patologías de menor prevalencia, como el caso de la hiperplasia suprarrenal congénita, infradiagnosticándose en la población.

Palabras clave

Adrenal Hyperplasia, Congenital, Polycystic Ovary Syndrome, Diagnosis

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

La patología no tiene edadOrtega García G¹, Ruiz Garcia E², Sánchez Torres E³¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Felipe. Jaén² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Valle. Jaén³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS José Barneo. Torredonjimeno (Jaén)**Ámbito del caso**

Atención Primaria, atención hospitalaria.

Motivo de la consulta

Parestesias y disartria.

Historia Clínica*Antecedentes personales:* sin interés, No fumador, no bebedor.*Anamnesis:* varón de 40 años que refiere episodio parestesias en miembro superior derecho y hemicara derecha acompañado de disartria y desorientación de 30 minutos de duración. A su llegada al Servicio de Urgencias se encuentra asintomático aunque con leve cefalea. Se decide traslado a centro hospitalario.*Exploración:* consciente y orientado, Glasgow 15/15. Exploración neurológica dentro de la normalidad. Tonos puros y rítmicos sin soplos ni rones. Murmullo vesicular conservado sin ruidos añadidos. TA: 152/87 T^o36 Sat. 99% FC: 66 lpm.*Pruebas complementarias:* TAC craneal: estudios sin hallazgos patológicos. ECG: ritmo sinusal a 65 lpm, eje normal, pr normal, qrs estrecho, sin alteraciones en la repolarización. Hemograma, coagulación y bioquímica dentro de la normalidad excepto LDL 167. Ecocardio: dentro de los límites normales. No se aprecia patología. Doppler de TSA: sin alteraciones. EEG: sin alteraciones. RM craneal: sin alteraciones. Estudio hematología: portador heterocigótico de la mutación G2O210A del gen de la protrombina.*Enfoque individual:* Paciente sin hábitos tóxico. Desconocido en nuestra consultar por ser poco frecuentador.*Enfoque familiar y comunitario:* Buena relación con su familia y con buen tejido y apoyo social.*Juicio clínico:* Accidentes isquémico transitorio (AIT). Portador heterocigótico de la mutación G2O210A del gen de la protrombina.*Tratamiento, planes de actuación:* Adiro 100. Atorvastatina 40 mg. Pasados 3 meses desde su evaluación se realizará analítica con anticoagulante lúpico, antocardiopina y anti-beta-2-glicoproteína para descartar síndrome antifosfolipídico.*Evolución:* El paciente se encuentra asintomático en la actualidad, en consulta realizamos seguimiento exhaustivo de factores de riesgo cardiovascular.**Conclusiones**

Esta mutación del gen de la protrombina ha sido reconocido como factor de riesgo de trombosis venosa profunda y de trombosis venosa cerebral. Después de la mutación del factor V Leiden, es la segunda en importancia como factor de riesgo hereditario de trombosis venosa cerebral. El riesgo de tromboembolia venosa se incrementa con la asociación a otros factores de riesgo, generalmente adquiridos, como el tabaquismo o la ingesta de anticonceptivos orales. El caso de este paciente me enseñó que la patología no tiene edad y todo paciente puede ser susceptible de sufrir un AIT.

Palabras clave

Mutation of the Prothrombin Gene, Transient Ischaemic Attack, Cerebrovascular Disorders

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

No todo es lo que pareceUreña Arjonilla ME¹, Ortega García G², Sánchez Torres E³¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Mancha Real. Jaén² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Felipe. Jaén³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS José Barneo Torredonjimeno (Jaén)**Ámbito del caso**

Atención Primaria. Urgencias.

Motivo de la consulta

Síncope.

Historia Clínica

Mujer de 48 años que llama a DDCU por presentar síncope a las 17.00 presenciado mientras jugaba al padel. Al acudir la ambulancia la paciente se ha recuperado sin período postcrítico. Exploración por aparatos y sistemas normal. ECG: RS a 102lpm, sin alteraciones agudas de la repolarización. TA: 110/75 Sat O2:98% Glucemia 120 mg/dl. En la ambulancia la paciente presenta episodio de rigidez y mutismo, con constantes normales y electrocardiograma normal. El marido nos comenta que no es la primera vez que le pasa y que ya ha sido estudiada por neurología. Se traslada al Hospital.

Enfoque individual: En Urgencias hospitalarias se realizan pruebas complementarias con Analítica, Electrocardiograma, radiografías y TAC craneal que son normales. Se procede a ingreso en Neurología. Se da de alta sin diagnóstico neurológico claro.

Enfoque familiar y comunitario: Familiar nuclear sin hijos. La paciente tiene muchos episodios de bajas Médicas por depresión. Justo el día después de este episodio se tenía que incorporar de nueva al trabajo.

Juicio clínico: Depresión y trastorno de conversión.

Tratamiento, planes de actuación: La paciente finalmente fue diagnosticada de depresión y fue dada de baja otra vez por este motivo.

Evolución: La paciente ha mejorado con el tratamiento psiquiátrico prescrito y actualmente se encuentra desempeñando su trabajo sin problemas.

Conclusiones

Es fundamental el papel del médico de Atención Primaria en este tipo de pacientes ya que somos los que más conocemos la historia personal y familiar de los enfermos. Esto nos va a ayudar mucho a dar con el diagnóstico certero y poder derivar a psiquiatría cuando se necesaria. Además la longitudinalidad de la especialidad nos hace tener un papel clave en el trato con estas patologías por los que somos un pilar importante en el tratamiento a largo plazo con ellos. La buena comunicación médico paciente nos va a ayudar mucho a desarrollar nuestra profesión correctamente. Nunca se nos puede olvidar que somos especialistas en personas y que ellas tienen una esfera psicosocial que no se nos puede olvidar.

Palabras clave

Depresión, Síncope, Trastornos de Conversión

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Calva parece, Lupus esRosa González ME¹, López Llerena AM², Gómez Gómez -Mascaraque E³¹ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Villanueva de la Cañada. Madrid² MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Hoyo de Manzanares. Madrid³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Lavapiés. Madrid**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

Motivo de la consulta

Mujer de 47 años, originaria de Haití que acude a nuestra consulta por primera vez, por lesiones de repetición tipo ulcerosas en labio inferior.

Historia Clínica

Durante la exploración nos llama la atención la presencia de regiones circunscritas de alopecia en placas eritematosa con descamaciones centrales. Preguntamos a la paciente por dichas lesiones y nos comenta que lleva años así. Fue diagnosticada de alopecia por tracción, al haber llevado el pelo trenzado a tensión mucho tiempo. Ante nuestra sospecha de que ambas lesiones puedan estar relacionadas con una afectación del tejido conectivo solicitamos analítica completa. Se objetiva un déficit del complemento C2, Anticuerpo anti DNA doble cadena, Anti-Ro (SSA) y Anti-La (SS-B) positivos y leve anemia. Resto de analítica normal. Se realiza tratamiento con antipalúdicos sistémicos e infiltraciones de glucocorticoide en lesiones hiperqueratósicas

Enfoque individual: Niega antecedentes médico quirúrgicos ni medicación habitual.

Enfoque familiar y comunitario: Vive en España desde hace 5 años. No ha acudido con

anterioridad al médico hasta haber regulado su situación legal en el país.

Juicio clínico: Se diagnostica de Lupus discoide. Haciendo el diagnóstico diferencial con Alopecia por tracción, granuloma facial, sarcoidosis, lupus vulgaris y sífilis tardía.

Tratamiento, planes de actuación: Se comenta con la paciente la importancia de la protección solar, siendo el sol principal desencadenante de la enfermedad. Se realiza tratamiento con antipalúdicos sistémicos e infiltraciones de glucocorticoide en lesiones hiperqueratósicas.

Evolución: Revisamos 2 meses después con desaparición de lesiones orales y signos de mejoría incipiente en regiones de alopecia.

Conclusiones

Como Médico de Familia debemos mirar más allá de lo evidente pues el motivo de consulta en ocasiones es simplemente el iceberg que oculta una patología mayor. Por ello toma relevancia la formación continuada en las diversas disciplinas terapéuticas para tener una mirada crítica ante posibles diagnósticos erróneos y dar así una asistencia de calidad a nuestros pacientes.

Palabras clave

Alopecia

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Hallazgo de WolffParkinson-White en adolescenteMartín Jiménez A¹, Andrés Vera J², Gragera Hidalgo M²¹ Médico de Familia. Hospital San Carlos. San Fernando (Cádiz)² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Olivillo. Cádiz**Ámbito del caso**

Urgencias.

Motivo de la consulta

Palpitaciones mientras realizaba deporte.

Historia Clínica

Acude a Urgencias de Atención Primaria a un adolescente de 14 años sin antecedentes de interés. Viene remitido desde la enfermería de su colegio donde fue atendido en un primer momento y decidieron traslado a nuestra consulta para valoración. Contaba sensación de palpitaciones durante la clase de gimnasia, el episodio duró aproximadamente unos 40 minutos, no hubo pérdida de conciencia ni mareos. A la llegada a nuestra consulta se encontraba asintomático, y la exploración fue normal. Se solicitó electrocardiograma donde se apreciaba taquicardia sinusal, llamando la atención la presencia de ondas deltas negativas en V₁ por lo que derivamos a urgencias hospitalarias para valoración. En el hospital se confirmó la historia, se solicitó analítica que resultó normal y se repitió ECG. Interconsultando con el servicio de Cardiología quienes confirmaron en el ECG la existencia de una vía accesoria posteroseptal.

Juicio clínico: Síndrome de Wolff Parkinson White (WPW).

El diagnóstico del Síndrome de WPW es clínico y electrocardiográfico: En el aspecto clínico son dos síntomas principales los que nos podemos

encontrar dentro de este cuadro: las palpitaciones y el síncope. En cuanto a los hallazgos electrocardiográficos existen tres signos típicos con los que nos encontraremos: intervalo PR menor de 120 mseg, QRS ancho con onda delta y cambios secundarios en la repolarización.

Tratamiento, planes de actuación: El paciente realizó tratamiento con flecainida y fue derivado a la unidad de arritmias donde realizaron ablación de la vía accesoria.

Evolución: Tras la ablación con radiofrecuencia se retiró el tratamiento farmacológico y comenzó a hacer deporte paulatinamente sin incidencias.

Conclusiones

Se observan arritmias en el 40 al 80% de los pacientes con vías anómalas. La presentación clínica se produce con mayor frecuencia en la segunda década de la vida. Aquellos pacientes diagnosticados de Síndrome de WolffParkinson-White presentan un riesgo discretamente superior de presentar muerte súbita de origen cardíaco con respecto a la población sana, y este riesgo depende de las características de la vía accesoria.

Palabras clave

Palpitaciones, Arritmias, Síndrome de Wolff Parkinson-White

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

¡Ojo! Los medicamentos pueden dañarMoreno Torres C¹, Moreno Macías JD²¹ Médico de Familia. CS Ntra Sra De Las Nieves. Los Palacios y Villafranca (Sevilla)² Médico de Familia. UGC. Urgencias Hospital Virgen de Valme. Sevilla**Ámbito del caso**

Se desarrolla inicialmente en atención Primaria y posteriormente en urgencias hospitalarias.

Motivo de la consulta

Lesiones dérmicas en labios y mucosa yugal en mujer de 38 años.

Historia Clínica

Mujer de 38 años con exantema en tronco y extremidades superiores junto con aftas en región genital y boca; asociado a visión borrosa y secreción lacrimal abundante

Enfoque individual: Antecedentes maternos de episodios de angioedema y urticaria. Paciente presenta antecedentes de angioedemas de repetición en hemicara y garganta desde los 18 años; trastorno mixto ansioso depresivo y rasgos anómalos de personalidad. En tratamiento con: Lamotrigina, Paroxetina, Bromazepam, Ebastina. Mujer de 38 años que acude al CS por exantema en tronco y extremidades superiores junto con aftas en región genital y boca; asociado a visión borrosa y secreción lacrimal abundante. No ha presentado fiebre ni otra sintomatología asociada. Paciente nos indica que hace 20 días; presento cambio en la medicación; suspendiéndose topiramato e iniciando lamotrigina.

A la exploración por sistemas es anodina; observando lesiones en forma de diana de predominio en palmas de las manos, zona del escote y MMSS con lesiones costrosas en labios. Con respecto a pruebas analíticas; solo destacar PCR de 30.3mg/dL.

Enfoque familiar y comunitario: La paciente se encuentra en una fase centrípeta del ciclo vital familiar; vive con su marido y sus dos hijos de 12 y 7 años. Actualmente no presenta acontecimientos vitales estresantes de interés.

Juicio clínico: Síndrome de Stevens Johnson; tras realizar previamente diagnóstico diferencial con un eritema multiforme y enfermedad de Behcet; y confirmándose con biopsia cutánea.

Tratamiento, planes de actuación: Se retiró lamotrigina e iniciación de corticoterapia en pauta descendente, asociado a enjuagues de lidocaína.

Evolución: La paciente presento una evolución favorable con desaparición progresiva de las lesiones. Durante este periodo la paciente ha permanecido hemodinámicamente estable.

Conclusiones

En este caso clínico; observamos la importancia de la medicación de nuestros pacientes y el conocimiento de los efectos secundarios de dicha medicación. Para ello debemos de realizar una buena historia clínica y siempre valorar si la clínica; puede ser secundaria a medicación prescrita; como en nuestro caso, la lamotrigina tiene como efecto adverso el Síndrome de Steven Johnson.

Palabras clave

Drug Eruptions, Stevens Johnson Syndrome, Erythema Multiforme

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Una dolor renal diferenteVelázquez Mata M¹, Ochoa Pascual M², Palomo Rodríguez R²¹ CS Molino de la Vega. Huelva² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Molino de la Vega. Huelva**Ámbito del caso**

Atención Primaria y hospitalaria.

Motivo de la consulta

Dolor en fosa renal izquierda.

Historia Clínica

Varón de 43 años de edad que acude a consulta por presentar dolor en fosa renal izquierda de dos días de evolución.

Enfoque individual: Alergia a penicilina. Fumador de 10 cigarrillos al día. HTA esencial. Dislipemia mixta mal controlada. Tratamiento habitual: Enalapril 10 mg, simvastatina 40 mg. En Diciembre de 2016, acude a consulta por presentar dolor en fosa renal izquierda, tipo cólico de dos días de duración, que ha aumentado progresivamente de intensidad, hasta ser resistente a tratamiento analgésico habitual. Niega disuria, fiebre u otra sintomatología acompañante. A su llegada, el paciente se encuentra con aceptable estado general. Presenta abdomen blando, depresible, sin masas ni megalias, sin signos de peritonismo y con ruidos hidroaéreos presentes. Puño percusión bilateral negativa. A la auscultación, buen murmullo vesicular, y corazón rítmico y sin soplo. Conserva todos los pulsos, y no presenta edemas en miembros inferiores. Se realiza estudio de orina mediante tira reactiva, siendo negativa, y administrándose medicación analgésica intravenosa. Dada la persistencia del dolor, se deriva al Servicio de Urgencias hospitalarias donde presenta hemograma con leucocitosis y linfocitosis, junto a bioquímica y orina normal. Se realiza Angio-Tac

Enfoque familiar y comunitario: Se realiza estudio familiar.

Juicio clínico: Como juicio principal: infarto segmentario renal izquierdo, presentando diagnóstico diferencial con pielonefritis. Se ingresa en Medicina Interna para ampliar estudio destacando: Factor reumatoide elevado; hipertrigliceridemia e hipercolesterolemia; ANA 1/640, ANCA 1/40, estudio de hipercoagulabilidad con positividad leve al anticoagulante lúpico.

Tratamiento, planes de actuación: Se añade sintrom y fenofibrato. Actualmente, se encuentra en seguimiento y estudio por diferentes especialidades, en busca de la causa de dicho infarto, siendo como opciones más probables conectivopatía ANA positivo o SAF secundario, sumado a factores precipitantes como dislipemia no controlada.

Evolución: Ha evolucionado favorablemente, asintomático y manteniendo función renal. Persiste dislipemia no controlada, y gran afectación anímica dada la incertidumbre del origen del caso.

Conclusiones

Se aprecia la necesidad de mantener una estrecha vigilancia en pacientes con altos factores de riesgos cardiovascular, y su prevención con tratamientos intensivos. Su mal control, puede llevar a una enfermedad de alta morbi-mortalidad, e incluso siendo raras y poco probables.

Palabras clave

Hyperlipidemias, Infarction

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

La importancia de la ecografía abdominal en atención Primaria

Moreno Macías JD¹, Moreno Torres C²

¹ Médico de Familia. UGC Urgencias Hospital Virgen de Valme. Sevilla

² Médico de Familia. CS Ntra. Sra. de las Nieves. Los Palacios y Villafranca (Sevilla)

Ámbito del caso

El caso transcurre en atención Primaria y posteriormente en ámbito hospitalario.

Motivo de la consulta

Mujer de 45 años con dolor abdominal recurrente de 2 meses de evolución.

Historia Clínica

Mujer de 45 años que acude, reiteradamente, por dolores abdominales recurrentes sin signos de alarma; a excepción de la perpetuidad del dolor.

Enfoque individual: No reacción adversas a medicamentos, no factores de riesgo cardiovascular, no hábitos tóxicos. No antecedentes de interés. Dos gestaciones con sus respectivos partos y menopausia a los 43 años. Mujer de 45 años que acude por dolor abdominal recurrente infraumbilical y fosa iliaca izquierda de 4 semanas de evolución de tipo cólico que cede con analgésicos habituales; asociado a plenitud abdominal tras mínima ingesta a. No vómitos, no fiebre. No refiere alteraciones en el tránsito intestinal; no síndrome miccional; ni metrorragia. Abdomen blando, depresible, se palpa mínima masa en fosa iliaca derecha con dolor a la palpación en dicha región, no megalias; no signos de peritonismo, ruidos hidroaéreos conservados. Resto exploración por sistemas anodina. Radiografía abdominal y bioquímica con perfil abdominal sin hallazgos de interés. Ecografía abdominal: Dos imágenes multiloculares con tabiques gruesos y proliferaciones solidas en región anexial izquierdo.

Enfoque familiar y comunitario: Familia en fase centrifuga del ciclo vital familiar; en fase de Contracción. La paciente ha presentado varios acontecimientos vitales estresantes (AVE): Marido diagnosticado de cáncer hace 6 meses y la hija mayor; su principal apoyo; se independizo un año antes.

Juicio clínico: Inicialmente debido a las numerosas exploraciones y pruebas realizadas; siendo todas ellas anodinas nos planteamos, dolor tipo somatización; debido a los AVE presentados por la paciente. Tras la exploración y la ecografía abdominal; se detectó masa ovárica en ambos lados; diagnosticándose posteriormente de cáncer ovárico bilateral de tipo epitelial.

Tratamiento, planes de actuación: Ante nuestros hallazgos; se derivó a la paciente al servicio de ginecología para valoración hospitalaria urgente.

Evolución: La paciente se encuentra asintomática y en seguimiento por oncología y ginecología.

Conclusiones

En este caso queremos resaltar la aplicabilidad de la ecografía abdominal en atención Primaria y su importancia en numerosos casos habituales en nuestras consultas; en los cuales; podemos diagnosticar y acelerar el proceso para mejorar el pronóstico de nuestros paciente.

Palabras clave

Abdominal Pain, Ovarian Neoplasms, Ultrasonography

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Lo que escondía su sensación de mareo

García López MF, Pérez Gómez S, Vázquez Alarcón RL

*Médico de Familia. CS Vera. Almería***Ámbito del caso**

Atención Primaria.

Motivo de la consulta

Mareo.

Historia Clínica

Mujer de 70 años con antecedentes de Hipertensión Arterial y Hepatitis autoinmune. Refiere mareo de más de un año de evolución que describe como sensación de inestabilidad, sin cortejo vegetativo acompañante. Pérdida de audición progresiva. Ingreso hospitalario en Medicina Interna al inicio del cuadro con pruebas de imagen (TAC craneal y RMN cerebral) informadas con alteraciones de la señal de la sustancia blanca de probable origen vascular de carácter crónico, sin otras alteraciones; también se realizó Ecodoppler de Troncos Supraaórticos sin hallazgos patológicos. Valorada por otorrinolaringología con diagnósticos de presbiacusia e inestabilidad. Se pautó tratamiento con Betahistina con escasa respuesta.

Exploración física: Ánimo decaído con tendencia al llanto. Constantes normales. ACR: anodina. Exploración neurológica: sin focalidad; no nistagmus, Romberg negativo; aumento de la base de sustentación al caminar; no realiza tándem; test de Unterberger con lateralización a la derecha. Otoscopia: anodina. Analítica general con serología de LUES sin alteraciones de interés salvo las conocidas en relación a su patología crónica.

Enfoque familiar y comunitario: La paciente refiere ánimo deprimido porque ha perdido parte de su autonomía al sentirse insegura a la

hora de la marcha, lo que la limita para desarrollar su actividad cotidiana, precisando ayuda de su hija en determinadas tareas.

Juicio clínico: Posible Laberintitis Autoinmune.

Diagnóstico diferencial: Vértigo periférico; Hidrocefalia normotensiva; Enfermedad cerebrovascular; Patología tumoral a nivel central; Enfermedad neurodegenerativa.

Tratamiento, planes de actuación: Se indica tratamiento con antivertiginosos y se remite para estudio a consultas externas de Medicina Interna.

Evolución: Solicitan RMN con contraste de oído bilateral y craneal: neurinoma de VIII par izquierdo con componente extracanalicular. Se deriva a neurocirugía para valoración y a otorrinolaringología donde se realiza audiometría que muestra hipoacusia neurosensorial con caída en agudos hasta 70 dB en oído izquierdo.

Conclusiones

El neurinoma del acústico es un tumor benigno de muy lento crecimiento (unos 0,2 cm. al año), salvo situaciones especiales. La clínica depende del tamaño del tumor. Los de pequeño tamaño, como en el caso de nuestra paciente, producen pérdida de audición y acúfenos en ese oído, asociados en ocasiones a inestabilidad o vértigo.

Palabras clave

Acoustic Neurinoma, Hearing Loss, Dizziness

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Disnea. ¿Nada más?Romero Mayo M¹, González Benitez L², García García R³¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Doctores-Salvador Caballero. Granada² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Zaidín Sur. Granada³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Zubia. Granada**Ámbito del caso**

Urgencias. Atención Primaria.

Motivo de la consulta

Disnea de reciente comienzo.

Historia Clínica

Varón de 61 años que refiere disnea aguda progresiva de 2 semanas de evolución, que en el momento que acude a Urgencias presenta una disnea grado 4.

Enfoque individual: No alergias conocidas. Exfumador de 20 paquetes años desde hace 4 años. Hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2. Monoreno. SAOS con Oxígeno domiciliario durante 16 horas a 1.5 litros. Refiere que desde hace aproximadamente dos semanas presenta disnea. Sin aumento de la expectoración o tos, no fiebre. No traumatismo. No dolor torácico, no nicturia, no ortopnea ni aumento de edemas en miembros inferiores. Independiente para las actividades de la vida diaria, Pérdida de 7 kilos en 4 meses, lo relaciona con el inicio de actividad deportiva. Tensión arterial: 156/89 mmHg a 102 lpm. Sat 89% sin aporte. Taquipneico con tiraje costal. ACP: Rítmico, hipofonesis en campo medio de pulmón derecho. Miembros inferiores sin edemas, ni signos de trombosis venosa profunda. Bioquímica básica, perfil hepático y electrolitos sin alteraciones. Creatinina 1.46. PCR 56, Troponinas 23, BNP 237, hemograma y coagulación sin alteraciones. Dímero D 0.49. Radiografía tórax: Atelectasia en pulmón derecho, con elevación de hemidiafragma y aumento del mediastino. TAC Tórax: Hallazgos compatibles con carcinoma broncogénico en lóbulo superior derecho con probable metástasis ganglionar mediastínica.

Obstrucción incipiente de la vena cava superior. Se confirmó mediante broncoscopia flexible y ecobroncoscopia.

Enfoque familiar y comunitario: Familia nuclear, etapa IV ciclo familiar, periodo centrífugo. Buen apoyo social y comunitario.

Juicio clínico: Carcinoma broncogénico.

Diagnóstico diferencial: TEP. neumonía, EPOC, Enfermedad restrictiva o intersticial, derrame pleural, disfunción ventricular, derrame y taponamiento cardíaco, anemia.

Tratamiento, planes de actuación: Pendiente de comité de tumores.

Evolución: El paciente está aún en fase de estudio y pendiente de decisión conjunta. Presenta reticencia a aceptar el diagnóstico, por lo que las relaciones familiares y de apoyo están viéndose mermadas. Se está llevando a cabo un plan conjunto desde atención Primaria con mujer e hijos para abordar el acontecimiento vital estresante.

Conclusiones

La anamnesis, exploración física, diagnóstico y tratamiento correctos son principios básicos para ejercer una buena medicina, pero para el paciente es igual o más prioritario entender el proceso, comprender lo que le ocurre y sus posibles secuelas y saber que en "su médico" puede tener una fuente de apoyo y comprensión.

Palabras clave

Dyspnea. Carcinoma, Bronchogenic

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

No puedo respirar. Me duele el pecho

Torres Guerrero EA, Miranda Flores MR

*MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Montequinto. Sevilla***Ámbito del caso**

Urgencia hospitalaria.

Juicio clínico: Perforación esofágica espontánea.**Motivo de la consulta**

Dolor costal derecho intenso y disnea.

Diagnóstico diferencial. Neumotórax. Síndrome coronario agudo. Tromboembolismo pulmonar.**Historia Clínica***Antecedentes personales:* No alergias medicamentosas. Esofagitis. No hábitos tóxicos.*Identificación de problemas:* Distrés respiratorio e intubación orotraqueal. Dehiscencia de sutura. Fístula esofagopleural. Shock séptico secundario a empiema pleural. Desnutrición severa. Trastorno adaptativo.*Anamnesis:* Varón de 33 años, que acude porque estando en reposo en su domicilio, inicia de forma súbita con dolor intenso en hemitórax derecho, con irradiación centrotorácica intermitente, diaforesis y disnea inspiratoria. En consulta persiste clínica similar. Estabilidad hemodinámica, sin alteraciones electrocardiográficas. Discreta mejoría con analgesia de tercer escalón.*Tratamiento, planes de actuación:* Cierre de perforación y colocación de tubo T de Kher. Toracotomía y drenaje pleural. Colocación de prótesis autoexpandible sobre prótesis. Retirada de ambas prótesis. Yeyunostomía para nutrición enteral.*En Pruebas complementarias:* elevación de dímeros D y leucocitosis, sin hallazgos relevantes en la radiografía de tórax. Tras realizar angio-TAC torácico y a la espera de informe ingiere 1 vaso de agua exacerbándose dolor inicial. Se contacta urgentemente con radiología confirmando perforación esofágica.*Evolución:* Postoperatorio tórpido con múltiples complicaciones que implican estancia prolongada en unidad de cuidados intensivos y varias intervenciones quirúrgicas. Recuperación lenta y tortuosa. Tras alta y retirada de prótesis fue estudiado por alergología, determinando alergia a múltiples alimentos derivando en esofagitis eosinofílica y provocando perforación esofágica espontánea. Actualmente sigue adaptándose a su nueva situación. Consultando radiografía torácica inicial con neumología se observa enfisema subcutáneo y neumomediastino.*Exploración física:* Afectado por dolor. Mal estado general. Consciente. Orientado. Aspecto séptico. Afebril. Disnea. Saturación 98%. Auscultación: tonos rítmicos, taquicardia. Murmullo vesicular conservado sin ruidos patológicos. Abdomen anodino. Pulsos periféricos presentes.**Conclusiones**

La patología mediastínica presenta una dificultad diagnóstica añadida si no se sospecha y/o desconocen los patrones radiológicos típicos. Como médicos de familia debemos manejar estos conocimientos para agilizar el proceso diagnóstico-terapéutico.

Pruebas complementarias: Analítica con enzimas cardíacas, dímeros D. Gasometría. Radiografía tórax. Angio-TAC torácico.*Enfoque familiar y comunitario:* Vive con sus padres, pareja estable.**Palabras clave**

Esophageal Perforation, Pneumomediastinum

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

A propósito de una tumoración submandibular detectada en la consulta de Atención Primaria

Fernández García F, Ruiz Aranda A, Moreno Morgado MC

Médico de Familia. CS Adoratrices. Huelva

Ámbito del caso

Atención Primaria, Atención Hospitalaria.

Motivo de la consulta

Bultoma en región submandibular derecha.

Historia Clínica

Paciente de 46 años que acude por presentar un “bulto” en la región submandibular derecha de 3 semanas de evolución. No disnea, disfagia ni disfonía. No dolor con masticación. No modifica su tamaño con la ingesta. No fiebre ni cuadro catarral. No síndrome constitucional.

Exploración: se palpa una tumoración en la región submandibular derecha, indurada, móvil. Resto de orofaringe sin hallazgos. No impresiona de sialoadenitis.

Enfoque individual. Antecedentes personales: No reacciones alérgicas conocidas. Ex adicto a drogas por vía parenteral. Hábito enólico. Fumador de 1 paquete/día. Hernioplastia inguinal derecha. Hepatitis crónica VHC. Síndrome ansioso-depresivo. Conductas heteroagresivas. Intento autolítico, en revisión por salud mental. Tratamiento actual: Topiramato, Fluoxetina y Trazodona.

Enfoque familiar y comunitario: Programas de deshabituación.

Juicio clínico: Tumoración en región submandibular derecha. Masas congénitas: quiste branquial, conducto tirogloso, anomalías vasculares, laringocele, ránula, teratoma, quiste dermoide, quiste tímico. Masas inflamatorias: Infecciosas: reactividad por linfadenopatía viral, bacteriana, parasitaria. No infecciosas: sialodentitis obstructiva, sarcoidosis, enfermedad Castelman, Kawasaki. Procesos neoplásicos: metástasis por carcinoma cabeza y

cuello, tumores primarios de cabeza y cuello, masas tiroideas, neoplasias de glándulas salivares, paragangliomas, Schwannoma, linfomas, lipomas y quistes cutáneos benignos.

Tratamiento, planes de actuación: Derivamos a urgencias para valoración.

Evolución: Exploración en urgencias: Cuello: tumoración laterocervical derecha a nivel III de 3 cm de diámetro, consistencia dura, no adherido a planos profundos ni superficiales. Orofaringe: lesión excrecente en polo superior de amígdala derecha. Resto de exploración por otorrinolaringología (ORL) normal. Plan de actuación urgencias: ingreso en planta de ORL para estudio. Ingreso ORL: Se realiza biopsia amigdalal y de adenopatía. Resultado Anatomía Patológica: Amígdala: Carcinoma epidermoide no queratinizante, grado histológico G3, invasión vascular y linfática ausente. Detección HPV negativo. Ganglio Linfático: metástasis de carcinoma epidermoide con necrosis. Se realiza amigdalectomía derecha ampliada con vaciamiento cervical bilateral.

Conclusiones

Importancia de los antecedentes personales (fumador, enolismo crónico). Conocimiento y ejecución de la exploración clínica. Características de la masa, ausencia de síntomas o signos sugestivos de infección. Toma de decisiones en función de la gravedad del estado del paciente y de las consecuencias del posible retraso diagnóstico. En este caso, fueron la rápida detección y posible sospecha del diagnóstico las que propiciaron una pronta intervención terapéutica, evitando mayores secuelas del proceso patológico.

Palabras clave

Diagnosis, Neoplasm, Oropharyngeal

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Dolor agudo en hueso poplíteo, más allá de la trombosis venosa profundaSánchez Tovar A¹, Gallego Gutiérrez S², Navarro Gallardo P³¹ Radiólogo. Hospital Regional Universitario. Málaga² Pediatra. Hospital Antequera. Málaga³ Médico de Familia. CS Antequera. Málaga**Ámbito del caso**

Urgencias hospitalarias.

pared con líquido libre entre planos musculares.

Motivo de la consulta

Dolor agudo en región poplíteo.

Enfoque familiar y comunitario: No antecedentes familiares de interés.**Historia Clínica**

Paciente de 58 años que refiere dolor agudo en la rodilla izquierda tras notar un crujido en la misma sin traumatismo aparente. La paciente cuenta que desde hace meses notaba hinchazón en la región poplíteo junto con dolor.

Juicio clínico: Quiste de Baker complicado con rotura del mismo. Hacer diagnóstico diferencial con trombosis venosa profunda. Identificamos el problema de no disponer CS resultado de dímero D ni ecografía urgente, por lo que necesitamos traslado a hospital de referencia.

Enfoque individual: Paciente de 58 años que acude a consulta por dolor crónico de meses de evolución acompañada de tumorción palpable en región poplíteo izquierda que de forma brusca, tras notar un crujido sin traumatismo desencadenante. A la exploración no se identifica quiste en el hueso poplíteo, si bien la paciente presenta tumefacción de la rodilla junto con enrojecimiento de la piel de dicha pierna. No se aprecia aumento de temperatura y el signo de Homans era negativo. Ante la sospecha de trombosis venosa profunda el paciente es derivado al Servicio de Urgencias donde se realiza un ecografía doppler del miembro inferior. Los vasos estudiados eran permeables, presentando flujo en su interior y siendo colapsados mediante maniobras de compresión, pero llama la atención la presencia de una lesión quística en hueso poplíteo que presenta una solución de continuidad de su

Tratamiento, planes de actuación: Analgesia y antiinflamatorios para tratar cuadro agudo. Se deriva a consulta preferente de traumatología para valoración de resección del quiste.

Evolución: Mejoría del cuadro clínico agudo con tratamiento pautado. En lista de espera quirúrgica para resección de quiste poplíteo.

Conclusiones

El diagnóstico diferencial entre la trombosis venosa profunda y la rotura de un quiste de Baker es difícil, requiriendo alta sospecha clínica y confirmando mediante ecografía. Es importante realizar un diagnóstico correcto debido a la diferencia en el abordaje terapéutico.

Palabras clave

Quiste, Baker, Rotura

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Tengo las piernas hinchadasLuna Valero MI¹, Cuberos Escobar A¹, Morales del Águila MC²¹ Médico de Familia. CS Coín. Málaga² Médico de Familia. CS Delicias. Málaga**Ámbito del caso**

Atención Primaria y Hospitalaria.

Motivo de la consulta

Edemas en miembro inferiores y disnea.

Historia Clínica

Mujer de 82 años, hipertensa en tratamiento con Enalapril 20 mg cada 24 horas, que acude a nuestra consulta de Atención Primaria. En la primera visita relata edemas hasta tobillos que han ido empeorando progresivamente. La segunda vez que acude en la misma semana, refiere sensación de disnea progresiva hasta hacerse de mínimos esfuerzos, persistencia de edemas y empeoramiento de su estado general. Afebril. No dolor torácico no ortopnea, palpitaciones o síncope.

Enfoque individual: A la exploración se encuentra bien hidratada y perfundida, eupneica en reposo con saturación de oxígeno basal de 98% y discreta palidez muco-cutánea. Tonos puros y rítmicos sin soplos audibles. Murmullo vesicular conservados con crepitantes húmedos bibasales. Edemas en miembros inferiores hasta medias piernas con fóvea positiva. Pulsos distales palpables y simétricos. Se hace Electrocardiograma objetivando elevación del segmento ST en cara anterior e inferior con desarrollo de isquemia subepicárdica anterior. Analítica de sangre donde destaca creatinina 1.7, NTPtoBNP 25334, CK-MB 13.4 y Troponina I 3.1. Radiografía de tórax con pinzamiento de seno costofrénico izquierdo correspondiente a leve derrame pleural sin otros hallazgos patológicos. Se

realiza de urgencia ecocardiograma y cateterismo donde se aprecia hipoquinesia apical y arterias coronarias libres de estenosis, respectivamente.

Enfoque familiar y comunitario: Independiente para ABVD a pesar de la edad. Vive sola con una cuidadora que la acompaña por las noches y sus hijos la visitan cada tarde.

Juicio clínico: Síndrome de Tako-Tsubo.

Tratamiento, planes de actuación: Una vez establecido el diagnóstico, se inició prevención secundaria con antiagregación (ácido acetil salicílico 100 mg), sinvastatina 40 mg, bisoprolol 2,5mg, además de su tratamiento para la hipertensión.

Evolución: Favorable sin nuevas incidencias, consiguiendo buen control de los factores de riesgo cardiovascular.

Conclusiones

Los pacientes que atendemos en nuestra consulta acuden en muchas ocasiones con síntomas anodinos que nos orientan a casos más prevelantes, aun así debemos realizar una buena exploración física como buenos médicos de familia y usar las herramientas que tenemos a nuestro alcance para intentar llegar al diagnóstico más probable.

Palabras clave

Disnea, Dolor en el Pecho, Edema

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Mireme bien doctor, ya no puedo más con este picorRosa González ME¹, Gómez Gomez-Mascarauqe E², López Llerena ÁM³¹ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Villanueva de la Cañada. Madrid² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria Y Comunitaria. CS Lavapiés. Madrid³ MIR 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Hoyo de Manzanares. Madrid**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

Motivo de la consulta

Hombre de 85 años acude a consulta solicitando una tercera opinión. Refiere presentar prurito generalizado desde hace más de 6 meses No le permite conciliar el sueño, ya que es más intenso durante la noche. Ha realizado diversos tratamiento tanto tópicos como sistémicos, no consiguiendo alivio sintomático con ninguno de ellos.

Historia Clínica

Se observa dermatosis de aspecto monomorfo con manchas eritematosas, escamas finas y erosiones que parecen ser secundarias al rascado. Con la lámpara de aumento se observan insectos milimétricos localizados en los vellos corporales del paciente, desde región pectoral hasta zona pretibial.

Enfoque individual: Es diabético tipo II controlado con dieta.

Enfoque familiar y comunitario: Casado desde hace 60 años, vive con su mujer. Refiere dormir en camas separadas desde hace años pues su mujer es portadora de una CPAP tras haber sido diagnosticada de SAOS y él no puede dormir debido al ruido.

Juicio clínico: Pediculosis Pubis. Se hace diagnóstico diferencial con prurigo senil, dermatitis atópica, sarna, eccema de contacto, intoxicación farmacológica.

Tratamiento, planes de actuación: Se receta Permetrina y damos estrictas recomendaciones de contacto, debiendo rasurar todo el vello corporal. Lavado de toda la ropa, así como de todos los enseres domésticos.

Evolución: El paciente realiza el tratamiento, repitiendo dosis 10 días después. Resulta efectivo, desapareciendo por completo la infestación y con ello el prurito.

Conclusiones

La importancia epidemiológica de la pediculosis pubis radica en la asociación con otras enfermedades de transmisión sexual; por esta razón es nuestro deber realizar pruebas serológicas para descartarlas. Dada la limitación de tiempo con el que contamos en consulta para atender a cada paciente, en ocasiones acostumbramos a realizar diagnósticos diferenciales orientados en base a la incidencia de patología más frecuente según la edad. Pero esto puede conducirnos a error, pues no siempre lo más frecuente es lo correcto Como médicos de familia debemos prestar atención a los detalles, aunque en principio parezcan imperceptibles, pues como dijo Alexis Carrel "Poca observación y mucha teoría llevan al error. Mucha observación y poca teoría llevan a la verdad"

Palabras clave

Lice Infestations

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Cefalea que no responde a tratamiento. A propósito de un casoHerrera Campos EA¹, López Díaz JA², Hinojosa Fuentes F²¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Adoratrices. Huelva² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Molino de la Vega. Huelva**Ámbito del caso**

Urgencias.

Motivo de la consulta

Cefalea que no responde a tratamiento.

Historia Clínica

Niña de 11 años que acude por cefalea de 48 horas de evolución. Cede parcialmente a analgesia. No fiebre ni otra sintomatología.

Antecedentes personales: diagnosticada de migraña, ha realizado tratamiento con flunarizina (actualmente descanso). *Antecedentes Familiares:* madre Linfoma Hodgkin en remisión.

Exploración: buen estado general, no lesiones cutáneas. No rigidez de nuca, no adenopatías, eupneica. Cardiopulmonar y abdomen normal. Neurológico: tono y fuerza muscular normal. Anisocoria con pupila derecha de menor tamaño y perezosa al estímulo de la luz. Romberg y coordinación normal.

Enfoque individual: TAC craneal: tumoración posterior extraaxial derecha de aproximadamente 4-5 cm que no capta contraste y con signos de trombosis venosa (seno longitudinal). Se contacta con Servicio de Neurocirugía de hospital de referencia y se organiza el traslado urgente. Angio TC: probable malformación arteriovenosa parietal derecha (Spetzler Martin grado 1)

Enfoque familiar y comunitario: Por lo general no está recomendado el cribado mediante pruebas de imagen en familiares de primer

grado de un único paciente que ha presentado una malformación vascular intracerebral. Cuando en la misma familia se presentan dos o más casos de hemorragia subaracnoidea por aneurisma, si se recomienda realizar estudio familiar (angiografía por resonancia o por tomografía axial computarizada).

Diagnóstico diferencial: hematoma extraaxial crónico agudizado vs lesión tú moral de baja vascularización vs malformación arteriovenosa.

Juicio clínico: Aneurisma cerebral gigante - fistula AV.

Tratamiento, planes de actuación: Craneotomía parasagital, resección de aneurisma y cierre de fistula.

Evolución: Tras intervención la paciente permaneció en UCI pediátrica y en planta sin incidencias y fue dada de alta.

Conclusiones

Llegados a este punto cabe destacar la importancia de una exhaustiva y minuciosa exploración neurológica y darle la importancia debida a los hallazgos obtenidos en tal exploración. Por otro lado y también razón del presente caso remarcar el hecho de buscar y tratar desde el origen, y no sólo sus síntomas, más aún cuando se trata de un cuadro recurrente.

Palabras clave

Headache, Neurological Exploration, Emergency Medicine

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Tiras de orina: No todo son ITUsHerrera Campos EA¹, Moreno Obregón F²¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Adoratrices. Huelva² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Cartaya. Huelva**Ámbito del caso**

Urgencias extrahospitalarias y hospitalarias.

Motivo de la consulta

Dolor abdominal recurrente.

Historia Clínica

Niña de 11 años sin antecedentes personales de interés que acude a Urgencias en varias ocasiones por dolor abdominal y en fosa renal, afebril, no disuria.

Exploración física: buen estado general, normocoloreada, abdomen blando, doloroso a la palpación profunda en fosa ilíaca derecha, Blumberg negativo, sin signos de peritonismo. Tira de orina con nitritos positivos y urobilinógeno 2 mg (en dos ocasiones). Anteriormente en episodio similar fue diagnosticada de cistitis y tratada con nitrofurantoína aunque persiste el dolor abdominal.

Enfoque individual: Se realiza analítica de sangre obteniendo los siguientes resultados: Hemograma: Hemoglobina: 11,4 g/dL, hematocrito: 32,5%, Volumen corpuscular medio: 97,2 fL, hemoglobina corpuscular medio 34 pg, reticulocitos 7,60%, resto normal. Coombs directo negativo; Bioquímica: creatinina: 0,35 mg/dL, bilirrubina total: 2,55 mg/dL, bilirrubina directa: 0,48, bilirrubina indirecta: 2,07, lactato deshidrogenasa: 485 U/L, Proteína C reactiva: 1,9 mg/L, resto normal. Ante tales hallazgos se contacta con Hematología y se realiza estudio por hemólisis y esplenomegalia (Ecografía abdominal).

Enfoque familiar y comunitario: La esferocitosis hereditaria es la patología más común de los efectos hereditarios de la

membrana eritrocitaria. Tras el juicio clínico de nuestra paciente se propuso el estudio genético a ambos padres, cuyo resultado no influye en el manejo clínico de la paciente pero puede confirmar la forma de transmisión de la enfermedad.

Diagnóstico diferencial: ITUs de repetición.

Juicio clínico: Esferocitosis hereditaria.

Tratamiento, planes de actuación: Ante un buen estado general nuestra paciente no requirió ningún tratamiento específico salvo antibiótico profiláctico. Por lo general, la decisión de esplenectomía está más asociada a calidad de vida que a riesgo de vida y debe ser una decisión consensuada entre paciente, padres y médicos.

Evolución: La paciente evolucionó favorablemente, sin nuevas reagudizaciones ni complicaciones en la actualidad.

Conclusiones

Destacar aquí la importancia de obtener el máximo de información posible de cada prueba complementaria que realicemos, en este caso las tiras de orina realizadas inicialmente ya indicaban valores elevados de urobilinógeno, marcador directo para determinar destrucción celular. Podemos ver a través de este caso que aunque casi siempre usemos las tiras reactivas de orina para confirmar la sospecha de ITU o cólico nefrítico, también podemos deducir otras entidades a partir de ellas.

Palabras clave

Urine Test Strip, Spherocytosis, Emergency Medicine

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Más allá de un mal control glucémico

Morales del Águila MC¹, Luna Valero MI², Troya Carretero M³

¹ Médico de Familia. CS Delicias. Málaga

² Médico de Familia. CS Coín. Málaga

³ Médico de Familia. CS Carranque. Málaga

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivo de la consulta

Mal control de glucemias en paciente diabetes mellitus (DM) tipo 2.

Historia Clínica

Varón de 54 años.

Antecedentes personales: DM tipo 2 diagnosticada en 2013. Sin otros antecedentes de interés. En tratamiento con Metformina 1 gr cada 8 horas. Acude por mal control de glucemias a pesar de tratamiento correcto y buenos hábitos higiénico-dietéticos. Refiere pérdida de peso de unos 5 kilogramos en 2 meses. Sin otros síntomas ni clínica infecciosa. Es derivado desde Enfermería por mal control de glucemias que ha precisado tratamiento con insulina en varias ocasiones en los últimos meses, sin causa que lo justifique. HbA_{1c} desde diagnóstico <6.5%.

Enfoque individual: Se realiza analítica completa donde destaca Hb_{1Ac} 7.5%, con ausencia de cetonuria. Ante estos hallazgos solicitamos Ac AntiGAD65 y Ac Anti IA2 que resultan ser positivos (16.93 y 16 U/ml respectivamente).

Enfoque familiar y comunitario: Independiente para actividades básicas de la vida diaria.

Juicio clínico: Diabetes mellitus tipo LADA (Diabetes autoinmune latente del adulto).

Tratamiento, planes de actuación: Ante el nuevo diagnóstico, introducimos la insulina glargina en el tratamiento y añadimos metformina 1g/alogliptina 12.5 mg/12h. Derivamos al paciente a Endocrinología.

Evolución: A los cinco meses de la introducción de la insulina, el paciente presenta HbA_{1c} de 5.70%, y de 6.1% al año, así como controles de glucemia capilar dentro de rango.

Conclusiones

En Atención Primaria la diabetes tipo LADA debe considerarse en individuos jóvenes ante un fracaso rápido de la terapia oral. Se trata de una diabetes autoinmune que se presenta en el adulto que, al igual que la DM tipo 1 se caracteriza por la destrucción de células beta del páncreas, aunque de forma más lenta. Datos que nos orientan son la edad de aparición <50 años, síntomas agudos al debut, con normopeso o bajo peso. La presencia de anticuerpos anti GAD e ICA permite el diagnóstico, siendo antiGAD el más prevalente. La progresión hacia la insulino terapia es variable, desde 6 meses hasta varios años, dependiendo principalmente de los títulos de anticuerpos. Se ha observado que la insulino terapia es el tratamiento ideal para lograr un mejor control metabólico desde el diagnóstico.

Palabras clave

Glucemia, Diabetes Mellitus, Insulina

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Talalgia no es sinónimo de espolón calcáneo: un caso para reflexionarSánchez Palencia Pilar A¹, Pascual de la Pisa B²¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Fuente del Maestro. Badajoz² Médico de Familia. CS Camas. Sevilla**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

Motivo de la consulta

Talalgia de 4 meses de evolución.

Historia Clínica

Hombre de 69 años con antecedentes de hipertensión arterial, hipotiroidismo, hiperuricemia, adenocarcinoma de próstata intervenido hace 10 años; no fumador ni bebedor. En tratamiento con valsartán 160 mg/día, alopurinol 300 mg/día y levotiroxina 50 mcg/día. Consulta por talalgia de pie izdo de 1 mes de evolución con dolor selectivo a la palpación en base de calcáneo. Radiografía lateral pie: espolón calcáneo. Ante la ausencia de mejoría, tras tres infiltraciones, se deriva a Traumatología que diagnostica Fascitis plantar y monoartritis de tobillo de posible origen gotoso.

Enfoque individual: El dolor se fue intensificando con edema de pie sin fovea difuso e imposibilidad de apoyo progresiva. A los dos meses debuta bruscamente con linfedema de pierna izquierda. Las pruebas de imagen: Radiografía pie lateral: imagen de calcáneo desestructurado; TAC pie: destrucción del calcáneo secundario a la presencia de una masa de partes blandas que sobrepasa la cortical del hueso. TAC tóraco-abdominal: Masa retroperitoneal más conglomerado adenopático iliaco izquierdo de muy probable origen neoplásico.

Enfoque familiar y comunitario: buen.

Juicio clínico: Entesopatías de tobillo y pie. Fascitis plantar. Imagen lítica a filiar (metástasis ósea de cáncer de próstata vs Linfoma vs sarcoma). Se confirmó Linfoma difuso de células grandes B.

Tratamiento, planes de actuación: Quimioterapia y seguimiento servicio de hematología.

Evolución: Buena respuesta a tratamiento con desaparición del dolor, edema e iniciar la deambulación.

Conclusiones

La talalgia es el dolor localizado en la zona del retropié. Es uno de los síndromes algícos más habituales del pie. El médico asocia enseguida la talalgia con el término «espolón calcáneo», pero las patologías que pueden generar una talalgia son muy variadas. Por otra parte la ausencia de sintomatología sistémica orientó el caso a una patología osteoarticular local. Varias cuestiones merecen nuestra reflexión: al interpretar una radiografía de pie (“buscando un espolón”) debemos revisar la imagen completa, pues el hecho de encontrar lo que buscamos puede impedir localizar otros signos y establecer otros diagnósticos diferenciales. El curso desfavorable de un proceso osteoarticular local debe hacer sospechar entidades clínicas diferentes a las patologías artrósico/degenerativas o mecánicas.

Palabras clave

Arthritis, Primary Health Care, Lymphoma

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Astenia en varón de mediana edadTroya Carretero M¹, Agüera León GL², Morales del Águila MC²¹ Médico de Familia. CS Carranque. Málaga² Médico de Familia. CS Delicias. Málaga**Ámbito del caso**

Medicina de familia.

Motivo de la consulta

Anemia de larga data.

Historia Clínica

Varón de 65 años.

Antecedentes personales: No alergias medicamentosas. Hemorroides externas. Fumador de 15 paquetes/año. Bebedor ocasional. No tratamiento habitual. Acude por astenia de unos 2 meses de evolución. Tiene tenesmo vesical, polaquiuria, no disuria de aproximadamente 1 semana. No hematuria. Afebril. No dolor abdominal.

Exploración: Palidez muco-cutánea. No ictericia. Auscultación cardio-pulmonar: Murmullo vesicular conservado. Abdomen: Blando y depresible sin masas ni megalias. Ruidos hidroaéreos conservados. Puño percusión renal negativa bilateral.

Enfoque individual: Se solicita analítica sanguínea que evidencia una anemia ferropénica. Analítica sanguínea: HB 9,8; VCM 70; HCM 23; Hto 25; Leucocitos 6.100 (fórmula normal). Bioquímica: glucosa 89; creatinina 0,80; urea 40, iones sin alteraciones, PCR: 10. PSA: 2,2. Analítica de orina: leucocitos 50; nitritos negativos, hematíes 200. Test de sangre oculta en heces (x3): negativo. Se deriva a digestivo para completar estudio. Se le realiza endoscopia baja: hemorroides internas grado I no sangrantes, tubo digestivo con mucosa

normal (no pólipos, no lesiones excrecentes). Se repite analítica de orina que sigue evidenciando microhematuria. Se decide derivar a urología para realización de cistoscopia. En ella se observa: zona pelúcida vesical de la que se toma biopsia. Resultado anatomo-Patológico: carcinoma vesical escamoso infiltrante.

Enfoque familiar y comunitario: Tras un estudio de los familiares más cercanos no presentaban patologías hereditarias.

Juicio clínico: Anemia ferropénica de causa digestiva Neoplasia vesical.

Tratamiento, planes de actuación: Desde el momento inicial se pauta Hierro oral, con buena tolerancia y discreta mejoría de las cifras de hemoglobina.

Evolución: El paciente ingresa en servicio de urología. Tras realización de TAC (no evidencia metástasis) y valoración por comité oncológico se decide: cistectomía radical tipo Bricker y posteriormente seguimiento por oncología Médica para tratamiento quimioterápico.

Conclusiones

Ante un varón de edad media y anemia microcítica deberemos investigar todas los posibles orígenes de sangrado.

Palabras clave

Anemia Microcítica, Varón Edad Media, Microhematuria

CASOS CLÍNICOS TIPO PÓSTER

Adenopatía cervicalCordova Medina AG¹, Segovia Martínez A¹, Faz García MC²¹ CS Linares D Arrayanes. Linares (Jaén)² Médico de Familia. Hospital Reginal Universitario. Málaga**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

Motivo de la consulta

Bulto en cuello.

Historia Clínica

Paciente que acude a la consulta por presentar tumoración laterocervical bilateral más grande del lado izquierdo, del tamaño de un huevo de codorniz, de 10 días de evolución, no fiebre, ni sudoración, no pérdida ponderal, no disfagia ni reflujos alimentario, no disnea ni disfonía.

Exploración física: orofaringe normal, Cuello: empastamiento laterocervical derecho de unos 3 cm y sobre 1/3 inferior de esternocleidomastoideo, doloroso, de consistencia elástica, en el lado izquierdo tumoración/ conglomerado de 6 cm, posterior al ángulo mandibular, empastado sin fluctuación, doloroso y no adherido se inició tratamiento con amoxicilina/ clavulánico y un antiinflamatorio. Acude a revisión en 72h con cierta mejoría por lo que se amplía estudio con radiografía de tórax, Mantoux y analítica con serología y reactantes de fase aguda. 5 días después acude por persistencia del cuadro sin mejoría, por lo que es derivado a Urgencias Hospitalarias.

Enfoque individual: Hombre de 64 años, no fuma ni ingiere alcohol, con antecedentes de hemorragia subaracnoidea por aneurisma basilar, con recuperación sin secuelas

neurologías, hipertensión arterial, dislipemia, hipertrofia benigna de próstata y trastorno mixto ansioso-depresivo reactivo.

Enfoque familiar y comunitario: casado y padre de dos hijos.

Juicio clínico: Adenopatía cervical reactiva a proceso infeccioso (viral/ bacteriano). Adenopatía secundaria a proceso neoplásico.

Tratamiento, planes de actuación: Ingreso hospitalario por Otorrinolaringología.

Evolución: Se realiza fibrobroncoscopia endocavitaria: tumoración sólida en cávum, no friable, más protruyente en pared rinofaríngea izquierda, no ocluye coanas. TAC cuello y tórax: hallazgos compatibles con neoplasia Primaria de nasofaringe/ cavum y extensión ganglionar cervical bilateral y supraclavicular derechas. Biopsia: carcinoma pobremente diferenciado no queratinizante probablemente escamoso.

Conclusiones

Una adecuada anamnesis y exploración física nos permiten realizar una adecuada sospecha diagnóstica, y sobre todo insistir en un seguimiento estrecho de los pacientes para evaluar el curso de la enfermedad y tomar decisiones terapéuticas según la evolución.

Palabras clave

Lymph Nodes; Nasopharyngeal Neoplasms

Fundación

SAMFyC



27^o Congreso Andaluz de Medicina Familiar y Comunitaria



**Del 4 al 6
de octubre
2018**

Palacio de
Congresos de Jaén
(IFEJA)

Jaén

**“POR UNA MEDICINA DE FAMILIA MEJOR,
NUESTRO GRAN RETO”**

info@congresosamfyc.com • www.congresosamfyc.com

acm andaluza de
congresos médicos
Apartado de Correos 536. 18080, Granada Tfno/Fax: 958 523 299
www.andaluzacongresosmedicos.com | info@andaluzacongresosmedicos.com